GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector OTROS

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
OT	HOSP	H SAN JUAN DE DIOS	PALMERO PEREZ FRANCISCA	197	ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA
OT	HOSP	H SAN JUAN DE DIOS	SASTRE HERES ALEJANDRO JOSE	479	ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL USO DE ANTIBIOTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)
OT	OTROS	INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD	PLANAS PAMPLONA MERCEDES	417	IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA, DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA Y CENTROS ASISTENCIALES SOCIALES Y SANITARIOS

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
HU	AP	CS BERDUN	GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN	198	MEJORA DE CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA A LOS PACIENTES CON ANTICOAGULACION ORAL EN C.S. BERDUN
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CABELLO ORDUNA OLGA	10	PROTOCOLO ATENCION CONTINUADA ENFERMERIA PARA AP
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CARRES PIERA MARTA	763	SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE CS BIESCAS-VALLE DE TENA DURANTE EL AÑO 2015
HU	AP	CS BROTO	GUILLEN BELIO MARIA ELENA	134	MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE LA ATENCION SANITARIA URGENTE POR EL SERVICIO DE ADMISION EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP	CS GRAÑEN	BROTO BERNUES ROSA MARIA	496	MEJORA EN LA GESTION DE LA HISTORIA CLINICA EN AP: EXITUS
HU	AP	CS GRAÑEN	CAMPOS AVELLANA MARIA CARMEN	359	ANALISIS Y MEJORA DE LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE INMOVILIZADO CON RIESGO O PROBLEMA DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA
HU	AP	CS HECHO	JORDAN LANASPA GISELA	348	DETECCION DE EPOC EN LOS PACIENTES FUMADORES DEL C.S DE HECHO
HU	AP	CS HUESCA RURAL	ADIEGO USED MARIOLA	93	SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE HUESCA RURAL. MEJORANDO LOS PROCESOS FORMATIVOS Y EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES CON RRMM
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	AGUARON JOVEN MARIA EVA	227	AUTOFORMACION EN RCP
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	CHAVERRI ALAMAN EVA	79	PASO A PASO-PASEOS SALUDABLES
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	GIMENO PRADAS MARIA ROSA	86	SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA : PERPETUO SOCORRO (HUESCA)
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE	143	MEJORA DE CALIDAD EN EL VISADO DE RECETAS. UNIFICACION DE CRITERIOS, PARA UNA CORRECTA COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA, ATENCION ESPECIALIZADA E INSPECCION MEDICA
HU	AP	CS PIRINEOS	ALAYETO GASTON MARIAN	222	DOSSIER “PREVENCION Y MANEJO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRESS” BASADO EN TECNICAS "COGNITIVO-CONDUCTUALES" A DISPOSICION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE AP Y A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL
HU	AP	CS PIRINEOS	ARNAL GALINDO AZAHARA	140	SOCIALIZACION DEL PACIENTE MEDIANTE EL MANEJO DE LA MOVILIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA MUSCULO ESQUELETICO
HU	AP	CS PIRINEOS	DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA	399	MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA INTEGRAL EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GENERO, DOMESTICA Y MALTRATO INFANTIL A PARTIR DE LA DOCUMENTACION MEDICO-LEGAL REMITIDA AL JUZGADO DE GUARDIA
HU	AP	CS PIRINEOS	GARCIA ROMERO ANTONIO	245	PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE EL SERVICIO ATENCION CONTINUADA Y ATENCION FISIOTERAPICA TEMPRANA EN EL ESGUINCE DE TOBILLO DE 1º Y 2º GRADO
HU	AP	CS PIRINEOS	JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL	101	SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNEENISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE PIRINEOS
HU	AP	CS PIRINEOS	ROMAN ESCARTIN MANUELA	146	MEJORA DE ATENCION SANITARIA Y SATISFACCION DE LA USUARIA EN LA DEMANDA NO PRESENCIAL EN LA CONSULTA DE LA MATRONA
HU	AP	CS PIRINEOS	SANCHEZ VELILLA MARIA TERESA	32	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 DEL ENTORNO DEL MISMO
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	43	MEJORA DE ATENCION A LA EMERGENCIA EN CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	54	PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION HOSPITALARIA (MEDICINA INTERNA) Y ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DOSTE LARRULL DIVINA	131	PROGRAMA DE MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL VACUNA DE PAPILOMA HUMANO EN NIÑAS DE 14 AÑOS (ADMINISTRACION DE 2 DOSIS)
HU	AP	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	226	POR FIN ES VIERNES
HU	AP	CS SARIÑENA	PARALED CAMPOS MARIA TERESA	80	SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CCAA DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS-SARIÑENA
HU	AP	CS SARIÑENA	VAL JIMENEZ NURIA	356	COORDINACION ATENCION PRIMARIA- ATENCION ESPECIALIZADA: MEJORA EN EL CIRCUITO DE ASISTENCIA AL PACIENTE CON SOSPECHA DE NEOPLASIA MALIGNA CUTANEA
HU	AP	CS SARIÑENA	VERA BELLA CARMEN	149	IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MONEGROS DE SARIÑENA
HU	AP	DAP HUESCA	RIVERA FUERTES ANA MARIA	57	PROYECTO PARA LA GESTION DE LA DEMANDA POR ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD PIRINEOS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	ELBOJ SASO MARTA	434	CREACION DE UN TALLER DE ESCRITURO-TERAPIA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DE ULE Y PSICOGERIATRIA: “EDICION DE UN LIBRO DE RECETAS DE COCINA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	GARCIA GOMEZ MIGUEL	742	ELABORACION DE UN CUADERNO DE TRABAJO TEORICO-PRACTICO PARA USUARIOS

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
			ANGEL		DE CENTROS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL (CRP)
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	GUERRI LLES YOLANDA	533	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	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	HERNANDEZ DE ANDRES LUISA	458	CREACION DE UN TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	LALANA CUENCA JOSE MANUEL	625	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA EN EL CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	MARCO OREA SAGRARIO	623	ADECUACION DE LA DIETA DISFAGIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	220	PLAN DE DECISIONES CONSENSUADAS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	66	MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE ANCIANO CON DELIRIUM
HU	HOSP	H DE JACA	AGON BANZO PEDRO JESUS	76	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION NEONATAL AL HIJO DE MADRE DIABETICA EN EL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H DE JACA	SESE OLIVAN ELENA EMILIA	559	IMPLANTACION DE MEDIDAS DE CALIDAD EN MATERIA DE GESTION DE LAS PERSONAS EN EL HOSPITAL DE JACA BASADAS EN EL MODELO CAF
HU	HOSP	H SAN JORGE	ARGUEDAS LAZARO YOLANDA	620	MEJORIA DE LA RENTABILIDAD Y SEGURIDAD CLINICA DE LA BIOPSIA HEPATICA A TRAVES DE PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS DE RADIOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA Y DIGESTIVO
HU	HOSP	H SAN JORGE	ARTERO BELLO MARIA PILAR	282	PLAN DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE. DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION AL ALTA
HU	HOSP	H SAN JORGE	BELLIDO RUIZ ROSARIO	137	ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA MEJORA DE LAS INFECCIONES DE LOS CATETERES CENTRALES COMO ACCESO VASCULAR PARA TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL MEDIANTE HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE	BELLOC GONZALEZ MARIA JOSE	426	UNA IMAGEN VALE MAS QUE MIL PALABRAS... TAMBIEN EN SALUD
HU	HOSP	H SAN JORGE	BERGUA MARTINEZ CLARA	210	MEJORAR LA ATENCION EN SITUACIONES DE POTENCIAL RIESGO VITAL
HU	HOSP	H SAN JORGE	BERNUES PEREZ ALICIA JOSEFA	436	TRIPTICO INFORMATIVO CMA HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	BESTUE CARDIEL MARIA	643	CREACION UN GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA MEJORAR LA ASISTENCIA AL ICTUS A TRAVES DE IMPLANTACION DE PLANTILLAS CON INDICADORES UNIFICADOS EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACION POR ICTUS EN ARAGON
HU	HOSP	H SAN JORGE	BLASCO YEBRA DOLORES	25	MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA. FINALIZACION PROCESO DE MEJORA INFORMACION
HU	HOSP	H SAN JORGE	CALVO BEGUERIA EVA	401	LA SESION CLINICA-INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA COMO ALTERNATIVA AL VOLANTE TRADICIONAL EN LA RELACION PRIMARIA-HOSPITALARIA. CONTINUIDAD
HU	HOSP	H SAN JORGE	CARRION PAREJA JUAN CARLOS	726	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN EL PROGRAMA DE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES QUIRURGICOS CON INGRESO
HU	HOSP	H SAN JORGE	CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN	758	ESPIROMETRIA COMO BASE PARA EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC E INDICE BODE COMO VALORACION DE LA GRAVEDAD DEL PACIENTE CON EPOC. PROGRAMA PILOTO COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE	CUARTERO CASIN CRISTINA	731	¿SE INGRESA DEMASIADO? ADECUACION DE INGRESOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITA
HU	HOSP	H SAN JORGE	DE DIEGO GARCIA PATRICIA	621	CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y NUEVAS TECNOLOGIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE	DEL PRADO SANZ MARIA ELENA	78	ECOGRAFIA CUTANEA Y ECODOPPLER COMO METODO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA EN TUMORES CUTANEOS
HU	HOSP	H SAN JORGE	DOMINGUEZ CAJAL MANUEL	572	CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)
HU	HOSP	H SAN JORGE	FELEZ JUSTES ISABEL	429	PREVENCION DE LA INFECCION DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS PARA HEMODIALISIS MEDIANTE LA ADMINISTRACION LOCAL INTRAOPERATORIA DE AMINOGLUCOSIDOS
HU	HOSP	H SAN JORGE	FERNANDEZ GIL MARTA	550	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO Y REVISION DE LOS CARROS DE PAROS DEL BLOQUE QUIRURGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE	FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO	109	REHABILITACION PRECOZ TRAS INTERVENCION QUIRURGICA POR FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE	GARCIA MALINIS ANA JULIA	89	UNIDAD CLINICA MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION AL PACIENTE PSORIASICO
HU	HOSP	H SAN JORGE	GARRAPIZ LOPEZ JAVIER	398	PROGRAMA PILOTO COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
HU	HOSP	H SAN JORGE	GOMEZ RIVAS PAULA	669	MEJORA DE LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN QUIROFANO: IMPLANTACION DEL SISTEMA KANBAN
HU	HOSP	H SAN JORGE	GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR	323	PROYECTO DE CONTINUIDAD EN LA COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA) Y ATENCION PRIMARIA (CENTRO DE SALUD PIRINEOS DE HUESCA)
HU	HOSP	H SAN JORGE	HERNANDEZ ARAGON MONICA	687	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA FIEBRE INTRAPARTO EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE (HUESCA)
HU	HOSP	H SAN JORGE	HUERVA SAMBIA ANA MARIA	59	EDUCACION SANITARIA DEL ICTUS PARA FAMILIARES Y PACIENTES
HU	HOSP	H SAN JORGE	LACOMA LATRE EVA MARIA	160	MANEJO DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS TRAS BIOPSIA CON AGUJA GRUESA DE LA GLANDULA TIROIDEA
HU	HOSP	H SAN JORGE	LAFALLA BERNAD OLIVIA	555	CREACION DE UN PROTOCOLO HOSPITALARIO DE ACTUACION PARA LAS PERDIDAS GESTACIONALES TEMPRANAS
HU	HOSP	H SAN JORGE	LATORRE JIMENEZ ANA MARIA	52	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. 2º FASE DEL PROYECTO DE MEJORA: CONSOLIDACION
HU	HOSP	H SAN JORGE	MADROÑERO VUELTA ANA BELEN	397	PROYECTO DE COORDINACION ENTRE ATENCION HOSPITALARIA (SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL SAN JORGE) Y ATENCION PRIMARIA (CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO, HUESCA)
HU	HOSP	H SAN JORGE	MALON MARCO AMAYA	148	CONTINUACION DEL PROYECTO DEL AÑO ANTERIOR EDUCACION A PAIENTES INSULINO-DEPENDIENTES. NOS FALTA LA ULTIMA FASE DEL PROYECTO DE MEJORA QUE ES LA DE CONTROL
HU	HOSP	H SAN JORGE	MENENDEZ JANDULA BARBARA	185	MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN EL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	97	GUIA TOMA DE MUESTRA PARA CONTROL BIOLOGICO AMBIENTAL
HU	HOSP	H SAN JORGE	MONTORO HUGUET MIGUEL	588	INDOGASTRUM. "FORO DE DEBATE DONDE GASTROENTEROLOGOS Y MEDICOS DE FAMILIA COMPARTEN EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO
HU	HOSP	H SAN JORGE	MUÑOZ PINTOR MANUEL	14	PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA
HU	HOSP	H SAN JORGE	NAJAR SUBIAS MONICA	538	PROGRAMA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA DESDE LA CONSULTA DE ANESTESIA. CREACION DE UN CIRCUITO DE OPTIMIZACION RAPIDA
HU	HOSP	H SAN JORGE	OMISTE SANVICENTE TERESA	302	CONTINUIDAD DEL PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE ATENCION HOSPITALARIA (SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL SAN JORGE) Y ATENCION PRIMARIA (CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN, HUESCA)
HU	HOSP	H SAN JORGE	PERALTA BUISAN MARIA JESUS	402	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA BASADO EN LA EVIDENCIA DE PREVENCION DE CAIDAS EN PERSONAS MAYORES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	RIVARES MORCATE MARIA JESUS	366	IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON LITIO DESDE LA UNIDAD DE AGUDOS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE	ROSELLO PARDO ROSA	365	GUIA PRACTICA CLINICA, PARA EL MANEJO DE TERAPIAS BIOLOGICAS EN PSORIASIS CUTANEO Y ARTROPATIA PSORIASICA
HU	HOSP	H SAN JORGE	ROY RAMOS VIRGINIA	733	RENDIMIENTO DE LA ECOGRAFIA DE CONTINGENCIA EN LA ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS Y OTROS DEFECTOS CONGENITOS. ESTUDIO DE SU PREVALENCIA Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO. REFLEXION SOBRE LA ADECUACION DE SU PRACTICA DE RUTINA
HU	HOSP	H SAN JORGE	RUIZ CAMPO LEYRE	500	DIFUSION E IMPLANTACION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO DEL GRUPO DE TRABAJO INTERHOSPITALARIO DE ARAGON
HU	HOSP	H SAN JORGE	SANCHEZ LALANA EVA	391	LA NEFROPROTECCION EN LAS PRUEBAS DE RADIODIAGNOSTICO COMO PREVENCION DE LA NEFROPATIA POR CONTRASTE IODADO
HU	HOSP	H SAN JORGE	SANCHO RODRIGO MARTA	108	ADMINISTRACION DE LA FERROTERAPIA INTRAVENOSA DESDE EL PRIMER DIA DEL INGRESO EN LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA
HU	HOSP	H SAN JORGE	VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL	684	PROPUESTA QUIRURGICA EN EL HALLUX VALGUS
HU	HOSP	H SAN JORGE	VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA	539	PROGRAMA DE MANEJO PREOPERATORIO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA: DABIGATRAN, APIXABAN Y RIVAROXABAN.

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					UNIFICACION DE CRITERIOS DE USO DESDE LA CONSULTA PREOPERATORIA DE ANESTESIA
HU	HOSP	H SAN JORGE	VILLARROEL PINO ENRIQUE	705	PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA INTEGRACION DE LA ATENCION PSICOSOCIAL EN LA UNIDAD DEL DOLOR CRONICO DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN	738	SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C
HU	HOSP	H SAN JORGE	ZAZO ROMOJARO MIGUEL	737	APRENDER ENSEÑANDO: DIFUSION DE PROTOCOLOS Y CRITERIOS DE DERIVACION, ENTRE NIVELES ASISTENCIALES, MEDIANTE EL TRABAJO DE RESIDENTES EN FORMACION
HU	OTROS	UNIDAD DOCENTE HUESCA Y BARBASTRO	CATALAN ESTEBANEZ OSCAR	180	MEJORA EN LA MONITORIZACION AMBULATORIA PRESION ARTERIAL (MAPA) EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR HUESCA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
BA	AP	CS BARBASTRO	CONDE BARREIRO SANTIAGO	240	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
BA	AP	CS BARBASTRO	GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA	463	CREACION DE CONSULTA ATENCION ADOLESCENCIA
BA	AP	CS BARBASTRO	LAMARCA GAY ROCIO	508	CREACION DE UN GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD EN CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO / LACTANTE Y MATERNAL POST-PARTO
BA	AP	CS BARBASTRO	MIRANDA OLIVAR TRINIDAD	379	MEJORA EN LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS CON CRITERIOS DE CALIDAD EN EL C.S DE BARBASTRO
BA	AP	CS BERBEGAL	MONTERO MORATA CARLOS	126	UTILIZACION DEL ESPIROMETRO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA EPOC.CONTINUACION DEL PROYECTO APROBADO EN 2011
BA	AP	CS BINEFAR	ALLUE CIUTAT MARTA	50	MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EN LA CONSULTA DE ESPIROMETRIAS
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	385	EDUCACION SEXUAL, PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y DE EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA
BA	AP	CS BINEFAR	MESTO VELASCO MERCEDES	525	COORDINACION Y ORGANIZACION EN EL SISTEMA DE ARCHIVO Y OPTIMIZACION DE TIEMPOS
BA	AP	CS BINEFAR	MIRALBES TERRAZA SHEILA	743	MEJORA EN LA ATENCION PROGRAMADA DEL PACIENTE PEDIATRICO ENTRE 0-14 AÑOS EN EL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL
BA	AP	CS BINEFAR	ORTEGA GARRIDO DOLORES	51	REVISION DE LA SITUACION INMUNOLOGICA EN LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	547	OPTIMIZACION SALA DE URGENCIAS P.A.C. BENASQUE
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ESPIER LLORENS ROSA MARIA	249	COORDINACION SERVICIOS DE ADMISION DE ATENCION PRIMARIA CON SERVICIOS DE ADMISION DE ATENCION ESPECIALIZADA. SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	65	DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA VASCULAR Y NEUROPATICA EN EL PIE DIABETICO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	98	ADECUACION Y MEJORA CARRO DE PARADA CARDIORESPIRATORIA
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	PEREZ MELIZ MARIA PILAR	635	PRESERVACION DE LA CADENA DE CUSTODIA EN EL PAC DE BENASQUE
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	PUYUELO LARDIES ASUNCION	63	GESTION DE ALMACEN. AMPLIACION
BA	AP	CS FRAGA	ARESTE ALBA NURIA	139	PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORONAS FUMANAL CONCEPCION	284	ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA
BA	AP	CS MONZON RURAL	LERIS OLIVA JOSE MARIA	324	PROMOCION DE LA SALUD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: MEJORA DE LOS CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS
BA	AP	CS MONZON RURAL	LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES	164	VALORACION DE LA SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE MONZON RURAL
BA	AP	CS MONZON URBANO	VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE	105	ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PAROS DEL PAC DE MONZON
BA	HOSP	H BARBASTRO	ABAD RUIZ ALODIA	341	SERVICIO DE INFORMACION Y APOYO AL CUIDADOR DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	ABAD SANZ MARIA	2	BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) ECOGUIADO PARA ANALGESIA POSTOPERATORIA DE LA CESAREA
BA	HOSP	H BARBASTRO	ALONSO AYERBE LAURA	725	REGISTROS DE ENFERMERIA Y LPP
BA	HOSP	H BARBASTRO	ANDRES ALIERTA MARTA	353	PROTOCOLO DE GESTION DE CAMAS Y ENFERMERIA. UNA MIRADA DIFERENTE
BA	HOSP	H BARBASTRO	ANERILLAS ALJAMA DIEGO	612	MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA SUPERVISION DE ENFERMERIA MEDIANTE SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS
BA	HOSP	H BARBASTRO	ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO	504	PLAN DE MEJORA PARA FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA DE ARRITMIAS TROMBOGENICAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ANIA LAHUERTA MARIA ALDONZA	173	PROYECTO PARA CONOCER LA REALIDAD DE LA ALERGIA A BETALACTAMICOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO Y SU IMPLICACION EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y LOS COSTES SANITARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO	ARANA LENIS MARIA CONSTANZA	116	ELABORACION DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS Y ESTANDARIZACION DE LOS CARROS DE ANESTESIA DE LAS AREAS DE QUIROFANOS Y PARTOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ARRUEBO LOSHUERTOS MARIA ELENA	107	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA SEDACION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	BARRIGA CONDE ANA MARIA	340	INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO	BITRIAN ELCACHO ANDRES	505	PROTOCOLO PARA UNIFICAR CRITERIOS EN LA DEMANDA DE EXPLORACIONES DE ABDOMEN
BA	HOSP	H BARBASTRO	BONED DEFIOR CONCEPCION	460	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CALIDAD PARA CUBRIR LA NECESIDAD QUE TIENEN LOS PACIENTES DE RECIBIR INFORMACION SOBRE LA PRUEBA RADIOLOGICA QUE SE LE VA A REALIZAR
BA	HOSP	H BARBASTRO	CABRERO LASIERRA JAVIER	466	PROTOCOLO IDENTIFICACION DE LOS RN CON PULSERAS MADRE-HIJO
BA	HOSP	H BARBASTRO	CAMPO SIN ALICIA	141	INFORMATIZACION HOJA CONTROL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO. (CONTINUACION)
BA	HOSP	H BARBASTRO	CAMPUZANO SAAVEDRA VERONICA	334	INCIDENCIA DE HEMOPATIAS MALIGNAS EN EL SECTOR DE BARBASTRO, DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS
BA	HOSP	H BARBASTRO	CATENA LACOMA MARIA JOSE	337	PROCEDIMIENTO DE AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	COMES GARCIA MARIA DOLORES	548	EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	CONGOST MARIN SOFIA	266	IMPLEMENTACION DEL SCREENING NEONATAL DE CARDIOPATIA CONGENITA MEDIANTE PULSIOXIMETRIA AL ALTA DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	CORED NASARRE ROSA MARIA	465	IMPLANTACION DE LA PRIMERA VISITA, POR MEDIO DE VIDEO CONFERENCIA, A LOS PACIENTES DEL CENTRO DE FRAGA QUE INICIEN CON ANTICOAGULANTES ORALES
BA	HOSP	H BARBASTRO	ESCOLANO HURTADO CARMEN	154	MEJORA EN LA UTILIZACION DE LAS AULAS Y DEL MATERIAL DE FORMACION
BA	HOSP	H BARBASTRO	GABARRE ORUS PILAR	309	IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA
BA	HOSP	H BARBASTRO	GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS	644	CONTROL DE LA EXPOSICION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	GIRON CEBOLLERO PILAR	373	CREACION DE UNA COMISION DE FORMACION MULTIDISCIPLINAR EN EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	GONZALEZ BALLANO ISABEL	239	PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO EN EL PARTO NORMAL, FAVORECER LA ATENCION INDIVIDUALIZADA Y ESTABILIZACION DE LA TASA DE CESAREAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	GONZALEZ IGLESIAS CARLOS	613	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL CON MEDICIAMENTOS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTESIVOS. PASO DE LA VIA INTRAVENOSA A LA VIA ORAL
BA	HOSP	H BARBASTRO	GONZALEZ PAVON LAURA	221	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	GUARDIA DODORICO LORENA	587	PLAN DE MEJORA PARA FACILITAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE IO EN LA MUJER EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO	GUIRAL FERNANDEZ NURIA	710	PROYECTO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO	HUICI GERMAN ALBERTO	16	BLOQUEO INTERPECTORAL (PEC I/PEC II) ECOGUIADO PARA ANALGESIA PERIOPERATORIA TRAS CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA
BA	HOSP	H BARBASTRO	IGLESIA RODRIGUEZ JUAN CARLOS	28	IDENTIFICACION Y EVALUACION DE RIESGOS DEL LUGAR DE TRABAJO (CONSULTA Y QUIROFANO) DEL FACULTATIVO ESPECIALISTA DEL S. DE OFTALMOLOGIA DEL H. DE BARBASTRO Y USUARIOS. MEDIDAS CORRECTORAS RECOMENDADAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	LALAGUNA MALLADA PAULA	234	ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE TRANSICION DEL PACIENTE PEDIATRICO CON DIABETES TIPO 1 A LA UNIDAD DE DIABETES DE ADULTOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	LALAGUNA MALLADA PAULA	288	FORMACION EN TRANSPORTE PEDIATRICO Y NEONATAL PARA UNA MEJORA EN LA CALIDAD DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES PEDIATRICOS DESDE NUESTRO HOSPITAL A OTROS CENTROS
BA	HOSP	H BARBASTRO	LALANA GARCES MARTA	192	COMUNICACION DE VALORES CRITICOS DE ANALISIS CLINICOS DE PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE CORREO ELECTRONICO
BA	HOSP	H BARBASTRO	LOPEZ GOMEZ CONCEPCION	449	PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO
BA	HOSP	H BARBASTRO	MARTINEZ TRIVEZ PILAR	760	MEJORA DE MANEJO DE GERMENES MULTIRRESISTES EN LA UCI Y EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	MILLAN GARCIA JOSE RAMON	468	INTERCONSULTA TELEMATICA PRIMARIA-NEUROLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO	MUR BARRABES DIANA	111	UBICACION, DISTRIBUCION Y USO DE CAMAS ARTICULADAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO	NAVARRO CASTAÑ HERMINIA	350	INCORPORAR LA ANALGESIA EPIDURAL EN BAJAS DOSIS PARA FAVORECER LA DEAMBULACION DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DEL PARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO	OLIVA ARMISEN JOAQUIN	378	SEMIAUTOMATIZACION DEL BANCO DE SANGRE EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ORTE ALDEA CARMEN	19	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD
BA	HOSP	H BARBASTRO	PATERNA LOPEZ SANDRA	589	PLAN DE MEJORA PARA PROTOCOLIZAR LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA GINECOMASTIA EN LA UNIDAD DE MAMA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	PATERNA LOPEZ SANDRA	704	PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCION DE ACCIDENTES BIOLOGICOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	372	IMPLANTACION DE LA TRANSFUSION DE SANGRE FENOTIPADA EN PACIENTES CON SINDROME MIELODISPLASICO
BA	HOSP	H BARBASTRO	PUY FORADADA JOSEFA	370	PROTOCOLO DE ACTUACION EN TRABAJADORES QUE PRESENTEN EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE GUANTES EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	PUY TOMAS YOLANDA	618	OPTIMIZACION DEL USO DE LOS APARATOS DE RADIOLOGIA CONVENCIONAL DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO	QUINTILLA BARDAJI MARIA JOSE	381	AUTOMATIZACION DEL CIRCUITO DEL SERVICIO DE TRANSFUSIONES DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	REY PORCA CARLOS	27	IDENTIFICACION Y EVALUACION DE RIESGOS DEL PUESTO DE TRABAJO (CONSULTA Y QUIROFANO) DEL FACULTATIVO ESPECIALISTA DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. MEDIDAS CORRECTORAS RECOMENDADAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ	117	PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	23	PROYECTO DE MEJORA EN LA RESOLUCION DE INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO	247	ESTABLECIMIENTO DE SESIONES CLINICAS CONJUNTAS ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA. UNA FORMA DIFERENTE DE RELACION ENTRE EL HOSPITAL Y EL CENTRO DE SALUD (CONTINUACION PROYECTO 2014)
BA	HOSP	H BARBASTRO	SATUE SALAMERO ELSA	488	ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESO DE EXCLUSION EN EL SERVICIO DE MATERNO-INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	SERRA PUYAL BEATRIZ	437	PROTECCION RADIOLOGICA EN PEDIATRIA CON EL LEMA “BAJA DOSIS
BA	HOSP	H BARBASTRO	SICART LONCAN SILVIA	354	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE GESTION DE CAMAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	TERRE FALCON RAMON	228	CREACION DEL COMITE DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	VALDOVINOS FERNANDEZ NOEMI	766	MEJORA DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE CANCER COLORRECTAL EN POBLACION DE RIESGO MEDIO Y ALTO Y SEGUIMIENTO DE LESIONES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	69	OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ESTERILIZACION DEL MATERIAL QUIRUGICO MEDIANTE CONTROLES QUIMICOS Y BIOLOGICOS
TE	AP	CS ALFAMBRA	LEAL DELUQUE AMADID	70	TALLER DE PRVENCION DE ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN EL DOMILICIO EN MAYORES DEPENDIENTES Y ACTUACION ANTE ELLOS
TE	AP	CS ALFAMBRA	MARCO CATALAN MARIA PILAR	68	OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL EAP DE ALFAMBRA
TE	AP	CS CELLA	HERNANDEZ DIAZ ROGELIO	581	SISTEMA DE GESTION DE LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS REPETIDA CON RECETA ELECTRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	CAROD BENEDICO ETEL	745	MEJORA DEL BIENESTAR FISICO, PSICOLOGICO Y PERSONAL EN MUJERES CON MENOPAUSIA DE UN CENTRO DE SALUD RURAL CON MINDFULNESS (ATENCION PLENA)
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	GOMEZ CADENAS CONCEPCION	158	MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION, LA REALIDAD Y LA TRAMITACION ANTE PROBLEMAS DE SEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO
TE	AT AMB	USM TERUEL	FERNANDEZ MILIAN MARIA CONCEPCION	580	REALIZACION DE PROGRAMA DE REDUCCION DE ESTRES EN PROFESIONALES SANITARIOS DEL SECTOR TERUEL A TRAVES DE PRACTICA GRUPAL DE TECNICAS DE ATENCION PLENA (MINDFULNESS)
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS	BARAJAS IGLESIAS BELEN	135	PROYECTO DE CALIDAD PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SAN JUAN DE DIOS
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS	ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA	383	OBJETIVO, UN CENTRO SIN HUMO
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS	GOMEZ CHAGOYEN BLANCA	264	APRENDIZAJE Y MEJORA DE LAS TECNICAS DE CONTENCION MECANICA EN PACIENTES AGITADOS 2.0
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS	MARTINEZ SOTO ALMUDENA	475	CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS	SANCHEZ GARGALLO MARIA PILAR	166	ESTANCIAS DOMICILIARIAS DEL PACIENTE PSIQUIATRICO INSTITUCIONALIZADO EN UNIDADES DE LARGA ESTANCIA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	CORREA BALLESTER MARTA	168	OPTIMIZACION DE LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACION WEB 'CHECKTHEMEDS'
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	DIAZ GARCIA MILAGROS	177	PROYECTO DE HUMANIZACION EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	FORCANO GARCIA MERCEDES	313	PLANIFICACION ANTICIPADA DE DECISIONES EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA, EN LA RESIDENCIA IASS JAVALAMBRE DE TERUEL
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	HERNANDEZ MARTIN JULIA	420	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	AGUADO ACERA YOLANDA	473	REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ACCIDENTE BIOLOGICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO	631	MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE MUESTRAS DE ORINA RECOGIDAS EN CENTROS DE SALUD
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	BERNAL ARAHAL TERESA	74	INFORMATIZACION DE LOS INFORMES CLINICOS DE ESTERILIDAD DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA GENERAL DEL PACIENTE EN LA INTRANET
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	CABALLERO PEREZ VICTORIA	13	REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL. NUEVAS RECOMENDACIONES ILCOR 2015
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	CATALAN EDO MARIA PILAR	474	PLAN DE MEJORA EN LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	ESCUSA JULIAN MILAGROS	342	PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ MARCELO	457	IMPLANTACION DE LA CONSULTA ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	FERNANDEZ SANTOS RAFAEL	267	ADECUACION EN LA INDICACION, INSERCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	FLORIA ARNAL LUIS JAVIER	347	DESARROLLO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE UNA LESION OSEA DE POSIBLE ETIOLOGIA TUMORAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GARCES VALENZUELA MARTA	94	IMPLANTACION DE UN NUEVO PROGAMA DE PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO DE UTERO EN EL SECTOR SANITARIO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GARZARAN TEIJEIRO ANA	358	TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EMPIRICO EN PACIENTES ADULTOS CON NEUMONIA BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GASCON MARIÑO ANTONIO	194	SEGUIMIENTO DEL ACCESO VASCULAR EN HEMODIALISIS MEDIANTE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	9	DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE IMPLANTACION DEL USO DE SOLUCIONES PRE-MEZCLADAS DE POTASIO INTRAVENOSO COMO INCREMENTO DE LA SEGURIDAD DEL

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	HERNANDO QUINTANA NATALIA	632	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: COORDINACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION DE PACIENTES NEUROLOGICOS EN EL SECTOR DE TERUEL. CONSULTAS NO PRESENCIALES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	HERRERO EGEA ANA	252	FORMACION A ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	IGLESIAS ECHEGOYEN CARLOS	650	PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN UCE DE PSIQUIATRIA: LOS PERMISOS TERAPEUTICOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	JARAUTA LAHOZ LAURA	316	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	349	ELABORACION E IMPLANTACION DE VIA CLINICA EN INESTABILIDAD PATELOFEMORAL DE RODILLA EN LA UNIDAD DE RODILLA (HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL)
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	ORELLANA GARCIA RAQUEL	410	COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN EL SECTOR DE TERUEL PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA ESFERA OSTEOMUSCULAR
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	OSCA GUADALAJARA MARTA	660	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA DE INFECCION PROTESICA AGUDA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	OSET GARCIA MONICA	577	CREACION DE KIT DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO Y DE CURAS PARA PACIENTES CON ULCERAS Y PIE DIABETICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	PASTOR ESPUIG MARIA	88	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO CON ANTI-VEGF DE LA DEGENERACION MACULAR ASOCIADA A LA EDAD EXUDATIVA. ACTUALIZACION DE LA CONSULTA DE RETINA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	PECES GONZALEZ NATALIA	380	COORDINACION Y PUESTA EN MARCHA DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICO DE REHABILITACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	PERALES QUILEZ TRINIDAD	87	MEJORAS EN LA PREPARACION Y DISPENSACION DEL SUERO AUTOLOGO EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	PEREZ AMIGOT CRISTINA MENCAL	603	ADECUACION DE LA GESTION DE LOS RESIDUOS SANITARIOS - HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	ROIG SALGADO CRISTINA	672	PROTOCOLO DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	ROJAS HIJAZO BEATRIZ	326	ESTANDARIZACION BIOLOGICA IN VIVO DE LOS EXTRACTOS ALERGENICOS DEL POLEN DE HORDEUM VULGAR Y TRITICUM AESTIVUM EN PACIENTES SENSIBILIZADOS A LOS MISMOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	RUIZ CRIADO JORGE	724	PROTOCOLO PARA LA DETECCION Y MANEJO DE LA COLONIZACION Y/O INFECCION POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILIN-RESISTENTE, EN PACIENTES Y PROFESIONALES SANITARIOS EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	SANLLEHI VILA NURIA	627	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLOGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR	15	PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DEL RECIEN NACIDO NORMAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	SPINOSO CRUZ VICENTE ANGEL	47	INFORMATIZACION E INTRODUCCION EN EL PROGRAMA HPDOCTOR DE LOS INFORMES ECOGRAFICOS REALIZADOS EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	THOMSON LLISTERRI CONCHA	744	MEJORA DE LA CALIDAD DEL TRABAJO EN EQUIPO EN UN COMITE DE ETICA ASISTENCIAL CON TECNICAS DE PSICOTERAPIA ANALITICA GRUPAL Y OTRAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA DE TERCERA GENERACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	254	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	VALLE GINER IRENE	754	DISPENSACION A DOMICILIO DE AGENTES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS EN PACIENTES EN CONSULTA EN PREDIALISIS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	VILAR BONACASA EVA	531	PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE EXTRAVASACIONES EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO YODADO EN LA UNIDAD MULTIFUNCIONAL DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	YANEZ BENITEZ CARLOS JOSE	524	OPTIMIZACION DEL ESPACIO ASIGNADO A LA ELABORACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO ELECTRONICO EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
AL	AP	CS ALCAÑIZ	BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO	567	EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	40	OBESIDAD Y OTROS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN PEDIATRIA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GIMENO BALLONGA PILAR	7	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE MATERIALES Y BOTIQUINES DE URGENCIAS
AL	AP	CS ALCAÑIZ	JIMENEZ SESMA MARIA LUISA	5	IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS ALCAÑIZ	LOPEZ GIMENO JULIA	8	MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE CALIDAD DEL CS ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	6	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE-CS ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA GORETTI	39	CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL
AL	AP	CS CALACEITE	ALCAINE PARICIO ANA ISABEL	17	VALORACION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALACEITE	SIMON MELCHOR ALBA	4	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALANDA	TRILLO CALVO EVA	215	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 CANTAVIEJA	GARCIA ROBRES CONCHA	641	GESTION DE ALMACEN
AL	AP	CS CANTAVIEJA	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	661	VALORACION DE LA UTILIZACION DE INHALADORES Y LA ADHERENCIA A LOS MISMOS EN UN CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS CASPE	ASTIER PEÑA MARIA PILAR	655	PROCEDIMIENTO DE ATENCION AL PARTO EN EL AMBITO EXTRAHOSPITALARIO
AL	AP	CS HIJAR	LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA	344	CICLO DE MEJORA EN EL PROCESO DE ATENCIÖN AL PACIENTE OBESO
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SALESA ALBALATE ALBERTO	238	MANEJO DEL DESA (DESFRIBILADOR SEMI-AUTOMATICO) Y RCP BASICA PARA LOS MUNICIPIOS QUE PERTENEZCAN A LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	VILLALBA MIR ANA PILAR	477	CRIBADO OPORTUNISTA DE EPOC EN EL C.S. MAS DE LAS MATAS
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU	718	PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA Y PALIPERIDONA INYECTABLE EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	AGUILON LEIVA JUAN JOSE	529	PROYECTO PLURISECTORIAL DE MEJORA DEL CONOCIMIENTO DE LA CADENA DE CUSTODIA EN EL AMBITO EXTRAHOSPITALARIO MEDIANTE UN DIPTICO INFORMATIVO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	298	ACTUALIZACION DEL USO Y LIMPIEZA DE LAS CAMARAS DE INHALACION Y NEBULIZADORES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	ARAGONES VILLANUEVA CARMEN	407	INFORMATIZACION DEL PROCESO DE ENFERMERA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	ARROYO ESPALLARGAS VIRGINIA	285	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL MANEJO Y CUIDADO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA PERCUTANEA EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	BELENGUER CARRERAS LINA MARIA	42	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	BLASCO GIL SILVIA	18	ACORTANDO DISTANCIAS-VALORACION DE HERIDAS CRONICAS UTILIZANDO LAS NUEVAS TECNOLOGIAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	BUENO DELGADO ALVARO	595	EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE QUIRURGICO EN PLANTA DE HOSPITALIZACION Y EN CONSULTAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	CLAVERO MONTAÑES NURIA	304	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO PRECOZ DE HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL MEDIANTE EL USO DE BILIRRUBINOMETRO TRANSCUTANEO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	CRUZ LOPEZ ANA MARIA	634	ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE DETECCION DE INCIDENTES DE SEGURIDAD CLINICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ: CONTINUACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL	630	SISTEMA DE APOYO PARA FAMILIARES Y PACIENTES EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	FANDOS LORENTE SERGIO	255	INDEPENDENCIA, ORGANIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS PROPIOS EN RELACION CON LAS POLIGRAFIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE	102	REGISTRO FOTOGRAFICO REFERENCIADO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PROPIO Y EN DEPOSITO DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	GASCON POLO PILAR	367	AMPLICACION DE LA IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA DE LA OMS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	GASPAR ANDREU JUAN CARLOS	528	IMPLANTACION DE UNA AGENDA DE CITADOS EN EL SERVICIO DE REHABILACION EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	GAVIN BLANCO OLGA	593	PROCEDIMIENTO DE PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	GONZALEZ VAQUERO CARMEN	419	MANUAL DE ACOGIDA A LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	INFANTES MORALES MARTA	368	PROCEDIMIENTO DE ORGANIZACION DEL BOTIQUIN Y DEL CARRO DE PARADAS EN EL BLOQUE QUIRURGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	JUDEZ LEGARISTI DIEGO	404	ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE UTILIZACION DE BOMBAS DE INFUSION EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	LUCEA SODRIC SUSANA	611	GESTION POR PROCESOS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ(TECNICAS DIAG. Y TERAPEUTICAS NO QUIRURGICAS)
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS	408	PROCESO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	MUÑOZ FARJAS ELENA	58	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA IMPLEMENTACION DEL CODIGO ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO	416	ADAPTACION LOCAL DEL PROTOCOLO DE SUJECIONES FISICAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	ORDEN RUEDA CLAUDIA	269	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SCREENING PRECOZ DE CARDIOPATIAS CONGENITAS NEONATALES A TRAVES DE LA PULSIOXIMETRIA EN RECIEN NACIDOS ASINTOMATICOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	PALOMAR JOVEN MARTA	423	MANUAL DE ACOGIDA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS	303	ACTUACION COORDINADA SERVICIO DE PREVENCION-ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA ANTE UN ACCIDENTE BIOLOGICO EN TRABAJADORES DEL SALUD, DEL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	PEREZ ANGOSTO ESTHER	431	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE RASURADO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	RUIZ MARISCAL MARIA	490	PROCEDIMIENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	409	DISEÑO DE UN PROCESO DEL BANCO DE SANGRE EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	TENA EJARQUE MARIA DOLORES	273	DETECCION PRECOZ DE LA DISGAFIA EN EL ICTUS AGUDO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	290	DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDO UNIFICADO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	VARELA MARTINEZ ISABEL	494	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES DE LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGIA, DERMATOLOGIA Y DIGESTIVO DEL SERVICIO DE FARMACIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	VIDAL MESEGUER ANA PILAR	421	DOCUMENTACION DE LAS INSTRUCCIONES TECNICAS PARA DERIVACIONES EXTERNAS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL	654	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE ATENCION PRIMARIA FACILITANDO LA FORMACION EN AUTOEXPLORACION DE LESIONES DERMATOLOGICAS POTENCIALMENTE SOSPECHOSAS
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	ARNAL ALONSO JOSE MARIA	406	MEJORA DE LA DERIVACION DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE LA REMISION DE IMAGENES DIGITALES
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN	732	ATENCION AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	ARNAL PEREZ ELBA	749	ESTUDIO CUALITATIVO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y EVITAR LAS COMPLICACIONES AL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL	678	MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y MANEJO DE ENURESIS NOCTURNA INFANTIL, MEDIANTE ENCUESTA DIRIGIDA ,REALIZADA EN EL CONTEXTO DE LA REVISION DE 6 AÑOS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL DE ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	NAVARRO CASTILLO VICTOR	556	ESTUDIO CUALITATIVO PARA CONOCER LAS OPINIONES, EXPECTATIVAS Y BARRERAS RESPECTO A LA MEDICACION INHALADA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC O ASMA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	SIERRA SERRANO LUIS ELIAS	642	PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ACTUR SUR	VALDEPEREZ TORRUBIA JOSE JAVIER	67	PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA EN PACIENTES EPOC EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR
Z1	AP	CS ALFAJARIN	CUCALON ARENAL JOSE MANUEL	452	EDUCACION PARA LA SALUD A TRAVES DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION COMUNITARIA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	GARCIA LOBERA AURELIO	443	ACTUALIZACION EN LAS PATOLOGIAS MAS PREVALENTES EN ATENCION PRIMARIA II
Z1	AP	CS ARRABAL	CHECA DIEZ MARIA ANGELES	765	ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE
Z1	AP	CS ARRABAL	JUAN GERMAN MARIA LUISA	95	SALUD INTEGRAL DE LAS MUJERES DE LA ZONA SANITARIA DEL RABAL. EXPERIENCIA DE TRABAJO EN GRUPO
Z1	AP	CS ARRABAL	LACORT BELTRAN EVA	217	IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	ENCISO CIRIANO LOURDES	132	TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PILORY EN CENTROS DE SALUD DE LOS SECTORES 1 Y 2 DE ZARAGOZA. ESTUDIO LONGITUDINAL: COHORTES RETROSPECTIVO
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	SENDER MARTIN DANIEL	207	ESTUDIO CUALITATIVO PARA CONOCER LAS OPINIONES, EXPECTATIVAS Y BARRERAS DE PACIENTES Y SANITARIOS RESPECTO AL USO DE MATERIALES PARA PACIENTES EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS LUNA	GIMENEZ BESCOS ANA SILVIA	296	INTERVENCION SANITARIA MULTIDISCIPLINAR PARA MINIMIZAR LAS COMPLICACIONES DEL PIE DIABETICO
Z1	AP	CS LUNA	SOLER ABADIAS ROSA MARIA	295	IMPACTO DE UNA INTERVENCION ENFERMERA EN EDUCACION PARA LA SALUD EN UN CENTRO EDUCATIVO
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	GOMEZ GIL MARIA PILAR	33	NUEVOS CRITERIOS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE DE MAS DE 6 MESES, ACTUALIZACION DE PAUTAS EN EL EQUIPO DE PEDIATRIA DEL CS PARQUE GOYA
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	FIGUERAS ARA CARMEN	162	PLAN DE MEJORA URGENCIAS
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	BARANDA VILLARROYA PILAR	125	PROTOCOLIZACION DE LA EXPLORACION DEL PIE EN EL PACIENTE DIABETICO I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	LABARTA MANCHO CARMEN	462	ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP
Z1	AT AMB	CME GRANDE COVIAN	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	20	DIGITALIZACION CONSENTIMIENTOS RADIOLOGIA EN EL CME GRANDE COVIAN
Z1	AT AMB	CME GRANDE COVIAN	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	22	HACIA LA CERTIFICACION DEL SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS DE C.M.E. GRANDE COVIAN
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	ARBONA CAMPOS MARIA PILAR	696	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	BERNAD POLO JUAN MANUEL	279	OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE CITACIONES Y COORDINACION DEL PROGRAMA AMBULATORIO DE SEGUIMIENTO EN CONSULTAS EXTERNAS DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (UTCA) DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	BIBIAN GETINO CLARA MARIA	574	CONCILIACION TERAPEUTICA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ENTORNO HOSPITALARIO. MEJORANDO LA RECETA ELECTRONICA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	38	DIGITALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS DE RADIOLOGIA EN EL HOSPITAL NTRA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					SRA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	CAMPOS SANZ ASUNCION	147	ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS EN FASE AGUDA DESDE EL INGRESO HOSPITALARIO AL ALTA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	CANOVAS PAREJA CARMEN	106	FORMACION AL CUIDADOR SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA (II). IMPLANTACION Y EVALUACION DE MEDIDAS DE MEJORA A NIVEL DE HOSPITALIZACION
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO	236	IMPLANTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS POR SEMICYUC COMO COMPROMISO DE CALIDAD EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN LA UCI DEL H NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES	305	HOSPITAL DE DIA GERIATRICO, UN NIVEL ASISTENCIAL DESCONOCIDO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	EL-UALI ABEIDA MAHFOUD	211	PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE TUMORACIONES CERVICALES EN ATENCION PRIMARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	545	IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO MEDIANTE CODIFICACION Y REGISTRO INFORMATIZADO-INTRANET: AMPLIACION DE SU APLICACION AL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	GASPAR RUZ MARIA LUISA	382	TALLERES PARA CUIDADORES DE PACIENTES INGRESADOS CON FRACTURA DE CADERA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	GRANADA LOPEZ JOSE MANUEL	440	DISEÑO DE LA "CARPETA DEL RESIDENTE" COMO INSTRUMENTO DE APOYO A LA FORMACION Y EVALUACION DEL ENFERMERO EIR DE LA UNIDAD DOCENTE DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL DEL GOBIERNO DE ARAGON
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	IRIARTE RAMOS SONIA	204	CONSOLIDACION DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD, CHECK LIST Y MEDIDAS DE PREVENCION DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	LAFUENTE MATEO MIRIAM	244	AMPLIACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	LOPEZ VALVERDE GLORIA	591	PROTOCOLO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LA ENFERMEDAD DE OJO SECO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA	740	VALORACION DE COMPLEJIDAD DEL TRIAJE III-IV. UNA CLASIFICACION DE CALIDAD
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	MORENO POZUELO PILAR	31	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE CARCINOMA DE MAMA CON EXTIRPACION GANGLIONAR AXILAR: PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS DE HOMBRO POSTCIRUGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	PAMPLONA CALEJERO ELENA	203	FORMACION Y RECICLAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE LA NUEVA ADQUISICION DE UN APARATO PARA LA REALIZACION DE ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	PAUMARD OLIVAN CESAR	413	MEJORA PROCESO DERIVACION A LA UNIDAD DE TR. DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA)
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	RODRIGUEZ CHACON LUIS	569	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DE LAS LUMBALGIAS PREVIA DERIVACION AL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	ALDEA MOLINA ELISA	121	REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	ARENERE MENDOZA MERCEDES	268	LA VALIDACION FARMACEUTICA EN LA DETECCION DE ERRORES DE PRESCRIPCION ASOCIADOS A LA PRESCRIPCION ELECTRONICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR	178	ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	BALLESTIN SOROLLA SONIA SOFIA	389	ABORDAJE DEL SINCOPE EN URGENCIAS: OPTIMIZACION DE RECURSOS DIAGNOSTICOS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CABESTRE GARCIA ROBERTO	278	ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN INGRESO HOSPITALARIO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CANO LAZARO RAQUEL	509	ACTUALIZACION DE LA ENFERMERA QUIRURGICA EN EL USO DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CASTAN BELLIDO LIDIA	230	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION MULTIDISCIPLINAR, EN LOS CASOS DE GONARTROSIS EN PACIENTES OBESOS, PREVIOS AL PLANTEAMIENTO DE LA ARTROPLASTIA DE RODILLA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CHARRO CALVILLO MARA	371	PROYECTO PARA EL INICIO DEL DESARROLLO DE SESIONES MULTIDISCIPLINARES PARA LA EVALUACION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR ZARAGOZA AREA II
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CIRES ORTIZ RAFAEL	37	DIGITALIZACION CONSENTIMIENTOS RADIOLOGIA EN HOPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	CONDON GRACIA ELENA	56	EDUCACION Y MOTIVACION PARA LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL TRATAMIENTO CON TERAPIAS MODIFICADORAS DE LA ENFERMEDAD DE ESCLEROSIS MULTIPLE DESDE LA CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	EZPELETA ASCASO IGNACIO	636	OPTIMIZACION DEL REGISTRO DE ACCIDENTES BIOLOGICOS EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	FERRERAS AMEZ JOSE MARIA	553	CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	FITENI MERA ISABEL	395	IMPLANTACION Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA SECTOR I DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	GARCIA AGUILERA DAVID	526	CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	GARCIA GOMARA MARIA JOSE	286	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION E INFORMACION AL PACIENTE EPILEPTICO. CONTINUACION DEL PROYECTO DE MEJORA NUMERO 248 APROBADO EN LA CONVOCATORIA 2014
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER	543	CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	GIMENEZ MUÑOZ ALVARO	1	PROYECTO DE MEJORA DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE PATOLOGIA NEUROMUSCULAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD	707	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMERIA QUIRURGICA EN LA CIRUGIA HEPATICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	LAZARO SIERRA JAVIER	82	IMPLANTACION DE VIDEO TUTORIAL SOBRE EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE DRENAJE PLEURAL EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	MATIA SANZ MARTA TERESA	503	ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA GUIA DE TERAPIA TRANSFUSIONAL EN EL DOMICILIO POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO DEL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	MEDINA SAINZ CAROLA	390	OPTIMIZACION DE CIRCUITO DE MANEJO Y DERIVACION DE LAS LUMBALGIAS CRONICAS EN URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	MEJIA CASADO ANA	575	OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS HOSPITALARIOS POSTOPERATORIO PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE INFECCIONES QUIRURGICAS EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA PRIMARIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	MONCIN TORRES CARLOS ANGEL	272	VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	MORELLA MARQUETA ANA BELEN	256	IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL QUIROFANO DE UROLOGIA COMO ELEMENTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA COMO RESPONSABLE DE SU CUMPLIMENTACION
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	PEREZ TRULLEN JOSE MARIA	124	INFORMACION MEDICA PARA LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA WEB
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	RIOS GOMEZ CONSUELO	265	MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL SUEÑO EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA. AMBITO SECTORIAL:UN UNICO SECTOR SANITARIO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	RODRIGUEZ CURIESES PETRA	136	EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	SEVIL PURAS MARIA	493	EVALUACION DE LA ATENCION EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO EN EL SECTOR I MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	TIRADO ANGLES GABRIEL	614	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	VALERO TOMAS ESMERALDA	448	ABORDAJE DEL PACIENTE CON ICTUS EN FASE AGUDA DESDE EL INGRESO AL ALTA HOSPITALARIA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PEMAN MUÑOZ MARIA TERESA	171	DETECCION TEMPRANA DE EPOC EN PACIENTES CON TABAQUISMO Y DESHABITUACION TABAQUICA POSTERIOR
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PUEYO SALAVERA CLARA MARIA	175	EDUCACION PARA LA SALUD; CAMINAMOS JUNTO A NUESTROS PACIENTES CRONICOS, COMPARTIENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	163	LOCUS DE CONTROL EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA Y ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERIA Y SU INFLUENCIA EN EL SINDROME DE BURNOUT
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	TOBAJAS SEÑOR EVA	393	PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN LAS CONSULTAS DEL CS LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORAO MERCEDES	336	DISMINUCION DEL DOLOR DURANTE LA VACUNACION CON MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	30	TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO	685	PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE Y CENTRO, SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAN PABLO	CASTRO PINEDO NATIVIDAD	312	TALLER DE EDUCACION GRUPAL PARA PACIENTES ANTICOAGULADOS. CENTRO DE SALUD SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	EGUILUZ LOPEZ MERCEDES	315	MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	ESCARTIN LASIERRA PATRICIA	387	GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	SAMITIER LERENDEGUI MARISA	129	PRUEBAS DE IMAGEN SOLICITADAS EN USUARIOS DE CENTROS DE SALUD DE LOS SECTORES 1 Y 2 DE ZARAGOZA. ESTUDIO TRANSVERSAL
Z2	AP	CS SAN PABLO	TAPIA PEREZ ANA	289	MEJORA DEL TRATAMIENTO FISOTERAPICO EN EL HOMBRO DOLOROSO
Z2	AP	CS SAN PABLO	VALVERDE ARANDA SELMA	287	MEJORA DE LOS AUTOCUIDADOS DE LOS PACIENTES DIABETICOS A TRAVES DE LA EDUCACION GRUPAL
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	OTEGUI ILARDUYA LUIS	714	TRAMITES ADMINISTRATIVOS Y CORREO ELECTRONICO
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	SORIA CABEZA GLORIA	690	MEJORA DE DERIVACIONES A ATENCION ESPECIALIZADA DEL CS TORRERAMONA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	BELTRAN GARCIA SARA	768	MEJORA A LA ATENCION AL NIÑO GRAVE EN ATENCION PRIMARIA. EQUIPACION DEL CARRO DE PARADA Y MATERIAL PEDIATRICO NECESARIO
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PINA GADEA MARIA BELEN	717	ACTUALIZACION Y DIFUSION DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD_SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	USB SAN JOSE NORTE	QUIRCE SANCHEZ SUSANA	29	ESTABLECIMIENTO DE PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA
Z2	AP	USB SAN JOSE NORTE	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	61	SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE PERIODO DEL PUERPERIO
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA	CABRERIZO GARCIA JOSE LUIS	53	PREVENCION DE LA NEFROPATIA INDUCIDA POR CONTRASTE DE TAC EN PACIENTES DE RIESGO
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA	PEREZ GIMENEZ LAURA	360	OPTIMIZACION DEL CONTROL GLUCEMICO DE PACIENTES DIABETICOS CON INGESTA ORAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ABAD BABIER ROSARIO	172	VALORACION DE LA SITUACION SOCIAL DE TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES AL ALTA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL CON ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ABAD SAZATORNIL MARIA REYES	412	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL USO DEL MEDICAMENTO. POTENCIANDO LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ABENIA USON PILAR	750	PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION EN LA ATENCION AL RECIEN NACIDO ENTRE MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO INFANTIL MIGUEL SERVET Y PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ADIEGO LEZA MARIA ISABEL	683	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMIENTO EN PACIENTES INGRESADOS POR EPISTAXIS E HIPERTENSION ARTERIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE	721	AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ALIAS GOMEZ RAMON TOMAS	701	REALIZACION DE TRIPTICO DE EVALUACION Y OPTIMIZACION DEL PACIENTE CON RIESGO CARDIOVASCULAR QUE SE VA A INTERVENIR DE CIRUGIA NO CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ALONSO FORMENTO JOSE ENRIQUE	243	MEJORA EN EL PROCESO DE INICIO DE ANTICOAGULACION EN URGENCIAS, CONTROL Y REGISTRO POSTERIOR POR HEMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL	322	PROTOCOLO DE ACTUACION EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS EN HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ANDRES OROS MARIA PILAR	260	DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO INFORMATIZADA EN ARAGON – PILOTO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ARRIETA NAVARRO RAQUEL	433	OPTIMIZACION FARMACOTERAPEUTICA EN RESIDENTES DEL CENTRO SOCIOSANITARIO ROMAREDA MEDIANTE LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE PRESCRIPCION FARMATOOLS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ARTAL ROY JORGE	610	OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	AURED GUALLAR MARIA CARMEN	517	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	AYERZA CASAS ARIADNA	83	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES TRAS CIRUGIA CARDIACA INFANTIL MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BERGES PEREZ RUT	522	ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BLASCO FORCEN ANGEL	640	PROYECTO PARA LA MEJORA DEL ACCESO VASCULAR EN HEMODIALISIS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BOROBIO LAZARO ALMUDENA	492	PREVENCION DE LA INMOVILIDAD EN EL PACIENTE NEUROLOGICO HOSPITALIZADO CON APOYO DE VOLUNTARIADO. PROYECTO “MOVILIZAME
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BORQUE FERNANDO ANGEL	246	OPTIMIZACION DEL MANEJO DEL CANCER DE PROSTATA RESISTENTE A CASTRACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BORQUE IBAÑEZ AMPARO	570	APLICACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES MENORES DE 25 AÑOS CON RESULTADOS CITOLOGICOS ANOMALOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BOSQUE GRACIA CARMEN	486	VIDEO INFORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET PARA FUTUROS RESIDENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BUENO TORRES ANA MARIA	596	EVALUACION DE LAS CAUSAS DE INGRESO NO ESPERADO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BUSTILLO ALONSO MATILDE	394	IMPLANTACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROCEDIMIENTO PARA INCREMENTAR LA INMUNIZACION FRENTE A TOS FERINA EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL MATERNO–INFANTIL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CABALLERO BURBANO MARIA JESUS	261	EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE: LA INFORMACION COMO VALOR AÑADIDO EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CALVO GALIANO NAIARA	72	PROTOCOLO ASISTENCIAL EN PACIENTES SOMETIDOS AL IMPLANTE DEL DESFIBRILADOR AUTOMATICO IMPLANTABLE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CALVO PEREZ PILAR	688	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA TRACCION VITREOMACULAR CON OCRIPLASMINA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	208	ADECUACION DEL INGRESO PARA LA FINALIZACION PROGRAMADA DE LA GESTACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CAMPOS CALLEJA MARIA CARMEN	720	MEJORA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CARBONEL BUENO IGNACIO	118	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	CARBONELL BERNAL ROBERTO	491	MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CARELA ESPIN JOAQUIN	248	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA PROSTATITIS BACTERIANA AGUDA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	703	IMPLEMENTACION DE ANALGESIA MULTIMODAL QUE INCLUYE BLOQUEO DE NERVIO FEMORAL EN EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA (FOC) QUIRURGICO O MEDICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE	184	PROTOCOLO DE INDICACIONES DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	277	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION (NORMA UNE-EN ISO 15189) DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA. AMPLIACION DE LOS ALCANCES DE INMUNOQUIMICA (INSULINA, PEPTIDO C, GLOBULINA ENLAZANTE DE HORMONAS SEXUALES (SHBG) Y DEHIDROEPIANDROSTERONA(S-DHEA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CHENLO TOUCEDA SILVIA	590	PROGRAMA DE MEJORA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	601	MEJORA DE RESULTADOS EN SALUD DEL PROCESO ASISTENCIAL FRACTURA DE CADERA OSTEOPOROTICA EN MAYORES DE 75 AÑOS. SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	COLAS RODRIGUEZ ANA	392	IMPLANTACION DE CHECKLIST DE SEGURIDAD EN PACIENTES CRITICOS EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	COTAINA GRACIA LAURA	657	MEJORA DE LOS CUIDADOS POST-OPERATORIOS EN HISTERCTOMIA LAPAROTOMICA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					POR PATOLOGIA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL (2ª PLANTA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	551	ENCUESTA DE SATISFACCION DE ATENCION EN CONSULTAS DE LA UNIDAD DE ESCLEROSIS MULTIPLE (E.MARIA) COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA: "MEJORA DE LA INFORMACION A FAMILIARES Y PACIENTES CON (E.MARIA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CUADRA GIMENEZ PILAR	346	GESTION DEL RIESGO MEDIANTE EL REGISTRO Y ANALISIS DEL SISTEMA DE NOTIFICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO	12	TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES OBESOS CON BAJA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DE TORRES AURED MARIA LOURDES	495	METODOLOGIA DE FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE TRAUMATOLOGIA, SOBRE IMPLEMENTACION DE LA DIETA HIPERPROTEICA DE FACIL MASTICACION PARA PACIENTES INGRESADOS EN EL HUMS, INCLUIDOS EN EL PROCESO DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DELGADO MARTINEZ JULIO	271	CREAR UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CIRUGIA ONCOLOGICA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DIARTE DE MIGUEL JOSE ANTONIO	578	SEGURIDAD CLINICA Y EFICIENCIA EN EL CATETERISMO CARDIACO AMBULATORIO. CREACION DE UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE EVALUACION PRECATETERISMO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES	767	MEJORA EN LA ATENCION AL NIÑO GRAVE O EN PARADA CARDIORESPIRATORIA EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ESCOSA ROYO LUIS	133	MEJORIA DE LA TRANSMISION DE LA INFORMACION CIENTIFICA DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	EXPOSITO SANCHEZ CARMEN	292	MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FANTOVA ALONSO ALBERTO	561	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE EVALUACION Y MANEJO DE LA UROLITIASIS A NIVEL DE UN HOSPITAL TERCIARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES	498	MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL A TRAVES DE ATENCION INTERDISCIPLINAR GERIATRIA-NEUROCIRUGIA EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS MAYORES DE 75 AÑOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FERNANDEZ LETAMENDI TERESA	516	MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA FRACTURA DE RAMA PELVICA DESDE URGENCIAS HASTA ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FERNANDEZ LIESA RAFAEL	647	PROTOCOLO INTERDISCIPLINARIO DE EVALUACION DE LOS PACIENTES CON PATOLOGIA VOCAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA	294	ADECUACION EN LA INDICACION DEL ESTUDIO DE TROMBOFILIA: ¿CUANDO?, ¿QUE? Y ¿QUIEN?
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FERRER CERON ISABEL	467	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FRAILE RODRIGO JESUS	157	ORGANIZACION EN LA ATENCION DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE VERTIGO LABERINTICO PERIFERICO (CON SUS DIFERENTES ENTIDADES NOSOLOGICAS) ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES DE LA ESTRUCTURA SANITARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FUENTES ULIAQUE CARLOS	658	DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO EN EL AREA DE RADIOCIRUGIA CEREBRAL POR UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FUERTES FERRE GEORGINA	755	ASISTENCIA INTEGRAL AL PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDIACO (I). ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE CUIDADOS GENERALES Y ESPECIFICOS. GENERACION DE NUEVOS DOCUMENTOS DE SOLICITUD Y MANEJO PRECATETERISMO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GALVEZ ALVAREZ EVA	454	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE SESIONES FORMATIVAS COMPLEMENTARIAS A LA FORMACION PRACTICA DE TCAE EN EL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GARCIA BUESA SUSANA	258	MEJORA EN CALIDAD DE CUIDADOS: IMPLEMENTACION HOJA DE ENFERMERIA PARA SEGUIMIENTO DEL PACIENTE OSTOMIZADO DURANTE EL INGRESO Y DERIVACION A LA CONSULTA DE ESTOMOTERAPIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GARCIA ROMERO RUTH	670	MEJORA DE LA EXPOSICION A LA RADIACION EN LA VIDEOFLUOROSCOPIA INFANTIL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GIL PARAISO PEDRO	461	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN INCLUSION DE POLIPOSIS NASOSINUSAL EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GODOY MOLIAS ANA CRISTINA	624	MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA INFECCION OPORTUNISTA EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	507	NUEVO SISTEMA DE REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA TRAS VALORACION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GOMEZ DIAZ COVADONGA	325	PROTOCOLO DEL MANEJO HOSPITALARIO EN LA EPISTAXIS GRAVE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO	648	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA DEL SINDROME CORONARIO AGUDO

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO	453	IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA	186	IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ	747	SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: COMPROBACION DEL GRUPO SANGUINEO DEL RECEPTOR A CABECERA EN EL AREA DE HOSPITALIZACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GRACIA RUIZ MARTA	730	INFORMATIZACION DE ALTAS DE CONSULTAS EXTERNAS DE DIGESTIVO PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA Y PACIENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GREGORIO GONZALEZ SONIA ELENA	276	OBITO FETAL: SUPUESTOS, DOCUMENTACION REQUERIDA Y ADECUADA CUMPLIMENTACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GUALLAR LARPA MARIA	275	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADENOAMIGDALECTOMIA EN PACIENTES PEDIATRICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GUILLEN SUBIRAN MARIA EUGENIA	728	VALORACION MEDIANTE ANGIOTC DE LAS PACIENTES CANDIDATAS A RECONSTRUCCION MAMARIA (DIEP). ELABORACION PROTOCOLO TCMD PARA FACILITAR SELECCION DE LA MEJOR PERFORANTE Y CORRELACION CON HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	HERRANZ ANDRES PILAR	55	OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE PARAMETROS NUTRICIONALES Y DE HB EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, ARTRODESIS VERTEBRAL LUMBAR MULTINIVEL Y COLGAJOS LIBRES PARA CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	HERRERO TRAVER MIRIAM	259	OPTIMIZACION DE LAS CONDICIONES DE TRASLADO DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS A LA UNIDAD D
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	HIDALGO MENDIA BEGOÑA	263	PROTOCOLO DE COLABORACION UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES ULME -ATENCION PRIMARIA: PRGRAMA PILOTO EN C.S SAN JOSE NORTE Y CENTRO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	HUARTE LACUNZA RAFAEL	700	COLABORACION FARMACIA- NEFROLOGIA DEL HUMS PARA LA ELABORACION DE UNA GUIA DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS EN INSUFICIENCIA RENAL Y SU APLICACION COMO AYUDA A LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	IBAÑEZ CARRERAS REYES	352	PUESTA EN MARCHA DE LA TECNICA DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (RIO) EN CANCER DE MAMA PRECOZ. REALIZAION DEL MAPA DEL SUBPROCESO. COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	IDOIPE TOMAS ANGELA	190	ENSAYOS CLINICOS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET: MEJORA DE SU PREPARACION Y EVOLUCION DE SU APORTACION EN TERMINOS ECONOMICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	JARIOD GAUDES RICARDO	196	ACREDITACION EN ISO 9001:2008 DE LA UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS) DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER	697	ACTUALIZACION DE LA DOCUMENTACION DEL PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD EN RADIOTERAPIA CORRESPONDIENTE AL SERVICIO DE FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	JIMENEZ MONTAÑES LORENZO	84	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES TRAS CATETERISMO CARDIACO PEDIATRICO MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	JIMENO JIMENEZ NOELIA	250	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	JOSE GUTIERREZ YASMINA	328	IMPLANTACION DEL NUEVO PROTOCOLO DE CRIBADO DEL CA. DE CERVIX EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI MARIA PILAR	653	OPTIMIZACION DE ANEMIA PERIOPERATORIA EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA NO CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LAGLERA TREBOL SALVADOR TOMAS	695	IMPLEMENTACION DE UNA ORGANIZACION EFICIENTE DE LA EVALUACION PREANESTESICA PARA LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y LA CIRUGIA NO CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LANZUELA VALERO MANUELA	711	RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA SEMANAL EN PACIENTES ANCIANAS Y/O FRAGILES. UNA MEJORA EN SU ADMINISTRACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LAPUENTE GONZALEZ PILAR	693	PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAFIA CON ECOPOTENCIADORES: INDICACIONES, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VALORACION DE INTEGRACION DE NUEVAS TECNICAS DE IMAGEN EN LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL H.U. MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LASIERRA MONCLUS ANA BELEN	709	IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (NORMA UNE-EN ISO 15189) EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº DE BIOQUIMICA CLINICA DEL HUM SERVET. FASE PREANALITICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LATAPIA RALUY RAQUEL	26	PLAN DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y EDUCACION SANITARIA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LATORRE IZQUIERDO ANA	736	AUMENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA MEDIANTE

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
			MARIA		LA CREACION DE "CARDS" DE MEDICACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LAZARO RIOS MARIA	723	CANALIZACION DE PACIENTES CON ASCITIS REFRACTARIA MEDIANTE INGRESO EN HOSPITAL DE SEMANA PARA PARACENTESIS EVACUADORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LEACHE PUEYO JAIME	209	CREACION DE GABINETE DE AUDIOLOGIA INTEGRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LECHON SAZ JOSE ANTONIO	583	ACCESO VASCULAR ARTERIAL EN EL IMPLANTE PERCUTANEO DE PROTESIS AORTICAS (TAVI). PROTOCOLIZACION DE EVALUACION DE PACIENTES PARA ELECCION DE PUERTA ACCESO, SELECCION ACCESO PERCUTANEO O QUIRURGICO E IDENTIFICACION PRECOZ Y TTº DE LAS COMPLICACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LLORENTE ARENAS EVA MARIA	355	ACTUALIZACION EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LA SORDERA BRUSCA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	502	MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION FENOTIPICA Y GENOTIPICA DE CARBAPENEMASAS EN GRAM NEGATIVOS. AMPLIACION A OTROS MECANISMOS DE RESISTENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LOPEZ SANGÜESA DANIEL	715	PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS PRE Y POST CATETERISMO CARDIACO EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO	698	ESTADO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLOGICO ORL SOMETIDO A TRATAMIENTO QUIRURGICO. IMPLICACIONES PRONOSTICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MANGLANO ALONSO FLAVIA	251	MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACOGIDA DE LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARCEN MIRAVETE ANA	212	PROTOCOLO DE MANEJO DE HIPERTENSION PULMONAR POR CARDIOPATIA IZQUIERDA PRE CIRUGIA CARDIACA. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTA MORENO JAVIER	566	CONTROL DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE NEUROSONOLOGIA- Sº DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTIN HERNANDEZ CARLOS	34	COORDINACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA OPTIMIZACION DEL ALTA DEL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTIN LAMBAS MARIA DOLORES	759	SCREENING MEDIANTE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE REACCIONES ADVERSAS AL METAL EN PORTADORES DE PROTESIS DE CADERA CON PAR DE FRICCION METAL-METAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTIN SACO GLORIA	338	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS GENITALES DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER	179	PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR CRONICO PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTINEZ CARBALLO MARIA SOFIA	753	MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION	174	DIFUSION DE PROTOCOLOS CON ALTA PREVALENCIA DE ACTIVIDAD ENFERMERA. MEJORAR LA ATENCION ENFERMERA EVITANDO LA VARIABILIDAD EN LOS CUIDADOS PRESTADOS EN EL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MARTINEZ NUEZ SILVIA	345	INFORMATIZACION DE LOS INFORMES DE EVOLUTIVO, ALTA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE REANIMACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MATAMALA ADELL MARTA	558	DESCOLONIZACION PREOPERATORIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES ADULTOS INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA ELECTIVA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MAYAYO SINUES ESTEBAN	604	MAPA PREOPERATORIO MEDIANTE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA PREVIO A ARTROPLASTIA DE HOMBRO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MEDINA SANCHEZ MARIA JOSEFA	333	DISMINUCION DEL RIESGO DE LUXACION EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPOROTICA PORTADORES DE PROTESIS DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MENDEZ VILLAMON AGUSTINA	428	DESARROLLO DE LA STEREOTACTIC BODY RADIATION THERAPHY (SBRT) EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MINCHOLE LAPUENTE ELISA	49	LINEA DE MEJORA DE TORACOCENTESIS DIAGNOSTICA CON APOYO DE ECOGRAFIA TRANSTORACICA EN UNIDAD DE PLEURA DE SERVICIO DE NEUMOLOGIA (HUMS)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	565	LA ESPECTROMETRIA DE MASAS MALDI-TOF COMO HERRAMIENTA PARA LA IDENTIFICACION DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS (MNT) EN LA PRACTICA CLINICA Y COMO MEJORA EN EL AREA DE MICOBACTERIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MONREAL HIJAR ANTONIO	706	ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN RCP BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA 2
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES	216	REALIZACION DE BIOPSIAS DE MEDULA OSEA BAJO SEDACION POR EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MORATA CRESPO ANA BELEN	535	FASE 3 DE REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MORENO ESTEBAN EVA MARIA	153	REVISION E IMPLANTACION DE NUEVO PROTOCOLO DEL MANEJO DEL DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ETIOLOGIA ISQUEMICA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	NAVARRO AZNAREZ HERMINIA	377	OPTIMIZACION DE LA FARMACOTERAPIA. CONTRIBUYENDO A LA MEJORA DE RESULTADOS EN SALUD Y A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO DESDE LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	NEGREDO QUINTANA ISABEL	622	MEJORA DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES. INTRODUCCION DE UN NUEVO MARCADOR: HE4
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ODRIOZOLA GRIJALBA MONICA	375	PLAN HOSPITALARIO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	OLIVAN LAFUENTE BLANCA	257	ESTANDARIZACION DE CRITERIOS PARA LA CANALIZACION DE VIA VENOSA CENTRAL EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POSTANESTESICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	OLORIZ SANJUAN TERESA	104	PROTOCOLO PARA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOGICO Y DE LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS DE ABLACION CON CATETER
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ORO FRAILE JESUS	456	CANALIZACION ECOGUIADA DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	OSTABAL ARTIGAS ISABEL	3	GESTION DEL DELIRIO EN UCI, SEGUNDA PARTE: APLICACION DE TERAPIA OCUPACIONAL COGNITIVA Y FISICA EN PACIENTES NO INTUBADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	OTIN BENEDI DAVID	206	IDENTIFICACION RAPIDA DEL LOCUS QUIRURGICO EN EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PADIN FABEIRO MARTA	308	AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN PUERPERIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PALACIAN RUIZ MARIA PILAR	515	MEJORA EN LA PRE-ANALITICA DE UN SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PANADERO PAZ CAROLINA	60	DECANULACION DEL PACIENTE CON TRAQUEOTOMIA PROCEDENTE DE UCI CON DESTETE PROLONGADO MEDIANTE TECNICAS DE VMNI EN PLANTA DE NEUMOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PARRA SALINAS INGRID	568	OPTIMIZACION DE LA VALORACION PREVIA Y POSTERIOR AL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PASCUAL GARCIA ASUNCION	202	DISEÑO DE PLANNING DE VISUALIZACION DE LAS SOLICITUDES DE INTERCONSULTA EN UNA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PEREZ DELGADO LAURA	317	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO,TRATAMIENTO E INDICACION QUIRURGICA DE LA POLIPOSIS NASOSINUSAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PEREZ SALILLAS MARIA	45	CERTIFICACION UNE-EN ISO 9001:2008 PARA LA GESTION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PERRINO GARCIA MARIA JESUS	476	COLABORACION ENTRE SERVICIOS (FARMACIA-NEFROLOGIA) EN LA IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL Y REALIZACION DE RECOMENDACIONES DE MANEJO Y AJUSTE DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PES LAGUNA MARIA DEL MAR	482	PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA EN TRIAJE EN URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PEÑA CALVO PAULA	671	CHECK-LIST DE VERIFICACION DE SEGURIDAD PARA PACIENTES SOMETIDOS A TECNICAS INVASIVAS EN LA SALA DE BLOQUEOS DE LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PEÑA JIMENEZ DIEGO	675	AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE UNO Y DOS NIVELES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PEÑA SEGURA JOSE LUIS	599	GRUPO DE MEJORA DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN PEDIATRIA DE LOS SECTORES DE ZARAGOZA 1 Y 2
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	549	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PORTERO LLORO LUIS	478	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA PREANESTESICA PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PORTOLES OCAMPO ANA	626	PUESTA EN MARCHA DE UN HOSPITAL DE DIA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA, PARA TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PRIETO CALVO ESTHER	722	PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONJUNTIVITIS DEL RECIEN NACIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR	167	CONTROL DE LOS PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS SOMETIDOS A RADIACIONES IONIZANTES: PROTOCOLO DE VALORACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RAMOS MORENO GONZALO	214	PROTOCOLO PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACION Y RECOGIDA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA , REANIMACION Y TERAPEUTICA DEL DOLOR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA (HUMSZ). CONTINUACION (II)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	425	MODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS Y MEJORA DE LA FORMACION CONTINUA: HERRAMIENTAS PARA REDUCIR LAS INCIDENCIAS DETECTADAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	REMACHA CABEZA GLORIA	557	PROYECTO DE MEJORA DE LA INSULINOTERAPIA A NIVEL HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RINCON GAYAN LUIS	563	CONTROL Y GARANTIA DE CALIDAD EN EXPLORACIONES DE RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA	489	CREACION Y DESARROLLO DEL TALLER DE HUERTO/JARDINERIA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RIVARES ESTEBAN JAVIER	318	DIAGNOSTICO DE LA OBSTRUCCION NASAL. RINOMANOMETRIA ANTERIOR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ROC ALFARO MARIA LOURDES	405	PROTOCOLO PARA LA RACIONALIZACION DE PETICIONES DE SEROLOGIA EN GESTANTES Y SCREENING DE VIH CON CARACTER URGENTE EN PACIENTES NO CONTROLADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ROCHE ALBERO ADRIAN	662	REGISTRO Y CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES HA IMPLANTADO UNA PROTESIS DE RODILLA PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RODRIGO CONDE CESAR	307	INFORMATIZACION CLINICA DE LA CIRUGIA VAGINAL REALIZADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RODRIGO PALACIOS JAVIER	712	IMPLEMENTACION DE RECONSTRUCCION INMEDIATA POSTMASTECTOMIA CON COLGAJOS AUTOLOGOS MICROQUIRURGICOS EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA. ELABORACION DE PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INCLUSION Y COORDINACION CON OTRAS ESPECIALIDADES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RODRIGUEZ LAZARO LAURA	262	CIRCUITO DE ACTUACION EN CASO DE GESTANTE EN CONTACTO CON VARICELA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RODRIGUEZ LEON MARTA	527	PROYECTO MULTIDISCIPLINAR ASISTENCIAL DE APOYO A LA PACIENTE CON OBITO FETAL (2º Y 3º TRIMESTRE) Y NEONATAL EN PLANTA 6 HMI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN	253	ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE TALLERES EN SALA DE SIMULACION OBSTETRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RODRIGUEZ VELA JAVIER	579	ESTRATEGIAS PARA EL INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO RELACIONADO CON EL FACTOR MEDICO DEL PACIENTE CON DOLOR QUE ACUDE A CONSULTA DE UNIDAD DE COLUMNA-REHABILITACION DE COLUMNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RODRIGUEZ VELA LUIS MARIA	586	MEJORA EN LA ADMINISTRACION DE AUTOINYECCION INTRACAVERNOSA EN EL TRATAMIENTO DE DISFUNCION ERECTIL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN	597	IMPLANTACION DE CONSULTA ESPECIALIZADA EN INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS (IDP) EN PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ROJO ESPIÑEIRA ROBERTO	237	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTES CON DEHISCENCIA ESTERNAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ROS ARNAL IGNACIO	691	PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFILICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RUEDA GORMEDINO PILAR	656	FORMACION DE UN COMITE INTERDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON INESTABILIDAD Y DESEQUILIBRIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA	681	VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK PARA REALIZACION DE BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN	554	ANESTESIA DE FORMA AMBULATORIA EN NIÑOS SOMETIDOS A ESTUDIO RADIOLOGICO DE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) Y RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR (RMN)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER	138	INFORMACION INDIVIDUALIZADA DE ACUERDO A LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DEL PACIENTE SOBRE GENERO DE VIDA, ALIMENTACION, CONDUCCION, REVISIONES MEDICAS TRAS UN SINDROME CORONARIO AGUDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SALVADOR OSUNA CARLOS	664	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	506	MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PEDIATRICO MODERADO-SEVERO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SANCHEZ INSA ESTHER	757	ASISTENCIA INTEGRAL AL PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDIACO (II). ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE CUIDADOS GENERALES Y ESPECIFICOS, GENERACION DE NUEVOS DOCUMENTOS DE MANEJO POSTCATETERISMO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SANCHO GRACIA ELENA	619	EVALUACION TRAS LA IMPLANTACION DE UN MODELO DE SUPERVISION DEL R1 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA. COORDINACION ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH ALBERTO	41	GESTION CONJUNTA CON ATENCION PRIMARIA DEL PROCESO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO	155	IMPLANTACION DE TARJETA IDENTIFICATIVA DE VIA AEREA DIFICIL EN PACIENTES QUIRURGICOS DEL H.U. MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SATUE PALACIAN MARIA	159	INSTAURACION DE LA QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCEMET (DMEK) PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISTROFIA ENDOTELIAL DE FUCHS EN EL H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SEGURA AZNAR MARIA JESUS	46	GESTION DE INCIDENCIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SERAL MORAL MARIA	708	PROYECTO DE MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA EL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					DESMIELINIZANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SERRANO FRAGO PATRICIA	666	MEJORA EN EL PROCESO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DE PACIENTES INGRESADOS POR COLICO RENAL EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR	676	BLOQUEO NERVIOSO PERIFERICO DURANTE EL PROCESO DE REHABILITACION TRAS FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE RADIO Y APARICION DE SINDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO TIPO I (SDRC I)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VAZQUEZ SANCHO CRISTINA	513	TRATAMIENTO CON SBRT (RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA EXTRACRANEAL) DEL CANCER DE PROSTATA. PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VICENTE GOMEZ ISABEL	438	PROTOCOLO DE ACTUACION EN PACIENTES CON INDICACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN CANCER DE MAMA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VILLANUEVA BENEDICTO ANTONIO	233	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE EL ESTUDIO URODINAMICO. ANALISIS DE SU IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO ADECUADO Y LA ANSIEDAD GENERADA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A ESTE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VILLUENDAS USON MARIA CRUZ	615	INCORPORACION PROGRESIVA DE INDICADORES DE CALIDAD EN HEMOCULTIVOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VIRGOS SEÑOR BEATRIZ	534	LIMITACION DE SOPORTE VITAL EN CUIDADOS INTENSIVOS. PAUTAS DE ACTUACION E IMPLICACIONES CLINICAS, HUMANAS Y ETICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	VIÑADO MAÑES CLARA MARIA	44	PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE VENTILACION NO INVASIVA DURANTE LA REALIZACION DE LA FIBROBRONCOSCOPIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	YAGÜE MORENO HORTENSIA	511	UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	YUSTE BENAVENTE VALENTIN	321	PROYECTO DE CENTRALIZACION DE REIMPLANTES Y MANO CATASTROFICA EN EQUIPO ESPECIALIZADO EN MICROCIRUGIA Y CIRUGIA DE REIMPLANTE

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z3	AP	CS BOMBARDA	IBAÑEZ PEREZ DE VIÑASPRE JOSE ANTONIO	218	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE SITUACIONES DE URGENCIA VITAL EN UN CENTRO DE SALUD URBANO
Z3	AP	CS BOMBARDA	LIEVANO SEGUNDO PAOLA	716	MEJORA DE LA ATENCION A PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
Z3	AP	CS CARIÑENA	MEZQUITA ADAN CRISTINA	764	CONSTRUYENDO UN MUNDO DE COLORES
Z3	AP	CS CASETAS	ANDRES NILSSON ANA KARIN	542	CONTINUIDAD EN EL REGISTRO DE ALERGIAS
Z3	AP	CS CASETAS	CAMATS FRANCO MARIA CARMEN	537	RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE LA ZONA DE SALUD DE CASETAS. MEJORIA EN LOS INDICADORES DE CARTERA DE SERVICIOS
Z3	AP	CS CASETAS	GARCIA FONTANA EVA MARIA	665	ORGANIZACION DEL ALMACEN Y BOTIQUIN DEL C.S. DE CASETAS. ROTURA DE STOCK
Z3	AP	CS CASETAS	RUIZ GARCES JORGE	532	MEJORA EN EL REGISTRO DEL PROTOCOLO OMI DE ATENCION CONTINUADA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL	464	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.2015
Z3	AP	CS EPILA	MARTINEZ IGUAZ SUSANA	396	PROYECTO DE MEJORA DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA
Z3	AP	CS GALLUR	ESTEBAN JIMENEZ OSCAR	242	PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2
Z3	AP	CS GALLUR	SERRABLO REQUEJO SERGIO	339	REGISTRO DE ALERGIAS EN LOS USUARIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE GALLUR
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	BLESA RAMIREZ MARIA	677	MEJORAR LA FORMACION Y HABILIDADES DE LOS PROFESIONALES DEL EAP LA ALMUNIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA URGENTE
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO	584	ACTUALIZACION DE ORGANIZACION DE SALA DE URGENCIAS DEL CS LA ALMUNIA E IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE REVISION Y REPOSICION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL SANITARIO DEL CARRO DE PARADA Y DE LOS MALETINES DE URGENCIAS
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	646	TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	CARA GRANADOS MARIA YOLANDA	201	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	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	299	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GARRALON ORTEGA CRISTINA	199	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE A DOMICILIO EN EL C.S. MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	JIMENEZ PEREZ EVA MARIA	176	OPTIMIZACION DE LA LACTANCIA MATERNA Y DE LA CRIANZA, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	FLORDELIS MARCO FERNANDO	77	TOMA DE DECISIONES PARA MANTENER E INTERRUMPIR EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GRIMA MOLINER JOSE LUIS	114	CONSULTA DEL ADULTO DE PRIMER DIA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	LOMBAR GIMENO MARIA JOSE	546	ASISTENCIA AL PACIENTE CON EPOC
Z3	AP	CS SADABA	ALCOLADO ARANDA ANA MARIA	571	MEJORA DEL CONTROL DE PACIENTES DISLIPEMICOS Y DE LA PRESCRIPCION FARMACOLOGICA DE FARMACOS ANTIDISLIPEMICOS EN EAP SADABA
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	SANCHEZ GARCIA ALICIA	403	PLAN DE MEJORA UBICACION SALA DE EXTRACCIONES CENTRO DE SALUD UNIVERSITAS Y REVISION DE DUPLICIDADES DE ANALITICAS BIOQUIMICAS EN PACIENTES POLIATENDIDOS
Z3	AP	CS UTEBO	GARVI SOLER PAULA	169	IMPLANTAR LA ANALGESIA NO FARMACOLOGICA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS COMO LAS VACUNAS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	300	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARTOLOME LALANZA LUCIA	223	VALDEFIERRO 2015. ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	225	VALDEFIERRO 2015. MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA DEL ADULTO, EN LA CONSULTA DE UN EAPS. DISCRIMINACION ENTRE BACTERIANAS Y VIRICAS A TRAVES DEL USO CORRECTO DE LAS ESCALAS DE VALORACION CLINICA Y TECNICAS DE DETECCION
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES	739	EVALUACION DE UN CURSO DE ACTUALIZACION FARMACOTERAPEUTICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA PRESCRIPCION FARMACEUTICA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS	472	UTILIZACION DE METFORMINA Y SU RELACION CON EL DAÑO RENAL
Z3	AT AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	PALOMAR MACARRON HORTENSIA	48	GESTION DE ENFERMERIA EN LAS CONSULTAS DE NEUROLOGIA DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ, ORIENTADA AL PACIENTE
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR	DIAZ VILLARROYA ISABEL	205	PROMOCION DE LA SALUD PARA PACIENTES DEL C.R.P. NTRA SRA DEL PILAR
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR	HERAS ALONSO NOELIA	99	INTRODUCCION AL EJERCICIO FISICO EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA ALONSO V

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					DEL C.R.P DEL PILAR
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR	MARTIN GRACIA ANDRES	35	DETERMINACION DE LOS NIVELES SANGUINEOS DE CLOZAPINA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR	MARTINEZ CRESPO ALEJANDRO	165	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE NOTIFICACION DE ERRORES DE MEDICACION EN EL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL (CRP) NRA SRA DEL PILAR
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR	MIR FERNANDEZ CRISTINA	187	MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIAS Y USUARIOSDEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR	SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA	331	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES EN LA RED DE SALUD MENTAL AL SERVICIO DE COMEDOR DEL C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ALAMEDA SERRANO JAVIER	442	PREVENCION SECUNDARIA CARDIOVASCULAR PRECOZ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES	335	ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA MONITORIZACION DEL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR	762	EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	AMBROJ NAVARRO CARMEN	659	DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA INFORMATICA PARA PUBLICAR LOS ESTUDIOS URODINAMICOS EN LA BASE DE DATOS RELACIONAL DEL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HCU
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ANDRES CONEJERO RAQUEL	606	ENTREGA AL PACIENTE EN LA CONSULTA DE PRIMER DIA DE ONCOLOGIA MEDICA DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FARMACOS ONCOLOGICOS QUE PUEDE RECIBIR SEGUN SU PATOLOGIA CONCRETA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ANORO ABENOZA LAURA	520	REALIZACION DE PULSIOXIMETRIAS NOCTURNAS ANTE LA SOSPECHA CLINICA DE SINDROME DE APNEA-HIPOAPNEA DEL SUEÑO (SAHS), EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR OTROS MOTIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	BALTANAS RUBIO PABLO	128	EVACUACION BLOQUE QUIRURGICO EN SITUACION DE EMERGENCIA. INSTAURACION PROGRAMA DE SIMULACRO ANUAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	BASCON SANTALO NATIVIDAD	64	UNIFICACION DE ESPACIOS DE IMPLANTE Y TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA PROSTATICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	BESCOS SANTANA ELENA	306	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION DEL PACIENTE QUIRURGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CAPAPE POVES VICTORIA	161	SISTEMA DE PREFERENCIAS PARA LA PROGRAMACION QUIRURGICA DE LA BIOPSIA PROSTATICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN	71	INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN CIRUGIA GINECOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CASANS FRANCES RUBEN	103	INFUSION DE HIDROETILALMIDON 6% 130/0,4 PARA LA PREVENCION DE HIPOTENSION INTRAOPERATORIA EN CESAREA ELECTIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER	499	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE BACTERIEMIAS POR S. AUREUS Y CANDIDEMIAS (PROA-BACTERIEMIA)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO	170	INFORME SOBRE LOS RESULTADOS DEL CRIBADO DE TOXOPLASMOSIS EN LA EMBARAZADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	CRESPO MARTIN PILAR	682	PROGRAMA DE REEDUCACION DIABETOLOGICA GRUPAL PARA PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS TIPO1
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	DIARTE ABENIA MARIA CARMEN	544	DIFUSION DE LOS “TALLERES TEORICO PRACTICOS EN EL CUIDADO DE ESTOMAS DE ELIMINACION PARA PACIENTES Y FAMILIARES” AL AMBITO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	DIAZ VEGA MIGUEL	649	CREACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA ESPECIFICA DE ENDOMETRIOSIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER	142	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA	297	INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO	24	APLICACION DE UNA HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES A LOS QUE SE INICIA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GARCIA NOAIN ALBERTO	91	MAPA DE RIESGOS DE LA ATENCION URGENTE. HERRAMIENTA DE PREVENCION APLICADA A NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	193	PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO SISTEMA DE VERIFICACION DE TRATAMIENTOS DE IMRT BASADO EN HDV INCLUYENDO ESTUDIO RETROSPECTIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GAVIN SEBASTIAN OLGA	235	ELABORACION DE UNA VIA CLINICA SOBRE EL REINICIO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE NEUROQUIRURGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GIMENO GRACIA MERCEDES	741	ACCIONES DE MEJORA PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACION: INSULINA Y

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					SALBUTAMOL INHALADO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	GUILLEN ANTON JULIA	735	ADECUACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA PARA PACIENTES QUE RECHAZAN LA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ATENDIENDO AL PRINCIPIO DE AUTONOMIA DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	HERRAIZ GASTESI GONZALO	686	EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	INGLES GARCIA DE LA CALERA CONCEPCION	90	PROMOCION DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO: PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL HABITO TABAQUICO EN LOS TRABAJADORES DEL SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	JULIAN ANSON MARIA ANGEL	594	¿PODEMOS MEJORAR LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS EN LA UCL?
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE	281	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LEAL CARIÑENA CONCEPCION	435	ADAPTACION Y APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN LA CIRUGIA MAYOR Y ONCOLOGICA EN GINECOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LONGAS VALIEN JAVIER	85	PROTOCOLO DE ANALGESIA POTOPERATORIA PARA LA CESAREA BASADO EN EL BLOQUEO GUIADO POR ECOGRAFIA DE LOS NERVIOS ILIOHIPOGASTRICO E ILIOINGUINAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LOU MERCADE ANA CRISTINA	519	INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR PARA AYUDAR A LAS GESTANTES A ABANDONAR EL HABITO TABAQUICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	LUENGO BELTRAN MARIA ANGELES	188	INFORMATIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DE LAS UNIDADES CENTRALES AMBULATORIAS E INCLUSION EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA	422	DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE EDUCACION DIABETOLOGICA PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO CON INFUSION CONTINUA DE INSULINA EN PACIENTES DM1
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MERCHANTE ANDREU MIRIAM	484	DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO DE CONCILIACION TERAPEUTICA AL INGRESO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MINGUIJON GARCIA NEILA MARIA	229	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO PARA CANALIZACION Y MANTENIMIENTO DE CATETERES CENTRALES DE INSERCION PERIFERICA (PICC) EN LA UNIDAD MEDICA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MURILLO JASO LAURA	616	ELABORACION Y ENTREGA AL PACIENTE DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS PARA CADA FARAMACO ONCOLOGICO QUE SE INDICA EN LAS CONSULTAS DE ONCOLOGIA MEDICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MURILLO PEREZ CARLOS	536	PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR EN CISTECTOMIA RADICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	NAVARRO GIL JOAQUIN	122	PRIORIZACION DE LA RESECCION TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL TRAS SU DIAGNOSTICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	OROS LOPEZ DANIEL	96	RACIONALIZACION DE LA TASA DE INDUCCION POR GESTACION A TERMINO TARDIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	PELLEJERO HINOJOSA SARA	734	EN BUSCA DE LA RENTABILIDAD DE LA CONSULTA DE ANESTESIA PEDIATRICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	PEREZ CAMO VALERO	694	DETECCION DE POSIBLES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SUICIDIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE	585	AUMENTAR LA EFICACIA DEL MANEJO DE MUESTRAS EN LA UCL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	RAMIRO MILLAN PATRICIA	510	IMPORTANCIA DEL DOCUMENTO INFORMATIVO EN LA TERAPIA CON INYECCIONES INTRAVITREAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	REBOLLO PINA MARIA CARMEN	424	GESTION DE VESTIMENTA ADECUADA E INTRODUCCION DE LOS ELEMENTOS QUE FACILITEN LA IDENTIFICACION DE LAS CATEGORIAS PROFESIONALES POR PARTE DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	REPOLLES LASHERAS SIRA	73	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ACTUACION EN PATOLOGIA ENDOMETRIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ROLDAN RIVAS FERNANDO	92	GANGLIO CENTINELA EN C
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	RUIZ LAIGLESIA FERNANDO	384	PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN SERVICIO HOSPITALARIO (PROA-MI)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SAENZ ABAD DANIEL	314	CREACION DE UN CIRCUITO ASISTENCIAL RAPIDO PARA PACIENTES TRIBUTARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD	145	IDENTIFICACION BACTERIANA MEDIANTE UNA TECNICA RAPIDA DE ESPECTROMETRIA DE MASAS MATRIZ-ASSITED LASER DESORPTION-IONIZATION TIME-OF-FLIGHT APLICADA DIRECTAMENTE EN LOS HEMOCULTIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SANTAMARIA GONZALEZ MARIA	756	RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA RECOGIDA DE ORINA DE 24 H
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL	361	INCLUSION DEL VALOR DE LA FI02 EN EL VOLANTE DE GASOMETRIA ARTERIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SERAL GARCIA BELEN	36	LA CADERA DE RIESGO AL NACIMIENTO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SERAL GARCIA CRISTINA	447	VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS) (DENTRO DEL PROYECTO RESISTENCIA ZERO)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SERRANO BARCOS LAURA	374	FICHAS DE MANEJO DE AGENTES BIOLOGICOS PARA TRABAJADORES DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SIERRA BERGUA BEATRIZ	156	ADECUACION Y USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS A TRAVES DEL "MAPEO EPIDEMIOLOGICO LOCAL" DE LAS INFECCIONES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SUBIRA RIOS JORGE	113	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS MULTIDISCIPLINAR PARA SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE LA CISTECTOMIA RADICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	TEIRA SOLANO YOLANDA	274	PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA PUERPERA Y RECIEN NACIDO DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	VECINO SOLER ANA	311	EDUCACION EN AUTOCUIDADOS PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO RENAL MEDIANTE HEMODIALISIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	VILLEGAS BLECUA JOSE MARIA	470	INCORPORACION DE NUEVA ALERTA DE DEFICIT DE MATERIAL EN EL PROGRAMA INFORMATICO DE GESTION DE MATERIALES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	ZUECO GARCIA ELENA	144	GESTION POR PROCESOS DEL SERVICIO DE PREVENCION DE RIEGOS LABORALES

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
CA	AP	CS ATECA	DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO	386	GESTION INTEGRAL DEL ALMACEN DEL CENTRO DE SALUD ATECA
CA	AP	CS ATECA	DIAZ VICENTE PABLO	400	IMPLANTACION DE LA ESPIROMETRIA EN EL CENTRO DE SALUD ATECA: HERRAMIENTA EFICAZ EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	BERNAL FRANCO CRISTINA	151	PROMOCION Y EDUCACION SOBRE HIGIENE DE MANOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE CENTROS ASISTENCIALES DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	DIEZ ADRADAS NATALIA	332	PLAN DE MEJORA SOBRE HIGINE DE MANOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LABORDA HIGES FATIMA	637	TALLER DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS Y CONCERTADOS DE EDUCACION PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PIQUERAS LORIENTE SUSANA	752	ELABORACION E IMPLANTACION DE GUIA-PROTOCOLO PARA LA LIMPIEZA DEL INSTRUMENTAL DE CIRUGIA Y CURAS, PREVIO AL PROCESO DE DESINFECCION O ESTERILIZACION EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	BERNAD HERNANDO SONIA	301	MEJORA EN EL USO DEL ESPIROMETRO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS
CA	AP	CS DAROCA	GONZALO ARANDA ESTHER	21	PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD: 'DAROCA SALUDABLE'
CA	AP	CS ILLUECA	GALLEL URGEL MARIA MERCEDES	195	MEJORA DEL INDICADOR DE SISTEMAS DE CALIDAD. IMPLANTACION DE LA FORMACION CONTINUADA A TRAVES DE SESIONES CLINICAS
CA	AP	CS ILLUECA	TELLO MARTIN ANGELA	713	PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PEDITRIA DE ATENCION PRIMARIA. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA
CA	AP	CS SAVIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	329	DESARROLLO DE UNA GUIA PRACTICA PARA LA MEJORA EN LA CALIDAD DE REGISTRO EN EL SISTEMA OMI-AP. ATENCION PRIMARIA SECTOR CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	ALONSO SALAS REBECA	75	IMPLANTACION DE FICHA PARA RETIRADA/MODIFICACION DE ANTIAGREGANTES ORALES, EN EL PACIENTE PERIOPERATORIO EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	BALLANO DE MIGUEL ANA	446	MEJORA EN LA HIGIENE DE MANOS Y USO ADECUADO DE GUANTES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	CARNICERO GIMENO LAURA	293	UTILIDAD DE LA ANALGESIA EPIDURAL EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIAS MAYORES ABDOMINALES EN UN HOSPITAL COMARCAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	CATALAN LADRON MARIA LUISA	364	ESTABLECER UN PROTOCOLO DE SOPORTE VITAL INMEDIATO EN LA AREAS AMBULATIORIAS DEL HOSPITAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	CAUDEVILLA MARTINEZ ARANZAZU	673	OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS BASADO EN LA PROCALCITONINA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR	270	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA IDENTIFICACION DE JERINGAS (CON MEDICAMENTOS PREPARADOS PARA SER ADMINISTRADOS) Y DE VIAS DE ADMINISTRACION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GARCIA SIMON RAQUEL	112	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE CONSULTA DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GIMENO GARZA JAIME	189	VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GOMEZ HERNANDO MERCEDES	485	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA PACIENTES EPOC EN EL AREA DE SALUD DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GONZALEZ MARQUETA MAXIMO	319	MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL UTERO MIOMATOSO EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON ESMYA (ACETATO DE ULIPRISTAL)
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GROS ASPIROZ SARA	729	IMPLANTACION DE GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	607	MEJORA DE LA ASISTENCIA A PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	LAMARCA BALLESTERO MARTA	231	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO ESPONTANEO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN	369	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION DE CAIDAS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	PARIS BOJ VIRGINIA	291	IMPLANTACION DE LA VERSION CEFALICA EXTERNA COMO MANIOBRA PARA REDUCIR LA TASA DE CESAREAS EN LAS PRESENTACIONES PODALICAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	PEREZ ZAPATA ANA	668	DETECCION DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE CIRUGIA GENERAL MEDIANTE EL REGISTRO DE ATENCION EN URGENCIAS EN LOS 30 DIAS POSTERIORES AL ALTA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	RECIO JIMENEZ JOSE	362	PREVENCION DE LA PARADA CARDIORESPIRATORIA EN LAS AREAS DE HOSPITALIZACION

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2015

Número de proyectos: 674 (Actualizado el miércoles 14 de marzo de 2018 a las 10:43:44 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
			ENRIQUE		
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	RIAGUAS ALMENARA ANA	633	IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE CARDIO-TC EN PACIENTES JOVENES CON DOLOR TORACICO ATIPICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	SAEZ VALERO EDUARDO	680	IMPLANTACION DE LA COLONOGRAFIA VIRTUAL POR TAC COMO TECNICA DIAGNOSTICA EN EL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	SALVADOR TENA MARIA VICTORIA	280	ESTRATEGAIA DE SEGURIDAD PARA EL USO DE MEDICAMENTOS EN LA SALA DE REANIMACION DE URGENCIAS: CLASIFICACION POR COLORES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL	501	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	TOMEY CEBRIAN PATRICIA	219	MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE QUIRURGICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	VICENTE ITURBE CRISTINA	699	MEJORA DE SEGURIDAD Y TRAZABILIDAD EN EL PROCESO DE PREPARACION Y DISPENSACION DE CITOSTATICOS DESDE EL Sº DE FARMACIA: ELABORACION DE MANUAL DE RECONSTITUCION, DILUCION Y ACONDICIONAMIENTO DE CITOSTATICOS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD	629	ADECUACION DE LA INDICACION DE INSTAURACION DE ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS INTRAVENOSOS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SEPSIS ABDOMINAL EN URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD	663	CALIDAD EN DOCENCIA PROGRAMA MARIAI.R DE FAMILIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS	310	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE GUIA INFORMATIVA PARA EL PROFESIONAL DE NUEVA INCORPORACION AL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	ZUIL MARTIN MARCOS	320	MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE NEUMOLOGIA, POR LA RESOLUCION DE CONSULTAS CLINICAS NO PRESENCIALES, A TRAVES DE LA VIA INFORMATICA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 197

1. TÍTULO

ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA PALMERO PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... OTROS

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PLANAS PAMPLONA MERCEDES. ENFERMERO/A. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIDAD ESTRATEGICA DE ENFERMERIA DE ARAGON
· FALCES AÑON EVA. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. ENFERMERIA
· SISAS RUBIO RAQUEL. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. ENFERMERIA
· VICENTE EDO MARIA JOSE. TECNICO MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIDAD DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA
· FLORENTIN OSTARIZ EVELYN. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. ENFERMERIA
· MOLINA MORALES ANA ROSA. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. ENFERMERIA
· SECORUN PONCELA AMPARO. EENFERMERA. H SAN JUAN DE DIOS. ENFERMERIA
· GONZALEZ TEJEDOR RAQUEL. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El sondaje vesical es un procedimiento de alto riesgo en la Seguridad del Paciente. Desde el año 2013, en el Hospital San Juan de Dios, estamos realizando un seguimiento del cumplimiento del Sondaje Vesical. Para ello elaboramos una parrilla para realizar los cortes observacionales y poder cuantificar el cumplimiento de dicho protocolo.
Este protocolo, se hacia necesario su revisión y pensamos en llevar a cabo toda la sistemática de revisión para la implantación de un protocolo Basado en la Evidencia.
La Unidad Estrategica de Enfermería de Aragón, puso a nuestra disposición un protocolo de Sondaje vesical con validez hasta el año 2017.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Unificar criterios y de aplicación de la técnica basada en la evidencia
Sistematizar los materiales a utilizar siguiendo las recomendaciones de dicho Protocolo
Evitar complicaciones y reducir infecciones AAS asociadas a la atención sanitaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Revisar protocolo existente, resultado de la revisión de protocolo de 2008 y actualización tras búsqueda bibliográfica . GP, NGC, Cochrane, Pubmed..
-Ajustes del Protocolo a las Unidades de Hospitalización de Hospital San Juan de Dios.
- Consenso Hospital-UEEA
-Difusión en Centro por Unidad
-Implementación
-4 Cortes observacionales a realizar por:
los tres primeros por observadores/audit del Centro y el cuarto por audit de la UEEA.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La parrilla de valoración /observación, esta definida a priori fruto de la propia del Centro y la que se deriva el propio Protocolo.
Contiene 14 item´s siendo los indicadores más relevantes:
-nº profesionales que tiene acceso al protocolo/nº profesionales del centro
-nº pacientes con SV que presentan fiebre/n de pacientes con SV
-nºpacientes observados a los que se ha realizado higiene previa al sondaje/nº de pacientes observados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: mayo 2015
Finalización mayo 2016

*mayo -junio consenso de los protocolos y revisión bibliográfica precisa
*junio-septiembre difusión e implementación
*observación, cortes en noviembre-enero-marzo y ultimo corte por parte de UEEA en mayo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Geriatria

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 197

1. TÍTULO

ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA

5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 479

1. TÍTULO

ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL USO DE ANTIBIOTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO JOSE SASTRE HERES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... OTROS

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO LIARTE MARIA CARMEN. MEDICO/A. H SAN JUAN DE DIOS. HOSPITALIZACION
· MORENO BORRAZ LUIS. MEDICO/A. H SAN JUAN DE DIOS. SERVICIO DE LABORATORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes con infección grave o por su situación clínica aguda, suelen presentar una primera etapa de inestabilidad hemodinámica, en ocasiones acompañada de problemas gastrointestinales y bajo nivel de consciencia que requiere hospitalización. En esta primera fase el paciente suele ser tratado por vía parenteral ya que esta vía presenta como ventajas asegurar una biodisponibilidad completa, inicio inmediato de la acción y conseguir de forma inmediata niveles séricos y tisulares en rango terapéutico.
La terapia secuencial tiene por objeto, en los pacientes susceptibles a ello, el cambio del tratamiento a vía oral en la fase de mejoría precoz. En el caso de los pacientes con tratamiento antibiótico de amplio espectro es recomendable aprovechar esta fase de secuenciación para realizar una simplificación del tratamiento dirigida por cultivos (desescalado antibiótico) con el objetivo de disminuir las resistencias bacterianas.
El interés por la terapia secuencial se explica por varias circunstancias
- Evitar los problemas que se derivan de la necesidad de un acceso venoso
o Bacteriemia secundaria, flebitis…
o RAM: mayor riesgo de hipersensibilidad medicamentosa por las altas dosis de medicación vía parenteral en comparación con la vía oral
- Ventajas para pacientes y personal de enfermería (menos tiempo por parte de enfermería, comodidad del paciente…)
- Reducir la aparición de resistencias derivadas de usos de antibióticos de amplio espectro
- Reducir el coste tanto el asociado al propio tratamiento por vía parenteral o con antibióticos de amplio espectro así como los costes indirectos al estar asociada la vía oral.
Según la SEIMC se calcula que el 40% de los pacientes que reciben tratamiento parenteral en un hospital general son candidatos a la conversión precoz del tratamiento antimicrobiano parenteral a un régimen oral, aunque el proceso para determinar las pautas de terapia secuencial que se tienen que utilizar en el hospital ha de ser el resultado de un consenso multidisciplinar y que tiene que considerar además de los aspectos de seguridad y coste, los patrones de resistencia local a los antibióticos.
según el documento de consenso del Programa de optimización de antibióticos (PROA), de forma repetida a lo largo del tiempo y en distintos ámbitos geográficos se ha comprobado que la utilización de antimicrobianos en el medio hospitalario es mejorable en el 30-50% de los casos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Elaborar un programa de terapia secuencial de forma consensuada dentro de un grupo multidisciplinar (estableciendo metodología, fármacos a monitorizar…)
- Conocer la situación actual del uso de antibióticos en nuestro centro previa implantación del programa de terapia secuencial para identificar las principales áreas de mejora para optimizar el uso de antibióticos
- Conocer la proporción de pacientes que en nuestro centro se podrían beneficiar de la terapia secuencial precoz a priori
- Adaptar el programa de terapia secuencial previamente diseñado a los resultados obtenidos de la fase de observación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisar la bibliografía y experiencias en otros centros de programas de terapia secuencial
- Identificar en la bibliografía los antibióticos de amplio espectro relacionados con la generación de gérmenes multiresistentes
- Desarrollado y consensuar en un equipo multidisciplinar un programa de terapia secuencial a partir de la bibliografía y experiencias en otros centros revisadas
- Realizar una primera fase de observación de este programa de terapia secuencial.
- A partir de los resultados de la fase de observación establecer la metodología, condiciones/criterios y medicamentos más indicados en nuestro centro para desarrollar e implementar un programa de terapia secuencial.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de pacientes en nuestro centro que se podrían beneficiar de la terapia secuencial
- Mediana de días entre que el paciente sería candidato a terapia secuencial hasta el inicio de tratamiento vía oral o alta en su defecto
- % pacientes con tratamiento antibiótico de amplio espectro y antibiograma previo inicio de tratamiento
- % pacientes en los que se realiza el desescalado antibiótico de forma espontánea (sin necesidad de una recomendación expresa)
- Ahorro potencial en el caso de haber realizado la terapia secuencial.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer cuatrimestre: Revisar y consensuar un programa de terapia secuencial en un equipo multidisciplinar

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 479

1. TÍTULO

ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL USO DE ANTIBIOTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)

- Segundo cuatrimestre: Iniciar la fase de observación del programa de terapia secuencial
- Tercer cuatrimestre: Revisar y valorar los resultados de la fase de observación y diseñar la fase de intervención del programa de terapia secuencial en un equipo multidisciplinar

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 417

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA, DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA Y CENTROS ASISTENCIALES SOCIALES Y SANITARIOS

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES PLANAS PAMPLONA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD
· Sector ..... OTROS

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE EDO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD. IACS
· BUIL CORONAS SONIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· PEYRET FERRER INMACULADA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· ZUERAS BERNAD TERESA. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· SANJUAN CUARTERO ROSA MARIA. GERIATRA. RM BORJA. SERVICIOS SOCIALES
· CALDERON FREGENEDA CRISTINA. ENFERMERO/A. RM BORJA. SERVICIOS SOCIALES
· GIL MOMBIELA BEATRIZ. ENFERMERO/A. RM ROMAREDA. SERVICIOS SOCIALES
· PLANAS BIELSA PAULA. TCAE. RM ROMAREDA. SERVICIOS SOCIALES
· DIAZ FLE MARTA. MEDICO/A. RM ROMAREDA. SERVICIOS SOCIALES
· MARCO MARCO JULIA. ENFERMERO/A. RM ROMAREDA. SERVICIOS SOCIALES
· SERRANO LOPEZ ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. RM ROMAREDA. SERVICIOS SOCIALES
· DIAZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. DIRECCION DE ENFERMERIA
· PONZ FLOR INMACULADA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. SUPERVISORA DE UNIDAD
· MONTERO CERCOS PURIFICACION. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. SUPERVISORA DE UNIDAD
· JAVIERRE MIRANDA CRISTINA. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. SERVICIOS SOCIALES
· RUEDA GRACIA LORENA. PSICOLOGO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. SERVICIOS SOCIALES
· HERRERO VICENTE JESUS. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. SERVICIOS SOCIALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las sujeciones físicas, pueden entrañar riesgos para la salud de las personas que son objeto de las mismas y suponer una vulneración de derechos fundamentales, como el derecho a la integridad física y a la libertad y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes. En la CA de Aragón, según los datos de la memoria de actividad del Instituto Aragonés de Servicios Sociales de 2012, cerca del 40% de los usuarios lleva contenciones.
Al mismo tiempo, el Comité de Bioética de Aragón publicó el pasado 14 de diciembre de 2014, una serie de recomendaciones en relación al uso de sujeciones, aplicables en el ámbito social y sanitario. En dicho documento se indica que en caso de que la sujeción sea la única alternativa, el centro dispondrá de un protocolo que, entre otras cosas, incluirá las indicaciones, el motivo y las medidas de sujeción aplicadas. Con la implementación de este protocolo, se pretende ofrecer a las personas que precisen, como último recurso una contención física, cuidados seguros que preserven sus derechos y dignidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Regular el uso de las sujeciones físicas para personas mayores y personas con discapacidad.
Proporcionar a los profesionales de los servicios sanitarios y sociales conocimientos y pautas que garanticen una adecuada utilización de la sujeción física
•Garantizar la seguridad de los pacientes y cuidadores
•Ajustar la práctica a los principios éticos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La Unidad Estratégica de Enfermería de Aragón (UEEA) será la entidad coordinadora de la implementación de dicho Protocolo en cinco centros Sanitarios y Socio sanitarios de la Comunidad (Hospital de Barbastro, Residencia de Mayores de Borja, Residencia de Mayores Romareda de Zaragoza, Hospital de San José de Teruel, Centro Asistencial “El Pinar” de Teruel). Cada centro ha denominado a un profesional (con diferente perfil dependiendo del centro) que quien se coordine con la UEEA.

Estrategia de implementación:
Se mantendrán reuniones de planificación de implementación con cada uno de los Centros participantes en el Proyecto de mejora.

1- Fase: creación de equipos de Implementación
Se formará un equipo motor en cada uno de los Centros (su composición variará según los centros) y que será el responsable de la implementación.
Se establecerá un cronograma en el que se especifique cada fase de la implementación, periodo de tiempo y personas responsables de las fases.
El equipo motor de cada Centro elegirá su equipo de Trabajo (multidisciplinar) que serán las personas responsables de llevar a cabo las acciones que se indican en el protocolo.
Una vez creados los equipos se realizará un estudio basal de partida en cada Centro, para conocer la situación de la práctica de las sujeciones físicas en ese Centro
2-Fase: Estrategias de implementación
Se realizaran sesiones de Difusión del Protocolo en cada uno de los centros (quien lo va a realizar, en qué formato y a qué población se va a dirigir)
Posteriormente se hará una Formación específica en cada uno de los Centros.
Se elaborara el material de difusión y formación que el Centro necesite.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 417

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA, DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA Y CENTROS ASISTENCIALES SOCIALES Y SANITARIOS

3- Puesta en marcha del Protocolo en las Unidades participantes.
Se ha elaborado una hoja de recogida de datos para evaluar un número determinado de historias clínicas de pacientes con sujeción física (30 aprox.), con una periodicidad trimestral.
Cada Centro realizará los tres primeros cortes, y el cuarto lo llevará a cabo la UEEA.
La hoja de recogida de datos se ha elaborado siguiendo los indicadores que se indican en el protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. I.DE PROCESO:
? Difusión del protocolo en el centro o servicio
? Porcentaje de pacientes/usuarios con medidas de sujeción con consentimiento informado
? Porcentaje de pacientes/usuarios con medidas de sujeción según protocolo
? Porcentaje de medidas de sujeción que son comunicadas al órgano judicial correspondiente

I. DE RESULTADO:
? Porcentaje de accidentes o lesiones producidas por el uso de sujeción

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero a Abril 2015
Se realizaron reuniones de planificación de la implementación en cada uno de los centros.

Abril a Mayo 2015
Fase 1. Creación de Equipos de Implementación
En esta fase se crea el grupo motor, se definirán los roles de cada miembro del equipo motor y de trabajo y se establecerá el cronograma
Realización del estudio basal de situación de partida.

Mayo a Octubre 2015
Fase 2. Estrategias de Implementación
Los equipos de trabajo definirán las estrategias de implementación que se van a realizar (Difusión, formación, realización de materiales, adaptación de registros...)

Desde Septiembre 2015
Fase 3. Puesta en marcha

A partir de esta fecha da comienzo la puesta en marcha del protocolo en las unidades y centros que participan.
Cada tres meses se realizara un corte para evaluar el proceso de implementación

Al ser la implementación un proceso continúo y asumiendo la particularidad de cada Centro no es aplicable fecha de finalización del Proyecto

11. OBSERVACIONES. No pertenezco a ningun Sector, es IACS.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Personas en situación de dependencia o pacientes que presentan conductas disruptivas por síndrome mental u orgánico de múltiples etiologías.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. sujeciones fisicas, población dependiente, protocolos, conductas disruptivas, enfermería
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 198

1. TÍTULO

MEJORA DE CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA A LOS PACIENTES CON ANTICOAGULACION ORAL EN C.S. BERDUN

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

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

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La aparición de nuevos anticoagulantes orales (NACO) y su creciente prescripción, nos planteó la duda sobre su correcto conocimiento, tanto por parte de los pacientes como de los sanitarios. Además, nos planteamos también trabajar con los pacientes en tratamiento con SINTROM, para realizar una evaluación actual de sus conocimientos y cumplimentación.
Priorizamos este problema dada las posibles repercusiones sobre la seguridad del paciente, además de ser un proyecto abordable desde la A.P., coordinando el trabajo entre medicina y enfermería.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Identificar a todos pacientes en anticoagulación oral.
2. Mejorar el cumplimiento de la toma de anticoagulantes.
3. Actualizar los conocimientos por parte de los pacientes y sanitarios sobre indicaciones, precauciones, complicaciones y problemas de la anticoagulación oral.
4 .Conocer las patologías asociadas y la toma de otros fármacos en cada paciente, así como la realización del control analítico adecuado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración del listado de pacientes anticoagulados. Ana Arnal
2. Elaboración de una ficha de recogida de datos. Ana C. Giménez.
3. Realización de dos sesiones clínicas. Annadel Bosque.
4. Cumplimentación de las fichas de pacientes y educación sanitaria. Ana C. Giménez.
5. Coordinación, resgistros y recogida de datos. Ana Arnal.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº pacientes anticoagulados a los que se les ha realizado educación sanitaria / nº pacientes anticoagulados => 80%

Nº pacientes con analítica anual realizada y valorada /
nº pacientes anticoagulados => 80%

Nº sesioens clínicas sobre anticoagulación realizadas /
nº sesiones planificadas = 100%

Nº de pacientes con ficha de recogida de datos correctamente cumplimentada / nº pacientes anticoagulados => 80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Elaboración del listado de pacientes anticoagulados. Mayo-junio 2015
2. Elaboración de una ficha de recogida de datos. Mayo 2015
3. Realiazión de dos sesiones clínicas. Junio-agosto 2015
4. Cumplimentación de las fichas de pacientes y educación sanitaria. Junio-diciembre 2015
5. Evaluación parcial. Diciembre 2015
6. Evaluación final. Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Anticoagulación oral
OTRA PALABRA CLAVE 2. Educación sanitaria
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. ..... 1 Nada
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 010

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCION CONTINUADA ENFERMERIA PARA AP

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.
· CALVO LACASTA MARIA ELENA. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
· BOBE PELLICER MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1_
Ausencia de registro específico de la actividad enfermera en atencion continuada de AP.

2_ La dificultad de medición del indicador de AP, correspondiente a atención continuada (1.13) ,en acuerdo de gestión 2015, respecto a pacientes citados en agenda de AC enfermeria.

3_ Un buen registro permite la continuidad de los cuidados y el fomento y mejora de la comunicación entre profesionales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disponer de un protocolo de calidad que nos permita medir los registros de enfermeria de AC en AP.

- Que el 90% de los pacientes citados en agendas de AC enfermería tengan cumplimentado dicho protocolo.

- Desarrollar la autonomía profesional de enfermeria .

- Potenciar y mejorar, la actividad enfermera en los servicios de AC en AP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Elaboración y desarrollo de un protocolo específico para este registro.(E. Calvo , O Cabello)
2- Solicitar la inclusión de este protocolo enOMI (En una carpeta CS Biescas) (MA Bobé)
3- Informar al equipo del proyecto, protocolo desarrollado y su cumplimentación. (MA Bobé, E Calvo, O Cabello

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador1:

Nº pacientes citados en agenda AC Enf. con protocolo de ACEnf.
_____x100
Nº total de pacientes citados en agenda de AC Enf.

Indicador2:
Nº pacientes citados en agenda AC Enf. con registro"motivo de consulta" cumplimentado en protocolo
_____x100
Nº total de pacientes citados en agenda de AC Enf.

Los datos serán obtenidos de las agendas de AC Enf. en OMI en el PAC Escarrilla y PAC Biescas, estableciendo una medición diferenciada y conjunta.

La monitorización se realizará de forma bimensual, durante el periodo de desarrollo del proyecto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. JUNIO 2015: Elaboración del protocolo de AC Enf.

OCTUBRE 2015: Gestionar con el departamento correspondiente, la peticion de inclusión de dicho protocolo en el sistema OMI.

DICIEMBRE 2015/ ENERO2016: Presentación, información del proyecto al personal del CS Biescas.

1/MARZO /2016: Inicio de registro del protocolo.
MAYO/2016: Primera medición y resultado de los indicadores (1/3/2016 al 30/4/2016) y de forma bimensual hasta

1/MARZO/2017 con valoración global del proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 010

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCION CONTINUADA ENFERMERIA PARA AP

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 763

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE CS BIESCAS-VALLE DE TENA DURANTE EL AÑO 2015

2. RESPONSABLE ..... MARTA CARRES PIERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad ..... BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA BAILO ASUNCION. MEDICO/A. CS BIESCAS. ATENCION PRIMARIA
· BOBE PELLICER MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BIESCAS. ATENCION PRIMARIA
· CALVO LACASTA MARIA ELENA. ENFERMERO/A. CS BIESCAS. ATENCION PRIMARIA
· SALCEDO GIL MARIA SOLEDAD. ENFERMERO/A. CS BIESCAS. ATENCION PRIMARIA
· BANET RISCO CARMEN. ENFERMERO/A. CS BIESCAS. ATENCION PRIMARIA
· MORALES LUMBRERA CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BIESCAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La importancia de seguir en la mejora y mantenimiento de la certificacion en nuestro centro,atraves del informe de las auditoria(año2014) y con la generacion de no conformidades,nos ofrece una magnifica oportunidad de ir mejorando en las areas deficitarias detectadas como son:-
– Gestión documental: Algunos registros no están actualizados en el listado de documentación en vigor.
-Neveras: El registro de las temperaturas de las neveras no es adecuado y en algún caso no se realiza. Además. éstas no se remiten a la Subdirección de Salud Pública de Huesca para su control
– Trazabilidad en historia clínica (interconsultas): mejorar el registro de la respuesta de atención especializada en la petición de interconsultas específica de OMI-AP

Continuando con la colaboración con los servicios centrales del SALUD en las actividades para la certificación ISO 9001:2000. El año 2009 se realizo la implantación de dicho sistema. Lo que supuso la unificación de las líneas de mejora abordadas en los proyectos.
En todo momento, se han seguido las pautas marcadas por los servicios centrales del SALUD.

El objetivo perseguido es:

1. Conseguir la Certificación ISO 9001.
2. La mejora en la realización de las distintas actividades que esta certificación supone.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Certificación ISO 9001, se han realizado diferentes actividades:

Formación del EAP sobre la normativa ISO en varias sesionesa lo largo del añó pasado.
Creación de un grupo de trabajo especifico en el EAP para la Norma ISO.
Revisar la documentación necesaria (stock de material, stock mínimo de los consultorios, caducidades, protocolos, instrucciones de trabajo de cada proceso, registro de incidencias, etc. …) y se nombra o identifica un propietario de cada proceso y subproceso.
Informe de Revisión por la Dirección de la normativa ISO 9001:2008.Donde además de los informes de no conformidades, se han indicado otras deficiencias,como la falta de responsables en varios procedimientos,
Después de pasar la auditoria interna se ha realizado 3informes de No Conformidad
Con la realización de la auditoria externa se identificaron las siguientes NC.:error en la numeracion de formatos,falta control cadena frio vacunas neveras

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como objetivo general nos plantemos superar la Auditoría de Certificación para obtener la Marca de Calidad ISO 9001:2008. Nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

Realizar la auditoria interna del año 2013
Realizar auditoría de certificación.
Analizar, implantar medidas de mejora en las distintas NO conformidades.
Realizar la revisión por la dirección correspondiente al 2015

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad
Formación EAP en ISO- Responsable Calidad
Realización de los procedimientos -Propietarios
Divulgación de las procedimeintos-Responsable Calidad
Incidencias-EAP
No conformidades-Responsable Calidad/Coordinador/responsable procedimentos
Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas.-Responsable Calidad/Coordinador/responsable procedimentos
Realización de auditoría de Calidad para la certificación.-Responsable Calidad/EAP

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creemos que son suficientes para la monitorización de este proyecto la realización de:
Control de Incidencias y No Conformidades verificando su apertura y cierre y las acciones que lleven.
Auditoria interna y de certificación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 763

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE CS BIESCAS-VALLE DE TENA DURANTE EL AÑO 2015

Revisión por la dirección.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Detección de Incidencias -2015
Revisión por la dirección-Abril 2015
Auditoria interna-mayo 2015
Reunión EAP para la revisión del sistema-Abril 2015
Reunión EAP para evaluar la revisión del sistema y la auditoria-Mayo 2015
Realización de auditoria de Calidad para la certificación.-Junio 2015
Reunión EAP para la revisión del sistema-Julio 2015
Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas.-noviembre2015
Según se indica en la ficha de las mismas.
Reunión EAP para la revisión del sistema-noviembre2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 134

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE LA ATENCION SANITARIA URGENTE POR EL SERVICIO DE ADMISION EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA GUILLEN BELIO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS BROTO
· Localidad ..... BROTO
· Servicio/Unidad .. NO TRABAJO EN HOSPITAL
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con los años de experiencia, he detectado que no existe un protocolo de las actuaciones a seguir cuando un paciente demanda una actuación urgente.
Se priorizo el tema a raiz de la reclamación interpuesta por una paciente y se considero que es util tener unas pautas para una respuesta adecuada a la situación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que el personal administrativo sepa las pautas que debe segir cuando un paciente demanda una asistencia urgente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Constituir el grupo de mejora (miembro del equipo que lo integraran)
- Definir los objetivos que se piensan alcanzar.
- Definir el protocolo de actuación.
- Definir los indicadores de seguimiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - No existencia de incidencias de la derivación de la asistencia de urgencia.
- No existencia de reclamaciones ante la solicitud de la asistencia de urgencia.
- Realización y puesta en marcha del procedimiento en si mismo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Duración 1 año.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 496

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA HISTORIA CLINICA EN AP: EXITUS

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA BROTO BERNUES
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS GRAÑEN
· Localidad ..... GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ REMARTINEZ MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS GRAÑEN. SERVICIO DE ADMISION
· OLIVITO COBOS FINA. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ENFERMERA DE ATENCION CONTINUADA EN AP
· ABADIA CORVINOS INMACULADA. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. COORDINADORA CALIDAD EAP / ENFERMERA EAP
· JODRA APARICIO CRISTINA. MEDICO/A. CS GRAÑEN. MEDICO ATENCION CONTINUADA EN AP
· LAPLAZA ARA SONIA. MEDICO/A. CS GRAÑEN. MEDICO DE ATENCION CONTINUADA EN AP
· QUINTANA VELASCO CARMEN. MEDICO/A. CS GRAÑEN. MEDICO DE FAMILIA EAP
· ARA LAUNA DOMINGO. MEDICO/A. CS GRAÑEN. COORDINADOR MEDICO EAP / MEDICO DE FAMILIA EAP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se detectó:
Al dar de baja las historias de usuarios fallecidos detectamos incertidumbre en la exactitud de fechas, en el propio fallecimiento y en la garantía del comunicador.
Situación actual:
Cuando fallece un paciente los custodios de las Historias Clínicas las entregan en Admisión para su baja.
No siempre aparece la fecha del fallecimiento.
No todos los éxitus se comunican.
También se entregan HH.CC de usuarios que han cambiado de domicilio u otras del pasivo.
Existen errores en OMI de usuarios que siguen de alta cuando, en relidad están fallecidos.
Hay usuarios fallecidos en el pasivo con fechas del éxitus que no coinciden exactamente.
Causas:
No hay relación directa de información entre registro civil y Salud.
No se crea en la Hª Clínica informatizada (OMI) el episodio de fallecimiento.
Utilidad . Importancia:
Controlar las historias inactivas, bien por fallecimiento del titular o por cambios de domicilio, duplicados u otras posibles.
Dotar al EAP de una herramienta sencilla para realizar este control en los 25 consultorios locales y 6 consultas en el Centro de Salud donde hay HH.CC en papel.
Expurgar todas aquellas HH.CC que cumplan los requisitos y almacenar el resto previo registro de todas ellas.
Va a ser muy útil en admisión para el control de todas las HH.CC de fallecidos (también de pasivos) porque nos va a facilitar esta gestión ya que somos las responsables del mantenimiento de este archivo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del proyecto:
Objetivo general: El control de las historias clínicas en papel que custodiamos: desde que las abrimos, solicitamos, recibimos y almacenamos hasta su traslado, conservación o expurgo.
Objetivo específico: Interrelacionarnos con los miembros del EAP de manera clara y sencilla para conseguir que todas las HH.CC de todos los usuarios fallecidos (y otros pasivos) de todas las consultas, estén controladas en Admisión, bien para su expurgo o para su conservación y custodia en nuestro archivo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Crear el episodio tanto en jornada ordinaria como en AC.
2. Proponer al EAP que nos entregue todas las historias de fallecidos semanalmente.
3. Solicitar a la Dirección de Atención Primaria de nuestro Sector que nos remita la relación oficial de fallecidos de usuarios del CS Grañén cada 15 días
4. Solicitar a nuestros cupos HH.CC de pasivos.
5. Mantener controlado el archivo de HH.CC.
6. Elaborar un protocolo de gestión de las HH.CC en el centro que se presentará en Sesión Clínica.
7. Responsables:
a. Admisión, que se ocupará de comunicar e informar al EAP de los objetivos y será quién mantenga actualizadas las bases de datos y gestione la custodia, almacenamiento y expurgo.
b. Resto del EAP que tenga HH.CC en papel: se ocupará de localizar, transportar y entregar a Admisión dichas HH.CC.
c. Dirección de Atención Primaria, será responsable de facilitarnos cada 15 días la relación de fallecidos de nuestros cupos por distintas fuentes de información:
i. Las registradas en OMI
ii. Otros sistemas de información previos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Al desconocer situación inicial el objetivo específio es que el 10% de los fallecidos estén en OMI registradis con su episodio:

Indicador; Fallecidos OMI / Fallecidos aporatos por Gerencia x 100 >=10%

2.Que las Hª Clínicas de los fallecidos se centralicen en el Servicio de Admisión del Centro de Salud:
Indicador: Historias físicas de fallecidos / Historias Clínicas de fallecidos totales >= 90%
Fuentes:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 496

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA HISTORIA CLINICA EN AP: EXITUS

OMI
Listados de fallecidos aportados por Gerencia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio-finalización: De junio de 2015 a mayo de 2016.
Cronograma:
03/06/2015: Reunión EAP
05/06/2015: Realizar protocolo de gestión HH.CC fallecidos
10/06/2015: Reunión DAP
22/12/2015 Corte de fallecidos 6 meses y evaluar resultados
22/05/2016: Corte a los 12 meses y evaluar resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. FALLECIDOS EN EL ZONA BÁSICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DE GRAÑÉN
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODA LA POBLACIÓN

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. RESPETO
OTRA PALABRA CLAVE 2. RESPONSABILIDAD
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 359

1. TÍTULO

ANALISIS Y MEJORA DE LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE INMOVILIZADO CON RIESGO O PROBLEMA DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABELLUD LASIERRA MIRIAM. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· MENDOZA ESCUER ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Baja cobertura de inclusión y seguimiento en pacientes inmovilizados y bajo cumplimiento en la valoración y seguimiento de pacientes inmovilizados con riesgo o problema de la integridad de nuestra zona de salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora en la captación y seguimiento de pacientes inmovilizados en nuestra zona.
Mejora en valoración seguimiento de pacientes inmovilizados con riesgo o problema de deterioro de la integridad cutánea

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Determinar la cobertura actual de pacientes inmovilizados y de estos los que tienen realizada la valoración de riesgo(Norton) o problema de deterioro de la integridad cutánea .
Realizar seguimiento de estos datos con cortes cuatrimestrales--M. Carmen Campos
-Comunicación puntual de los resultados obtenidos en coberturas de inclusión y seguimiento inicial y cuatrimestral al resto del equipo.- Realizado por los tres miembros del proyecto
-Realizar tres sesiones formativas en el primer año sobre captación, seguimiento y registro OMI del paciente inmovilizado con atención especial a los puntos débiles observados en los cortes cuatrimestrales-- Realizadas por los tres miembros del proyecto
-Impartir tres sesiones formativas en el segundo año sobre captación, seguimiento y registro OMI del paciente inmovilizado con reisgo o problema de deterioro de la integridad cutánea con atención especial a los puntos débiles observados en los cortes cuatrimestrales-- Realizadas por

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará una valoración y seguimiento cuatrimestral de las coberturas de inclusión y seguimiento del paciente inmovilizado durante los dos años de duración del proyecto
Se hará una valoración y seguimiento cuatrimestral de las coberturas de inclusión y seguimiento del paciente inmovilizado con riesgo o deterioro de la integridad cutánea durante el segundo año de desarrollo del proyecto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. *Inicio proyecto Mayo 2015.
*Fin proyecto - continua en 2016 (2º año)
*Calendario:
+-Mayo 2015:
-Obteneción datos de cobertura de diagnóstico de Pac inmovilizado y de estos los que tienen realizada la escala Norton.
-Análisis de los datos
-1ª reunión formativa (Pac Inmovilizado)
+ 30 Sept 2015:
- 1º corte cuatrimestral coberturas, análisis de los datos
+Oct 2015:
- comunicación al EAP datos de 1º corte
- 2ª reunión formativa, en base a los datos del corte y las areas de mejorar aboservadas
+31 Enero 2016:
-2ºcorte cuatrimestral coberturas, análisis de los datos
+ Febrero 2016:
- comunicación al EAP datos de 2º corte
- 3ª reunión formativa, en base a los datos del corte y las areas de mejorar aboservadas
+ 30 Mayo 2016:
-3ºcorte cuatrimestral coberturas, análisis de los datos . Cierre primer año de proyecto
+ Junio 2016:
- comunicación al EAP datos de 3º corte y cierre del primer año de proyecto
Las fechas y actividades para el segundo año se expondrán en el proyecto continuación de la convocatoria 2016; se ajustarán al plan expuesto anteriormente, salvo modificaciones justificadas y derivadas del seguimiento de resultados del proyecto para ajustarlos al fin esperado

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. mejora en la atención del inmovilizado

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente crónico dependiente inmovilizado

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 359

1. TÍTULO

ANALISIS Y MEJORA DE LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE INMOVILIZADO CON RIESGO O PROBLEMA DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Mejora
OTRA PALABRA CLAVE 2. Seguimiento
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 348

1. TÍTULO

DETECCION DE EPOC EN LOS PACIENTES FUMADORES DEL C.S DE HECHO

2. RESPONSABLE ..... GISELA JORDAN LANASPA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASADO ORTIZ MARIA DEL ROSARIO. MEDICO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· GAVIN BLASCO MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA. MEDICO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· ZUBIAURRE BASSAS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica que tiene su origen en el tabaquismo sigue siendo la primera causa de muerte evitable en España. Su prevalecia aumenta año tras año por dos motivos: el infradiagnostico, y porque ahora desarrollan la enfermedad las personas que empezaron a fumar hace 20 o 30 años, especialmente mujeres. Según el estudio EPISCAN, la prevalencia de la EPOC en España, alcanza al 10,2% de la población entre 40 y 80 años Los resultados de la prevalencia de la EPOC ligada al tabaquismo constatan la relación causal entre el tabaquismo y el desarrollo de la EPOC.
Debido al infradiagnóstico observado de EPOC en nuestra zona de salud , objetivado en los resultados de cartera de servicios del contrato de Gestion del 2014 , nos proponemos realizar la búsqueda activa de los pacientes EPOC entre los fumadores e la zona de salud .De forma secundaria revisaremos a los pacientes adscritos al servicio de fumadores

La poblacion a estudio son los pacientes del listado de fumadores de OMI-AP del C.S Hecho

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Instaurar medidas para el diagnóstico precoz de EPOC entre la población fumadora de la zona de salud
- Fomentar la realización del Consejo antitabaquico
-Mejorar el control del paciente EPOC

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Detección de la población diana en los listados de fumadores de OMI-AP,revisión y realización de consejo antitabáquico por los mienbros del EAP
Realización de espirometrías a los pacientes del listado de fumadores de OMI-AP diagnosticando EPOC si el cociente postbroncodilatador en la espirometrí es FEV1/FVC < 70

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creemos que son suficientes para la monitorización de este proyecto la realización de:
Nºde espirometrias realizadas/población diana
Nºde espirometrias patologicas/nº de espirometrias realizadas
Nº de nuevos casos de EPOC diagno

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -23/03/2015 Reunión del EAP para diseño y planificación del Proyecto de Mejora
-27/04/2015 Sesion recocordatoria al EAP y puesta en comun de incidencias
- Reuniónes trimestrales del EAP para revisión de la evolución del proyecto
- Diciembre 2015 Valoración de resultados . Cierre del proyecto

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fumadores

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 093

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE HUESCA RURAL. MEJORANDO LOS PROCESOS FORMATIVOS Y EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES CON RRMM

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRIO NAVASCUES JOSE MARIA. MEDICO/A. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ASO GOTA PILAR. ENFERMERO/A. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA BALLARIN ISABEL. ENFERMERO/A. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO REVELLAT ABELARDO. ENFERMERO/A. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Continuando con la colaboración con los servicios centrales del SALUD y con la gerencia de atencion primaria en las actividades para la certificación ISO 9001:2000. El año 2013 se realizo la implantación de dicho sistema. Lo que supuso la unificación de las líneas de mejora de atencion primaria. En todo momento, se han seguido las pautas marcadas por los servicios centrales del SALUD.

El objetivo perseguido es:

1. La mejora en la realización de las distintas actividades que esta certificación supone.
Por otro lado despues del periodo de implantación de la ISO, se ha detectado que se deben mejorar en este equipo :
Formación
Registro de actividades de mantenimiento y control de caducidades.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El análisis de la situación en general es el siguiente:

1. Certificación ISO 9001, se han realizado diferentes actividades:

Formación del EAP sobre la normativa ISO en varias sesionesa lo largo del del primer año.
Revisar la documentación necesaria (stock de material, stock mínimo de los consultorios, caducidades, protocolos, instrucciones de trabajo de cada proceso, registro de incidencias, etc. …)
Informe de Revisión por la Dirección de la normativa ISO 9001:2008. Donde además de los informes de no conformidades, se han indicado otras deficiencias....
Después de pasar la auditoria interna se ha realizado 3 informes de No Conformidad debidas a distintos aspectos de recursos materiales

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como objetivo general nos plantemos superar la Auditoría de Certificación para obtener la Marca de Calidad ISO 9001:2008. Nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

Realizar la auditoria interna del año 2015
Realizar auditoría de certificación, si procede.
Analizar, implantar medidas de mejora en las distintas NO conformidades.
Realizar la revisión por la dirección correspondiente al 2015.
Como objetivo especifico de este equipo se marca : la mejora en la realizacion y registro de las sesiones clínicas , cumpliendo el indicador incluido en el acuerdo de gestion clinica 2015.; y la mejora en el registro de las actividades indicadas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables
Se seguirá el calendario marcado en la implantación del sistema de calidad

Implica realizar una serie de actividades: ,
Control de registros,
Control de documentos y protocolos,
Análisis de Incidencias
Actividades de mejora en No Conformidades.

Actividad:
Revisión de los procedimientos
Divulgación de las procedimeintos
Detección de Incidencias
Distribución de propiedades/ responsabilidades
Informar a los miembros del EAP de la importancia de la adecuada cumplimentación de los registros.
Seguimiento registros, recursos materiales.
No conformidades

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 093

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE HUESCA RURAL. MEJORANDO LOS PROCESOS FORMATIVOS Y EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES CON RRMM

Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas.
Realización de auditoría de Calidad para la certificación.

Se plantea realizar una programación de las actividades formativas, incluyendo una deteccion de las necesidades formativas detectadas en el equipo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creemos que son suficientes para la monitorización de este proyecto la realización de:
Control de Incidencias y No Conformidades verificando su apertura y cierre y las acciones que lleven.
Auditoria interna y de certificación.
Revisión por la dirección.
Para las áreas de mejora evidenciadas se realizará un seguimiento de los indicadores más apropiados para cada uno de ellos., estos seguimientos se realizarán en las reuniones verticales.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se seguirá el calendario marcado por la Consultora contratada por los servicios centrales del SALUD:

Detección de Incidencias 2015
Revisión por la dirección 01/04/15
Deteccion de necesidades formativas 01/04/15
Realizacion del calendario de formación Bimestral
Memoria de formación 01/02/16
Auditoria interna 01/05/15
Reunión EAP para la revisión del sistema : Reuniones cuatrimestrales
Reunión EAP para evaluar la revisión del sistema y la auditoria 01/06/15
Realización de auditoria de Calidad para la certificación .01/06/15
Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas : Según se indica en la ficha de las mismas.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. seguimiento certificacion
OTRA PALABRA CLAVE 2. mejora proceso formativo
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 1 Nada
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 227

1. TÍTULO

AUTOFORMACION EN RCP

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHAVERRI ALAMAN EVA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· LOREN VICENTE SOLEDAD. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ TORRENTE MARIANO. MEDICO/A. UNIDAD DOCENTE MF Y C HU Y BA. ATENCION PRIMARIA
· CAPELLA CALLAVED ENRIQUE. MEDICO/A. UME EJEA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La incidencia de muerte súbita de causa cardíaca en España es de al menos 60 casos anuales por cada 100.000 habitantes. Y la incidencia de parada cardiorespiratoria en el medio extrahospitalario,tratada, es de 24 casos anuales cada 100.000 habitantes.
La formación en las técnicas de RCP resulta básica en el quehacer de todos los profesionales sanitarios dada la trascendencia vital de la asistencia en esas situaciones así como la necesidad de mantener actualizada la destreza por tratarse de una situación poco frecuente por lo que suele verse afectada por el olvido y realizada en situaciones de estrés.
En el Sector Sanitario de Huesca se viene implementando desde hace una década un programa formativo de recuerdo de RCPA que la Unidad Docente lleva a todos los Centros de Salud con una periodicidad bianual. El objetivo de nuestro proyecto es complementarlo mediante una actividad de autoformación continuada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dotar al EAP de más oportunidades de formación en RCP.
Facilitar la adquisición de conocimientos y el mantenimiento de habilidades sobre la materia de los profesionales del EAP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Visualización de vídeos sobre esta materia,disponibles en Youtube, previamente seleccionados. Se visualizarían en una sesión que se repetirá a lo largo del año de forma cuatrimestral.
Tras la última visualización de vídeos se realizará una sesion de megacode al año (2 horas por sesión), que impartirá el instructor de SVA y SVI del equipo de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de sesiones realizadas a lo largo del año. Objetivo: realizar 3 sesiones anuales
Número de participantes del EAP en las sesiones: Objetivo: que todos los miembros del EAP participe al menos en una sesión al año.
Estos indicadores se obtendrán de la hoja de registro de asistencia de cada sesión formativa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De Junio de 2015 a Mayo de 2016 (sesiones en Junio, Octubre y Febrero).

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 079

1. TÍTULO

PASO A PASO-PASEOS SALUDABLES

2. RESPONSABLE ..... EVA CHAVERRI ALAMAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO PRADAS MARIA ROSA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· LOREN VICENTE SOLEDAD. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· CARRERO BACIGALUPE ITZIAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· BROTO COSCULLUELA PURIFICACION. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· AZON COSCULLUELA NURIA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· GABAS GALLEGO GEMMA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLON CARRERA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1. Responder a la demanda de los vecinos que desde el Consejo de Salud solicitan realizar actividades conjuntas con el centro de salud, al igual que se hizo para celebrar el 25 aniversario del mismo.
2. Poner en marcha actividades de promoción de la salud siguiendo la estrategia PASEAR promovida por la DGA , que han demostrado la mejora en la calidad de vida de las personas como es el ejercicio físico e impulsar la formación de grupos sociales de apoyo .

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -facilitar el contacto entre los vecinos y el centro de salud
-dinamizar la formación de grupos de apoyo entre los vecinos -favorecer la socialización de las personas en redes sociales formales e informales
-mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico
-realizar por parte de los profesionales de enfermería, durante los paseos y de forma dinámica “educación sanitaria” respecto a alimentación , consumo de fármacos ,
abandono de tabaco etc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Captación de participantes en la consultas de medicina y de enfermería. Entrega de un folleto informativo y de recogida de datos personales.
- Salida dos días por semana, martes y jueves de 10 a 11h
a pasear por la zona de salud ,durante 45-50 min .Los participantes irán acompañados por 2 personas del centro de salud , enfermeras ,auxiliar ,trabajador social ,etc –
-Los paseos se realizaran para cada grupo durante 2meses. En julio y agosto se suspende la actividad
-Se dará una charla informativa de 10-15min a cada grupo previa al inicio de la actividad.
-Al final de los 2m de actividad se realizará una encuesta de
opinion a los participantes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Realizar la actividad durante 1 año , al menos , 3 periodos de 2 meses de duración
2- Que termine la actividad el 50% de los participantes inscritos en la misma
3- Realizar una encuesta de opinión al final de cada periodo de 2 meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración : Desde 1 de mayo 2015 hasta 15 mayo 2016
Actividades:

- Presentación al Centro de Salud del proyecto
- Presentación en el Consejo de Salud
- Iniciar los paseos el 16 mayo hasta 19 julio
(Suspender actividad en julio y agosto)
-Reiniciar la actividad el 15 de septiembre

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 079

1. TÍTULO

PASO A PASO-PASEOS SALUDABLES

5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 086

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA : PERPETUO SOCORRO (HUESCA)

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSA GIMENO PRADAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESPEJO LORENTE MONICA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· AGUARON JOVEN MARIA EVA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· ANORO PELEGRIN CECILIA. TCAE. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En 2014 se inció la implantación de las actividades para la certificación iso 9001, lo que supuso la unificación de las lineas de mejora abordadas en los proyectos. siguiendo siempre las pautas marcadas por los servicios centrales del salud persiguiendo un objetivo: conseguir la certificación iso 9001 y la mejora en la realización de las distintas actividades que esta certificación supone

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. FORMACIÓN del EAP sobre normativa ISO en varias sesiones a lo largo del año 2014
Creación de un grupo de trabajo específico para la norma ISO
Realización del procedimiento operativo (Manual de Acogida) en el que queda definido el sistema
Revisar la documentación necesaria (stock de material, caducidades, registro de incidencias,…)
Revisión por la dirección de la normativa ISO 9001
Realización de la auditoría interna identificando las No Conformidad: registro según la norma ISO de documentos no controlados , Mejora en el registro de la trazabilidad de la asistencia sanitaria, Deficiencia en la metodología basada en incidencias y no conformidades, y Mejora en la identificación en el " área de residuos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como objetivo general nos planteamos superar la Auditoria de Certificación para obtener la Marca de calidad ISO 9001
Nos planteamos los siguientes objetivos específicos:
Realizar la Auditoria de Certificación
Realizar la Auditoria interna 2015
Realizar la revisión por la dirección correspondiente al 2015
Analizar, e implantar medidas de mejora en las distintas NO conformidades

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar una serie de actividades:
-Formación EAP en ISO (Responsable de calidad)
-Control de registros, documentos y protocolos (Responsable de calidad)
-Realización de los procedimientos (Propietarios de procedimientos)
- Divulgación de los procedimientos (Responsable de calidad)
-Análisis de Incidencias y No conformidades (Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos)
- Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas (Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos)
-Actividades de mejora de las No Conformidades (EAP)
- Realización de auditoría de Calidad para la

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creemos que son suficientes para la monitorización de este proyecto la realización de:
-Control de Incidencias y No Conformidades verificando su apertura y cierre
-Realización de la Auditoria interna y de la Certificación
-Revisión por la dirección.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se seguirá el calendario marcado por la Consultora contratada por los servicios centrales del SALUD.
Actividad
- Detección de Incidencias (2015)
-Auditoría interna (Junio 2015)
-Reunión EAP para la revisión del sistema y la auditoria (julio 2015)
-Revisión por la dirección (2015)
-Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas.(Según se indica en la ficha de las mismas.)
- Reunión EAP para la revisión del sistema (Diciembre 2015)
--Realización de auditoría de Calidad para la certificación.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 086

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA : PERPETUO SOCORRO (HUESCA)

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 2 Poco
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 143

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN EL VISADO DE RECETAS. UNIFICACION DE CRITERIOS, PARA UNA CORRECTA COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA, ATENCION ESPECIALIZADA E INSPECCION MEDICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE SANTOLARIA UBIETO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAJARAVILLE ASO PILAR. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO.
· SOLANO CHIA QUINTIN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ARCHIVO Y DOC. CLINICA
· CEREZUELA SAMPER CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP HUESCA. SECRETARIA-TSI
· COLON TENIAS MARIA VICTORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DIR. PROV. SALUD Y CONSUMO. INSPECCION MEDICA
· ANORO MONCAYOLA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. ADMISION
· CARDIEL LALUEZA ASUNCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. ADMISION
· CASTAÑO MARTIN PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestra Organización la información se convierte en fundamental, tanto para el usuario como para los profesionales. Siendo la Atención Primaria el primer paso, es por ello necesario conocer todos los recursos de los que dispone el profesional para poder informar y mejorar su actuación en la practica diaria con el Usuario, y a su vez con el resto de Servicios implicados en este caso Atención Especializada, mediante el Servicio de Archivo y Documentación Clínica que se encarga de recepcionar la petición de informe solicitada por el Médico de Atención Primaria para derivar al especialista y una vez cumplimentado remitirla a Inspección Médica para el consiguiente visado de la receta, todo esto con la ayuda de las TICS disponibles en beneficio del paciente.
Ante la detección de algunas carencias en la organización del Visado de recetas por una comunicación deficitaria, falta de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, falta de datos a la hora de informar a los usuarios, se realizó en el Servicio de Admisión un estudio con el fin de tomas una serie de medidas para una correcta coordinación, entre todos los implicados. Con el fin de fijar unas bases y criterios claros para el profesional ya que esto repercutiría en una correcta información al usuario. (Prescripción de absorbentes de incontinencia urinaria, medias de compresión, inhibidores de la agregación plaquetaria, medicamentos Anti-Demencia, Antispsicóticos atípicos en personas mayores de 75 años, Avaglim, Byetta como antidiabético oral, vacunas neumococicas, nutrición enteral y espesantes y un largo etc).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Aumento de la calidad de la atención Sanitaria a través de la información, facilitando el Servicio a los Usuarios y a su vez a los profesionales que participan en el proceso de visado de recetas.
2. Contribuir al trabajo en equipo en el ámbito de la Atención Sanitaria, trabajar de manera multidisciplinar y coordinar los distintos niveles asistenciales y la información en beneficio del paciente.
3. La normalización del proceso facilitara la correcta coordinación entre todos los implicados, teniendo información concreta en cualquier fase del proceso.
4. Elaboración de un protocolo de pasos a seguir en el Visado de Recetas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Identificar aquellos productos farmacéuticos que precisan visado de receta y de ellos los que precisan informe médico de Atención Primaria o informe médico de Atención Especializada .
2. Crear una agenda en OMI AP, " VISADO DE RECETAS "en la cual quede reflejado la derivación a Atención Especializada (Archivo y Documentación Clínica), para la realización del correspondiente informe, si necesita visado por el Especialista.
3. Enviar a su vez el mismo informe de derivación a Inspección Médica, vía Fax, correo electrónico.(Cuando sea una derivación a Especializada) y el informe se pueda demorar para que amplíen el plazo de renovación de la medicación hasta que llegue el informe cumplimentado por el Especialista, en este caso el paciente nunca se quedara sin medicación.
4. Desde Atención Especializada a través del Servicio de Archivo y Documentación Clínica se remitirá el informe cumplimentado por el Especialista, tanto a Inspección Médica como Atención Primaria " Servicio de Admisión "donde se registrara en la misma agenda de OMI AP en observaciones a la fecha de entrada al centro.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número total de derivaciones a Inspección Médica y o Atención Especializada, registradas en OMI AP , respecto al total de usuarios que precisan visado de recetas.
Número total de recepción de informes de A. Especializada registrados en OMI AP respecto al total de peticiones enviadas.
Número total de recepción de Visados de recetas por Inspección Médica registrados en OMI AP, respecto al total de peticiones enviadas.
Realización de seguimiento del proceso, manteniendo reuniones periódicas, para ver los resultados tanto con el equipo de Admisión como el resto de Servicios implicados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: segundo semestre de 2015
Duración: Primera evalución 31/12/2015 y realización de otra evaluación al año de su implantación.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Procesos organizativos, continuidad asistencial, relación entre servicios,

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 143

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN EL VISADO DE RECETAS. UNIFICACION DE CRITERIOS, PARA UNA CORRECTA COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA, ATENCION ESPECIALIZADA E INSPECCION MEDICA

información, comunicación y relación con el usuario

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 222

1. TÍTULO

DOSSIER "PREVENCION Y MANEJO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRESS" BASADO EN TECNICAS "COGNITIVO-CONDUCTUALES" A DISPOSICION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE AP Y A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL

2. RESPONSABLE ..... MARIAN ALAYETO GASTON
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARNAL URROZ SANTIAGO. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· BARTUMEUS BARTOME AINHOA. MIR. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· VAL CLAU MARIA JOSE. PSIQUIATRA. HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA. PSIQUIATRIA
· HERMOSO CONTRERAS CRISTINA. MIR. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· SANCHEZ LUCAS NAIARA. PSICOLOGO/A CLINICO. H SAN JORGE. PSICOLOGIA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La AP supone la puerta de entrada al sistema de salud. El médico va identificando a lo largo de su actividad profesional pacientes que definiríamos como "muy nerviosos" o "ansiosos", con mayor vulnerabilidad a padecer sintomatología ansioso- depresiva cuando aparecen estresores en sus vidas.
Existe por parte de la población general falta de conocimiento acerca de los factores que inciden en el malestar psíquico relacionado con la ansiedad y el estrés, así como "qué hacer" para prevenir y/o manejarlos. A pesar de que la evidencia científica avala algunas técnicas y estrategias psicológicas (cognitivo-conductuales) con un nivel de eficacia aceptable muchas veces este malestar es combatido con psicofármacos, suponiendo para el sistema sanitario un elevadísimo coste, también esto debido a la elevada lista de espera en el servicio especializado de psicología. Será de gran utilidad disponer de un dossier que ofrezca a los pacientes la oportunidad de entrenar algunas habilidades que les sirva para manejar el malestar psicológico, y puedan tomar parte activa en la prevención y recuperación; entregado por el médico de familia o por el psicólogo como complemento a la terapia en curso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos:
1.- Poner a disposición de los profesionales de AP un dossier que recoja distintas herramientas eficaces para manejar y prevenir el estrés y la ansiedad
2.-Poner a disposición de la población diana los dossiers
3.-Incrementar el conocimiento real de lo que es el estrés y la ansiedad y cómo se generan los síntomas asociados
4.-Facilitar el aprendizaje de herramientas útiles prevención estrésy control ansiedad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-El coordinador de este proyecto solicitará la colaboración a los centros de salud de Huesca (Perpetuo Socorro, Pirineos y Santo Grial) a través de entrevista con sus coordinadores
2.-Se llevará a cabo la confección del dossier, con la participación de los responsables de este proyecto y siguiendo las indicaciones de las principales guías clínicas. El contenido del DOSSIER contará con una primera parte "didáctica", en la que se describe y explican los mecanismos y factores implicados. En la segunda parte se recogen algunas técnicas para ser entrenadas que ayudarían a prevenir el estrés y la ansiedad y/o a manejarlo de forma adecuada.
PRIMERA PARTE.-Estrés y ansiedad
¿Qué es el estrés? Generación del estrés
Situaciones de estrés
Características personales
Manifestaciones del estrés.
Estrés y salud
Respuesta de estrés
Ansiedad. Definición
Componentes de la ansiedad
Síntomas de ansiedad
SEGUNDA PARTE.-ESTRATEGIAS
Estrategias centradas en el cuerpo:
Respiración Profunda
Ejercicio Físico
Higiene del sueño
Estrategias centradas en la actividad y pensamiento:
Organización y Distribución del Tiempo
Asertividad
Resolución de Problemas

3.-Se efectuará la distribución en los centros de salud del dossier y de *cuestionario elaborado para medir el grado de cumplimiento de algunos de los objetivos.
Deberá ser cumplimentado a la recogida del dossier por parte del paciente y mínimo a los tres meses de esta

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 222

1. TÍTULO

DOSSIER "PREVENCION Y MANEJO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRESS" BASADO EN TECNICAS "COGNITIVO-CONDUCTUALES" A DISPOSICION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE AP Y A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL

entrega (estimamos tiempo suficiente para poner en marcha el entrenamiento de algunas de las estrategias contenidas)
*Cuestionario de conocimientos, creencias y expectativas. El sujeto señalará de 0 a 10 el grado en que:
1.- "CONOZCO perfectamente qué es el ESTRÉS"
2.- "CONOZCO perfectamente qué es la ANSIEDAD"
3.- "CONOZCO algunas técnicas para prevenir el estrés y/o controlar la ansiedad"
4.- "ES ÚTIL CONOCER ESTRATEGIAS prevenir el estrés y/o controlar ansiedad"
5.- "Normalmente APLICO TÉCNICAS de prevención de estrés y/o control de la ansiedad"
6.- "Soy capaz de AFRONTAR mis problemas en general".
7.-"Soy capaz de MANEJAR los síntomas de ansiedad".

4.- Seguimiento y feedback del proceso por parte de persona responsable contactando con los profesionales de forma trimestral
5.-Evaluación de los objetivos al año

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación del proyecto a través de:
1.- Número de profesionales que se adhieren
2.- Número de dossiers distribuidos a los centros
3.- Número de dossiers entregados a los pacientes
4.- Número de pacientes que cumplimentan el cuestionario
5.- Análisis de la Información recogida en el "CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y EXPECTATIVAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Confección del dossier:
Junio 2015

Distribución a los centros
Agosto 2015

Entrega a los pacientes
Septiembre de 2015

Valoración de objetivos
Junio de 2016

11. OBSERVACIONES. En enero y febrero de 2012 se llevó a cabo un "taller de prevención del estrés y la ansiedad" en el C.S. Perpetuo Socorro, en la que participaron un médico A.P. y psicóloga, con buenos resultados:
-Mejoría tanto del conocimiento del estrés y ansiedad (de 6.5 a 8.5) como del conocimiento de distintas técnicas y estrategias (de 4 a 8.9)
-Se incrementó la frecuencia y variedad del uso de estas herramientas. De 3,8 a 7,92.
-Mejoraron en la capacidad de manejo de los síntomas de ansiedad de 4,7 a 6,83.
-Se redujeron notablemente los síntomas de ansiedad (y de depresión), medidos a través del cuestionario de Goldberg

Algunas de las técnicas que se enseñaron y entrenaron serán recogidas en este dossier.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Depresión/Ansiedad

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ansiedad
OTRA PALABRA CLAVE 2. estres
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 140

1. TÍTULO

SOCIALIZACION DEL PACIENTE MEDIANTE EL MANEJO DE LA MOVILIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA MUSCULO ESQUELETICO

2. RESPONSABLE ..... AZAHARA ARNAL GALINDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BETRAN COARASA LUCIA. FISIOTERAPEUTA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ROYO ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· NAYA ATARES SERGIO. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro centro de salud no existen actividades regladas de promoción de la salud, en concreto de la actividad física y la coordinación en personas de edad avanzada. Participar en actividades comunitarias con fomento del ejercicio físico, la coordinación y la socialización, es una importante fuente de mejoría del estado general y de la calidad de vida. Dado que en el centro de salud Pirineos disponemos de un gran gimnasio para fisioterapia, proponemos una actividad de baile guiada por enfermería, seguida de sesiones de estiramientos e higiene postural para adultos con dolor crónico benigno, problemas de soledad, socialización u otros susceptibles de mejorar con este tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: Mejorar la calidad de vida de los miembros del grupo.

Objetivos secundarios:
1. Promocionar la actividad física en la comunidad.
2. Mejorar el dolor crónico benigno.
3. Mejorar el estado de ánimo y el aislamiento social.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se establecerá una actividad de baile en comunidad, a realizar las tardes de los miércoles en horario de 15:30 a 16:30 h. en el gimnasio del Centro de Salud Pirineos.Una profesional de enfermería capacitada a tal efecto (Azahara Arnal Galindo) impartirá las sesiones de baile, precedidas de un calentamiento general, una sesión de movilidad articular y finalizadas por una sesión de estiramiento. Habrá una sesión mensual impartida por una fisioterapeuta (Lucía Betrán Coarasa). En las sesiones se incluirán los pacientes susceptibles de ello, remitidos por sus médicos o enfermeras, los fisioterapeutas del centro o la trabajadora social.
Los criterios de inclusión serán: Patología crónica con dolor crónico benigno de origen articular susceptible de mejorar con la actividad física o bien problemática social con aislamiento, soledad, ansiedad, depresión o problemas de socialización (viudedad reciente, cuidadores de pacientes crónicos con sobrecarga...). Se les pasará el cuestionario de calidad de vida SF 36 al principio, a los 3 y a los 6 meses de la actividad. Los grupos estarán formados por 10 personas, se realizarán un total de 2 sesiones, a 2 grupos de pacientes cada uno durante 6 meses.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se medirán a los 3 y 6 meses de inicio del proyecto:
- Nº de pacientes incluidos en el grupo
- Cuestionario de calidad de vida SF 36
- EVA del dolor (a los que están incluidos por dolor crónico benigno)
- Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (a los incluidos por problema psicológico o de aislamiento social

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Sesión informativa a los profesionales del centro de salud: Junio 2015
- Actividad del primer grupo: Julio 2015 - Diciembre 2015
- Actividad del segundo grupo: Enero 2016-Junio 2016
- Medición de indicadores del primer grupo: Septiembre 2015 - Diciembre 2015
-Medición de indicadores del segundo grupo: Marzo 2016 - Junio 2016
- Conclusiones: Julio 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. los incluidos en métodos y actividades

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 140

1. TÍTULO

SOCIALIZACION DEL PACIENTE MEDIANTE EL MANEJO DE LA MOVILIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA MUSCULO ESQUELETICO

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 399

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA INTEGRAL EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GENERO, DOMESTICA Y MALTRATO INFANTIL A PARTIR DE LA DOCUMENTACION MEDICO-LEGAL REMITIDA AL JUZGADO DE GUARDIA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA DE LA FUENTE SEDANO
· Profesión ..... TRABAJADOR SOCIAL
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRERO BACIGALUPE ITZIAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS PERPETUO SOCORRO. TRABAJO SOCIAL
· ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS SANTO GRIAL. TRABAJO SOCIAL
· LAMORA PALLAS ESTHER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PIRINEOS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· JIMENEZ SARRADELL PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CHARTE ALEGRE ELENA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CANUDO AZOR MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Informar a las instancias judiciales es una de las tareas de los profesionales de los equipos de atención primaria de salud.
Ante situaciones de agresión a la mujer, menores…el profesional está obligado a informar al juez de guardia mediante la emisión del parte de lesiones.
Se ha observado a través de dichos documentos :casos de V.G.que acuden en horario de urgencias, y no son detectados en consulta programada del C.S; no cumplimentación de partes de lesiones específico (violencia de género, violencia doméstica y/o notificación de maltrato infantil, desconocimiento de dichos modelos de parte de lesiones; elección de episodios que no reflejan la situación de maltrato. Episodios de maltrato cerrados cuando la mujer continúa sufriendo violencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Es un proyecto nuevo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar la calidad de la atención sanitaria urgente a partir de la información de los partes de lesiones.
-Detectar casos de V.G , doméstica y maltrato infantil a partir de dichos partes .
- Detectar posible problemática psicosocial en los casos de atención sanitaria urgente informados al Juzgado.
- Posibilitar un tratamiento de salud, con enfoque integral, de casos de urgencia sanitaria.
- Facilitar información de carácter psicosocial a los profesionales de los Equipos de AP de Huesca en relación con los casos de violencia.
- Notificar y registrar correctamente los casos de violencia de género. Dar uso al protocolo de violencia de género establecido en el marco de la atención sanitaria urgente.
- Propiciar coordinación con los Servicios Especializados de Atención a la Mujer : IAM, Servicios Sociales y equipo psicosocial forense.
- Potenciar la coordinación entre el SAC y los equipos de Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. * Método
- Establecimiento de equipo de trabajo con la intervención de personal de los C.S y del SAC.
- Determinación de protocolo de trabajo.
- Admisión creará carpeta específica de partes de lesiones.

- Captación diaria por parte de los trabajadores sociales de los partes emitidos en cada C.S y por la trabajadora social del C.S Pirineos, de los partes de lesiones emitidos por los MAC informando al t.s del C.S correspondiente.
- Valoración y atención social por parte por parte del trabajador social del centro de salud correspondiente, del caso de violencia.
* Actividades
- Creación de un archivo específico en cada C.S de partes de lesiones.
- Análisis de la historia clínica de las mujeres y menores con parte de lesiones.

- Coordinación con el SAC y con el médico/a de la persona agredida..

- Toma de contacto, por parte dela UTS,con los servicios especializados que intervinieron y/o con las personas víctimas de agresión para abordaje de su situación.

- Información del Proyecto y su puesta en marcha a cada uno de los EAP participantes así como al SAC.

- Notificación y registro en el episodio de OMI específico de los casos de violencia de género y maltrato infantil.

- Reuniones de equipo para controlar la realización de actividades, resolución conjunta de posibles problemas, seguimiento, etc.

* Actividades

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 399

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA INTEGRAL EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GENERO, DOMESTICA Y MALTRATO INFANTIL A PARTIR DE LA DOCUMENTACION MEDICO-LEGAL REMITIDA AL JUZGADO DE GUARDIA

- Creación de un archivo específico en cada C.S de partes de lesiones.
- Análisis de la historia clínica de las mujeres y menores con parte de lesiones.

- Coordinación con el SAC y con el médico/a de la persona agredida..

- Toma de contacto, por parte dela UTS,con los servicios especializados que intervinieron y/o con las personas víctimas de agresión para abordaje de su situación.

- Información del Proyecto y su puesta en marcha a cada uno de los EAP participantes así como al SAC.

- Notificación y registro en el episodio de OMI específico de los casos de violencia de género y maltrato infantil.

- Reuniones de equipo para controlar la realización de actividades, resolución conjunta de posibles problemas, seguimiento, etc.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? Existe en cada C.S una carpeta exclusiva de partes de lesiones : SI/NO.

- Se ha mantenido al menos una reunión del equipo del Proyecto. Existe un acta de reunión: SI/NO.

- Se ha llevado a cabo una sesión clínica informativa en cada C.S relativa al Proyecto: SI/NO.

- Nº de partes específicos de violencia de género sobre el nº total de partes de lesiones a la mujer.
- Nº total de partes de agresión (violencia de género, infantil o doméstica) con abordaje de tal situación.

- Nº total de partes de agresión (violencia de género, infantil o doméstica), emitidos por el SAC, comunicados a los T.S.de los C.S .

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: junio 2015
Fecha de finalización: junio 2016
Calendario:
- Junio-Julio constitución del grupo de mejora.
? Julio creación de carpeta de salida de partes de lesiones en el C.S Santo Grial y Perpetuo Socorro.
? Septiembre de 2015 -febrero de 2016 Sesión informativa del Proyecto en cada C.S.
-Realización de sesión sobre V.G y registro en episodio de maltrato a la mujer.

- Realización de informe final de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Violencia de género

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 245

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE EL SERVICIO ATENCION CONTINUADA Y ATENCION FISIOTERAPICA TEMPRANA EN EL ESGUINCE DE TOBILLO DE 1º Y 2º GRADO

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO GARCIA ROMERO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BETRAN COARASA LUCIA. FISIOTERAPEUTA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· BARTOLOME FANDOS LOURDES. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· FRANCO SANAGUSTIN TERESA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· GRASA ARNAL ANA MARIA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La unidad de apoyo de fisioterapia del CS. Pirineos recibe derivaciones de pacientes por parte de médicos de familia (MF) y pediatras de los centros de salud urbanos de la ciudad de Huesca. Los pacientes aquejados de patología articular que ha tenido como antecedente un esguince de tobillo de 1er y 2º grado suponen, aproximadamente, el 8% del total de pacientes derivados a esta unidad.
La primera atención a estos pacientes se ha realizado, en la mayoría de los casos, en los servicios de atención continuada del CS Pirineos o bien en el servicio de urgencias del Hospital San Jorge de Huesca.
Hemos podido constatar una gran variabilidad en esta primera atención, no sólo debido al nivel asistencial en que tiene lugar sino también por los profesionales que la proporcionan y por la continuidad del seguimiento posterior, dilatando citas de control y mostrando excesiva diversidad de pautas de cuidados al paciente. Estas circunstancias suelen tener consecuencias negativas en la recuperación funcional del paciente, alargando innecesariamente la misma, con todos los perjuicios asociados (calidad de vida, interrupción de hábitos de actividad física/deportiva, situaciones de ILT, inestabilidad crónica de la articulación, etc.) que ello supone.
La evidencia científica deja patente, que un tratamiento fisioterapico inmediato en este tipo de lesiones supone un importante beneficio en los tiempos de recuperación de la misma y en su curación definitiva.
Pretendemos proporcionar una atención inmediata que, siendo prestada por únicamente un equipo de dos fisioterapeutas, minimice la variabilidad en la atención y proporcione al paciente un tratamiento de recuperación funcional desde el mismo instante de producirse la lesión, con un seguimiento continuado hasta su completo restablecimiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos del proceso son varios.
1º. Establecer un protocolo de derivación directa a la unidad de fisioterápia la consulta ordinaría de médico de familia de EAP, desde la consulta de enfermería enmarcado en el programa de atención enfermera de la demanda, desde el PAC del CS Pirineos por parte de MAC y EAC.
2º Minimizar la variabilidad en todo el proceso de atención al esguince de tobillo asegurando la continuidad de la atención.
3º Instaurar un protocolo de tratamiento contemplará la atención inmediata o temprana a estos pacientes, incluyendo la recuperación funcional y seguimiento del paciente en todo el proceso.
4º Minimizar los perjuicios y secuelas derivados de la demora en el inicio de la recuperación funcional.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividades:
1. Se establecerá un protocolo de derivación del paciente, previamente diagnosticado de esguince de 1er y 2º grado, a la unidad de fisioterapia del CS. Pirineos, que incluirá la derivación directa desde el servicio de atención continuada del CS. Pirineos por cualquier facultativo independientemente de que el paciente atendido pertenezca al cupo del médico remitente, especialmente en el caso de los Médicos de atención Continuada, adaptando , especialmente para este supuesto, el protocolo ya establecido para derivaciones a la unidad, de igual forma se incluirá la derivación desde el servicio de gestión enfermera de la demanda.
Responsables: Fisioterapeuta, Médico, Enfermera.
2. Presentación protocolo a Equipo de Atención Primaria, Médicos de Atención Continuada, Enfermeras de Atención Continuada.
Responsables: Fisioterapeuta, Médico, Enfermera.

3. Se proporcionará a los médicos y enfermeras de atención continuada la guía de práctica clínica y las Reglas de Ottawa que permiten el diagnóstico de los esguinces de 1er y 2º grado evitando la realización de RX y la derivación a urgencias hospitalarias.

Responsables: Fisioterapeuta, Médico, Enfermera.

4. Atención Fisioterápica.
Desde la unidad de fisioterapia se dará máxima prioridad a estos pacientes y se proporcionará la atención más inmediata posible que se deberá realizar dentro de las primeras 72 horas desde la derivación.
Responsable: Fisioterapeuta.

El protocolo del tratamiento fisioterápico se ajustará a las guías de práctica clínica que ya se siguen en la unidad.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 245

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE EL SERVICIO ATENCION CONTINUADA Y ATENCION FISIOTERAPICA TEMPRANA EN EL ESGUINCE DE TOBILLO DE 1º Y 2º GRADO

5. Elaboración de hoja estadística que permita conocer el grado de beneficio alcanzado con la intervención, al objeto de realizar un estudio retrospectivo que constante la hipótesis del beneficio de la aplicación del protocolo de atención temprana.
Responsable: Fisioterapeuta, enfermera, médico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se establecerá hoja estadística que permita obtener los siguientes indicadores.
% de pacientes que tras acudir al servicio de atención continuada por esguince de tobillo en fase aguda son atendidos en la unidad de fisioterapia en las primeras 24 horas desde su lesión.
% de pacientes atendidos entre las 24 y 48 horas desde su lesión.
%de pacientes atendidos entre las 48 y 72 horas desde su lesión.
Nº de sesiones que se realizan a cada paciente hasta alcanzar la normalidad anatómica y funcional de la articulación.
% de pacientes que reciben el alta dentro del tiempo estándar contemplado por el INSS, en caso de haber estado en situación de ILT.

Nº de días que transcurren desde el momento de la lesión hasta la incorporación del pacientes a las Actividades de la Vida Diaria (AVD).
Encuesta de satisfacción a pacientes, médicos y enfermeros que hayan derivado pacientes siguiendo el protocolo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. JUN
realización de protocolo, presentación EAP.MAC, EAC, inicio del programa, encuestas de satisfacción pacientes.

JUL a MAYO
Desarrollo del programa, encuestas de satisfacción a pacientes.

ABRIL Y MAYO
Encuestas a profesionales.

MAYO
Monitorización y análisis de datos.
Propuestas de mejora.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Garantizar la Continuidad Asistencia, Establecer un protocolo de derivación y tratamiento.
OTRA PALABRA CLAVE 2. Mejora de la Asistencia
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 101

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNEENISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE PIRINEOS

2. RESPONSABLE ..... JUAN MANUEL JIMENEZ HEREZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ VELILLA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. PEDIATRIA
· DELGADO BUENO ANA. PEDIATRA. CS PIRINEOS. PEDIATRIA
· UGARTE FARRERONS SOL. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. PEDIATRIA
· LUQUE MONTORO FELIPA. TCAE. CS PIRINEOS.
· NAYA ATARES SERGIO. MEDICO/A. CS PIRINEOS.
· PEÑA ARENAS MERCEDES. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS.
· GARCIA ROMERO ANTONIO. FISIOTERAPEUTA. CS PIRINEOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Continuando con la colaboración con los servicios centrales del SALUD en las
actividades para la certificación ISO 9001:2000. El año 2009 se realizo la implantación
de dicho sistema. Lo que supuso la unificación de las líneas de mejora abordadas en los proyectos.
En todo momento, se han seguido las pautas marcadas por los servicios centrales del SALUD.
El objetivo perseguido es:
1. Conseguir la Certificación ISO 9001.
2. La mejora en la realización de las distintas actividades que esta certificación supone.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Certificación ISO 9001, se han realizado diferentes actividades:
-Formacióndel EAP sobre la normativa ISO en varias sesionesa lo largo del añopasado.
-Creaciónde un grupo de trabajo especifico en el EAP para la Norma ISO.
-Revisar la documentación necesaria (stock de material, stock mínimo de los consultorios, caducidades, protocolos, instrucciones de trabajo de cada
proceso, registro de incidencias, etc. …) y se nombra o identifica un propietario de cada proceso y subproceso.
-Informe de Revisión por la Dirección de la normativa ISO 9001:2008. del año anterior
-Realización ´de la auditoría interna 2014 en la Auditoria Interna del Cs Pirineos de junio de 2014 se establece como oportunidad de mejora “Se podrían establecer acciones para favorecer la notificación de incidencias” y”fomentar el trabajo de los datos en el EAAP”
- mantenimiento del la cetrificación UNE-EN-ISO 9001:2008

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como objetivo general nos plantemos superar la Auditoría de Certificación para obtener la Marca de Calidad ISO 9001:2008. Nos planteamos los siguientes objetivo específicos:
- Realizar la auditoria interna del año 2014
-Realizar auditoría de certificación.
- Analizar, implantar medidas de mejora en las distintas NO conformidades.
- Realizar la revisión por la dirección correspondiente al 2014

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implica realizar una serie de actividades:
-Controlde registros
-Control de documentos y protocolos
-Análisis de Incidencias
-Actividades de mejora en No Conformidades.

Actividades y responsables
Formación EAP en ISO :Responsable de calidad
Realización de los procedimientos: Propietarios
Divulgación de las procedimeintos: Responsable de calidad
Incidencias: EAP
No conformidades: Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos
Resolución de las noconformidades mediante medidas correctivas y preventivas:Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos
Realización de auditoría de Calidad para la certificación: Responsable de calidad/EAP

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creemos que son suficientes para la monitorización de este proyecto la realización de:
-Control de Incidencias y No Conformidades verificando su apertura y cierre y las acciones que lleven.
-Auditoria interna y de certificación.
-Revisión por la dirección.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Detección de Incidencias 2015
Revisión por la dirección Marzo 2015
Auditoria interna Junio2015
Reunión EAP para la revisión del sistema Mayo 2015

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 101

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNEENISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE PIRINEOS

Reunión EAP para evaluar la revisión del sistema y la auditoria
Julio 2015
Realización de auditoria de Calidad para la certificación septiembre 2015
Reunión EAP para la revisión del sistema julio 2015
Resolución de las no conformidades mediante medidas correctivas y preventivas. Según se indica en la ficha de las mismas.
Reunión EAP para la revisión del sistema Octubre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 146

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION SANITARIA Y SATISFACCION DE LA USUARIA EN LA DEMANDA NO PRESENCIAL EN LA CONSULTA DE LA MATRONA

2. RESPONSABLE ..... MANUELA ROMAN ESCARTIN
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAMORA PALLAS ESTHER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· GIMENEZ MAINER INES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ELDUQUE RODELLAR MARIA DOLORES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN TORRALBA MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· GALINDO TIL RAQUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la consulta de atención a la mujer las consultas están programadas. En las usuarias sobre todo embarazadas y puérperas surgen muchas dudas o problemas relacionados con su estado, que mediante la demanda no presencial pueden resolverse de forma más rápida , disminuyendo así su ansiedad y evitando que puedan dar lugar a complicaciones por la tardanza en solucionar el proceso, por ejemplo en casos como problemas en el puérperio(lactancia..)
Se pretende también así conseguir filtrar y gestionar en su caso estas consultas que en muchos casos van al servicio de urgencias pudiendo agravar la saturación que existe en estos servicios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Aumentar la calidad asistencial sanitaria.
-Disminuir la ansiedad en las demandantes
-Mayor rapidez de actuación sanitaria en los casos necesarios
-Disminuir complicaciones de patologias
-Dismininuir los recursos sanitarios
-Disminuir saturación del servicio de urgencias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las administrativas del centro recogerán las demandas de la usuaria por teléfono o de forma presencial.
Estas demandas serán transmitidas a la matrona y se procederá de dos formas:
-Si la matrona puede en ese momento resolverá el problema o duda
-Si en ese momento no es posible. La administrativa recogerá sus datos y transmitirá a la matrona .
La matrona se pondrá en contacto con la usuaria (previa información del consentimiento informado)
en horario de 13,30 a 14,30.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registro :
nºde demandas no presenciales registradas / nº consultas totales

nºconsultas resolutivas(no han dado lugar a consulta presencial/
nºconsultas no presenciales citadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde septiembre 2015 a septiembre 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. A partir de 18 años
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 032

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 DEL ENTORNO DEL MISMO

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. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo Principal del proyecto es mejorar las prácticas del personal del CS en la higiene de manos.
Conocer y mejorar el nivel de puntuación del CS Pirineos con respecto a las prácticas de higiene de las manos y su promoción.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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

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

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio Mayo 2015. Finalización Mayo 2016
Mayo 2015: 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
Y conocer el nivel el CS en el Marco de autoevaluación de la OMS.
Junio 2015-Abril 2016 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

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 043

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA EMERGENCIA EN CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO

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.
· RIO ABARCA TERESA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO. URGENCIAS
· LORBADA PACHECO MARIA MAR. TCAE. CS SABIÑANIGO.
· MOLINERO RODRIGUEZ MONICA. MEDICO/A. CS SABIÑANIGO.
· GOMEZ TAFALLA BLANCA. ENFERMERO/A. CS SABIÑANIGO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Reunido todo el equipo del CS Sabiñánigo en Octubre 2014 (medicina, enfermería, MAC, EAC, auxiliares y administrativos) se decide la elaboración de unos "sets de urgencias" que faciliten la atención de la emergencia en el centro de salud. La urgencia vital es poco frecuente en la actividad diaria; esto provoca que cuando se presenta, la organización y rapidez de respuesta pueda no ser todo lo rápida que sería deseable. Además, la distribución del CS Sabiñánigo (3 plantas con carro de apradas y desfibrilador sólo en una de ellas) hace que la organización deba optimizarse.
Se pretende garantizar el mantenimiento y revisión del material necesario y mejorar la formación del equipo en la atención a dichas patologías
Los facultativos elaboran unos protocolos de actuación en determinadas patologías. Estos protocolos recogen apoyo escrito para el personal sobre pautas de actuación, incluyendo tratamiento farmacológico (con dosificación para adultos y niños), y tratamiento no farmacológico. Se elaboran con criterios de brevedad, basados en guías clínicas y contando con los medios disponibles en Atención Primaria del sector. El personal de enfermeria elabora, tomando como base dichos protocolos, el listado de medicación y material que debe ir incluido en cada set. Personal auxiliar de enfermeria organiza dichos sets en bolsas de esterilización según las instrucciones recibidas, completando en la parte posterior del set la fecha de caducidad de cada elemento para su fácil revisión. El set de urgencia consta en la parte delantera del protocolo de actuación y en la parte trasera el material que cada set contiene con su fecha de caducidad. Se elaboran sets para las siguientes patologías: ANAFILAXIA / HIPOGLUCEMIA / CONVULSIONES / S. CORONARIO AGUDO / INTOXICACIONES / TAQUIARRITMIAS. Se hallan colocados en armario de la sala de urgencia al lado de la camilla, ECG y desfibrilador
También se elaboran hojas para registro de las revisiones periódicas que se acuerdan revisar y responsables de las mismas Dichas revisiones tendrán carácter mensual para el maletín de domicilios y semanal para material de sala de urgencias (desfibrilador, ambus, laringoscopios, oxígeno etc)
Personal del área administrativa se encarga de elaborar dichas hojas de registro según instrucciones recibidas
Se propone realizar una actualización anual en RCP avanzada

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Organización del área de urgencias del CS Sabiñánigo con implicación transversal de todos los estamentos en el óptimo funcionamiento del mismo
- Garantizar el óptimo estado del material necesario para la atención a la urgencia/emergencia
-Elaborar protocolos de actuación ante patologias de riesgo vital que exigen máxima celeridad y coordinación
-Mejorar la formación del equipo en la atención a dichas patologías

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Como hemos indicado anteriormente la elaboración de los protocolos ha corrido a cargo de medicina, tanto de atención primaria como de atención continuada, revisando la pediatra las dosis para población infantil
Personal de enfermería ha elaborado el listado de material necesario para cada set en función de dichos protocolos y personal auxiliar de enfermería ha organizado dichos sets
La revisión del área de urgencias se realizará una vez por semana por auxiliar de enfermeria, siendo supervisado y responsabilizándose del mismo el equipo que esté de guardia los días 1 - 7 -14- 21 de cada mes. La revisón del maletín del coche se realizará también el día 1 de cada mes por el equipo de guardia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Monitorización de la hoja de firmas de revisión del área de urgencias
-Opinión de los profesionales tras implantación del proyecto con sugerencias de mejora y detección de fallos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Este proyecto está funcionando desde Enero 2015 tras el reparto de tareas que se produjo en reunión de Octubre 2014. En Junio está previsto reunión para evaluar sugerencias y áreas de mejora

11. OBSERVACIONES. Si fuera necesario podemos adjuntar los protocolos elaborados; registro de revisiones o fotografías de los sets11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 043

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA EMERGENCIA EN CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 054

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION HOSPITALARIA (MEDICINA INTERNA) Y ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO BEGUERIA EVA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS SANTO GRIAL.
· ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL.
· SALILLAS LARROSA VICENTE. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 la década de los 70, Estados Unidos ya indicaba la importancia de la continuidad asistencial entre la Atención Primaria y la atención hospitalaria. En España desde los años 90 se está impulsando también esta iniciativa. Así, la SEMFYC y la SEMI publican de forma conjunta el documento “Médicos de Familia e internistas trabajando por una atención integral”. Desde entonces se han desarrollado varias experiencias en diferentes lugares de nuestro país potenciando esta relación con resultados muy satisfactorios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario.
En nuestro ámbito (Sector Huesca) se han establecido en los últimos años proyectos de mejora en la relación Medicina Interna-Atención Primaria con los centros de Ayerbe, Huesca Rural, Grañen y Pirineos, estableciendo una serie de reuniones periódicas de un especialista de nuestro Servicio que acude a dichos centros de Salud. Con ello, se ha conseguido potenciar la comunicación entre niveles asistenciales, y acortamiento en los plazos de la atención.
Por todo ello, consideramos importante ampliar la colaboración con otros Centros de Atención Primaria de nuestro Sector, proponiendo la realización de reuniones periódicas presenciales de un especialista de Medicina Interna en el Centro de Salud Santo Grial, así como facilitar el intercambio de información telemática vía e-mail (de preferencia) y teléfono e incluso Wasapp (en casos urgentes).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Mantener un contacto fluido entre el Centro de Salud Santo Grial y el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge de Huesca.
? Disponer de un interlocutor del médico de Atención Primaria en el entorno hospitalario.
? Disminuir los desplazamientos evitables de los pacientes a nuestro hospital.
? Disminución de la demora asistencial.
? Facilitar ingresos directos en casos urgentes.
? Control de pacientes crónicos complejos. Atención de casos de diagnóstico complejo.
? Agilizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con enfermedades autoinmunes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Reuniones periódicas con internista de referencia en casos puntuales: Transferir información y consensuar actitudes diagnósticas y terapéuticas.
• Teléfono de contacto.
• Correo electrónico.
• Acceso preferente a consultas externas e ingresos programados (plazo inferior a una semana).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Evaluar el número de reuniones/sesiones y pacientes compartidos.
• Nº de pacientes a los que se evita ingreso hospitalario y/o derivación a consulta especialista. Se considerará la revisión retrospectiva de una muestra de historias clínicas.
• Valorar el grado de satisfacción de los médicos implicados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Abril 2015:
o Redacción del programa de colaboración.
• Mayo-febrero 2015:
o Inicio de reuniones presenciales, facilitar e-mail, busca.
• Febrero- Marzo 2016:
o Evaluación del programa.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 054

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION HOSPITALARIA (MEDICINA INTERNA) Y ATENCION PRIMARIA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 131

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL VACUNA DE PAPILOMA HUMANO EN NIÑAS DE 14 AÑOS (ADMINISTRACION DE 2 DOSIS)

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
· JIMENEZ FERNANDEZ MAITE. PEDIATRA. CS SANTO GRIAL. PEDIATRIA
· ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. PEDIATRIA
· USIETO GRACIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. PEDIATRIA
· DUASO ALLUE LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La vacuna contra el virus del Papiloma Humano administrada actualmente en la Comunidad Autónoma de Aragón consta de dos dosis.La primera de ellas se administra a las niñas cuando cumplen 14 años, y en nuestro centro de salud, la hacemos coincidir con el programa de revisión del niño sano. La segunda dosis se administra 6 meses después. Esta segunda dosis coincide con el paso de pediatria a adultos, y por ello es más fácil que se puedan perder oportunidades de administrar la segunda dosis.Según los datos disponibles del ministerio de Sanidad, en el año 2013 enAragón el porcentaje de niñas que completaban la vacunación era del 89.3%, que son datos muy buenos ya que es la 4º Comunidad en porcentaje
de cobertura. Lo ideal sería una cobertura del cercana al 100%.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que el máximo número posible de niñas inicien la vacunación. Lo ideal sería una cobertura de 1ª dosis del 95%
Alcanzar una cobertura de vacunación de segunda dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano (dos dosis) superior al 95

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaborar un listado de las niñas que cumplen 14 años entre Mayo 2014 y Mayo de 2015
- Captación de todas estas niñas dándoles una primera cita para la revisión de 14 años donde se administrara la primera dosis.
- Estas niñas deberán salir de la consulta de pediatría con la fecha correspondiente a la segunda dosis
- Si no acuden a la cita prevista se realizará captación activa por teléfono y/o carta

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Se llevará un registro de niñas de 14 años con tarjeta Sanitaria en el Centro de Salud Santo Grial, nacidas entre Mayo 2014 y mayo 2015
- Nº de niñas de 14 años que reciben la primera dosis papiloma/ Nº niñas total de 14 años
- Nº de niñas de 14 añosque reciben la segunda dosis de papiloma/ Nº niñas que recibieron la primera dosis

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2015..
. Redacción del proyecto.
. Elaboración de listados
Diciembre 2015
. realizar un primer corte para evalúar progresión del programa
Mayo 2016
. Recopilación de resultados. Evaluación del programa

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. niñas de 14 años

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 226

1. TÍTULO

POR FIN ES VIERNES

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.
· BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BASOLS BLECUA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ULLOD BORRUEL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ CARMONA MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· VIÑUALES PALACIO JOSE MARIA. . CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cuando comenzamos el proyecto, se había observado un aumento considerable de la incidencia de diabetes tipo II en nuestro medio
A partir de allí fuimos detectando un deficit de conocimientos sobre esta enfermedad crónica tanto en los pacientes diabéticos tipo I como en los de tipo II (sobre todo en los aspectos relacionados con los hábitos higiénico-dietéticos).
Dada la inexistencia de un programa unificado en educación diabetológica y demostrada la evidencia científica de la repercusión de la educación diabetológica como una parte más del tratamiento de la diabetes, se hace necesario continuar con el programa de educación diabetológica “por fin es viernes”en nuestro centro de salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 5.- SITUACIÓN EN MARZO 2015

El proyecto iniciado en marzo de 2012 sigue teniendo continuidad a fecha de hoy. Lo que empezó siendo unos cursos de educación diabetológica para pacientes con DMtipo II, en la actualidad son grupos de diabéticos tipo I y II
El curso ha seguido constando de 9 sesiones presenciales distribuidas de la siguiente forma:

1.-¿Qué sé de la diabetes?/¿Qué objetivos quiero lograr? 70% teorico-prático
30% práctico
2.-¿Qué es la diabetes?/ Tipos/hiperglucemia/consecuencias 70% teorico-práctico 30% práctico
3.-Concepto de ración/dieta por raciones 60% teorico-práctico 40% práctico
4.- Elaboración de una dieta por raciones
40% teorico-práctico 60% práctico
5.- Distribución de los alimentos en el día (individualizada) 30% teorico-práctico 70% práctico
6.-Ejercicio 50%
teorico-práctico 50% práctico
7.- Tto farmacológico
80% teorico-práctico 20% práctico
8.-Complicaciones/hipoglucemia 40% teórico-práctio
60% práctico
9.-Pie diabético 50% teórico-práctico
50% practico

INDICADORES A VALORAR

- nº de diabéticos incluidos en PED que acuden a las sesiones programadas/nºde diabéticos incluidos en PED
36/42 85% INDICADOR DE PROCESO

nº de diabéticos incluidos en el programa de diabéticos de OMI que además se incluye en PED/nº de diabéticos incluidos en el programa de diabéticos de OMI
42/325 13% responde a la pregunta "qué población diabética tipo II cubrimos con el PED.
INDICADOR DE PROCESO

- nº de pacientes incluidos en PED con IMC > o = 30 que consiguen una reducción del 5% de su peso a los 6meses de finalizar el PED/nº de pacientes incluidos en PED con un IMC >o=30
3/5 60% INDICADOR DE RESULTADO

- nº de pacientes incluidos en PED <75 años con Ac1 Hb <7/nº de pacientes incluidos en PED <75 años
35/37 90% INDICADOR DE RESULTADO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar los conocimientos sobre hábitos higiénico-dietéticos de la población diana
Reducir en un 5% el peso de pacientes con un IMC>o=30 incluídos en programa a los seis meses de terminar el curso formativo
Lograr valores por debajo de 7 en hemoglobinas glicosiladas de pacientes incluidos en programa menores de 75

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 226

1. TÍTULO

POR FIN ES VIERNES

años
Mejorar la satisfacción de los pacientes incluidos en el programa a través de las sesiones presenciales grupales
Tomar conciencia de la importancia de la educación diabetológica en el control de la enfermedad
Recuperar al/la sanitario/a como educador en salud

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación de las responsables del programa en Educación Diabetológica (Sara Bornao y Victoria Burgos) a través de:
a.- programa formativo on-line por fin es jueves" (1 de agosto de 2012/ 31 de julio2013).
b.- programa formativo presencial en el IACS sobre gestión integral del paciente con DM tipo II(2013). Responsable Sara Bornao y Victoria Burgos
c.- I Jornada aragonesa de salud y comunicación: Recursos educativos para mejorar la calidad asistencial
d.- El pie diabético. Charla ofrecida por un laboratorio de la industria farmacéutica
e.- Jornada: Abordaje multidisciplinar en la diabetes(IACS 27/4/15)

2. Información al EAP del cronograma de parámetros de control a valorar en los pacientes que han recibido el curso de Educación Diabetológica. Responsables Sara Bornao y Victoria Burgos

3. Nueve sesiones grupales con un máximo de diez pacientes diabéticos tipo I y II. Se harán con periodicidad semanal, los viernes de 13:30h a 14:30h. El proyecto consta de 9sesiones presenciales. Responsables Sara Bornao y Victoria Burgos

4. Evaluación de los conocimientos adquiridos sobre los hábitos saludables por los participantes a través de una encuesta validada que pasamos antes de iniciar las sesiones, y una vez finalizadas las mismas. Responsables Sara Bornao y Victoria Burgos

5. Control a los 6meses de terminada la Educación Diabetológica por el/la MAP y el/la enfermer@ de cupo para ver la repercusión del programa en el control de la enfermedad a través de los indicadores previstos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. nº de diabéticos incluidos en PED que acuden a las sesiones programadas/nºde diabéticos incluidos en PED

nº de diabéticos incluidos en el programa de diabéticos de OMI que además se incluye en PED/nº de diabéticos incluidos en el programa de diabéticos de OMI

- nº de pacientes incluidos en PED con IMC > o = 30 que consiguen una reducción del 5% de su peso a los 6meses de finalizar el PED/nº de pacientes incluidos en PED con un IMC >o=30

- nº de pacientes incluidos en PED <75 años con Ac1 Hb <7/nº de pacientes incluidos en PED <75 años

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Con cada grupo se realizan nueve sesiones, por lo que cuando no hay periodo vacacional entre medio, cada grupo está en el curso en torno a tres meses. En este 2015 preveemos que sean tres grupos como mínimo con los que trabajemos (enero/marzo, abril/junio, septiembre/diciembre

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 080

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CCAA DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS-SARIÑENA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VERA BELLA CARMEN. PEDIATRA. CS SARIÑENA. PEDIATRIA
· ULLOD BORRUEL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA.
· VIÑUALES PALACIO JOSE MARIA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA.
· GAZOL PERIZ YOLANDA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA.
· CLEMENTE GARCES CARMEN. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA.
· BORNAO CASAS SARA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA.
· GABAS LARRUY MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La realidad actual de nuestra ZBS es la siguiente:
En abril de 2014 se ha implantado en nuevo calendario de vacunación infantil de la CCAA de Aragón con cambios en las edades de vacunación. En los documentos infantiles que poseen las familias figuran las edades antiguas de vacunación por lo que es obligación del personal sanitario de la zona informar de los cambios y procurar una buena cobertura de vacunación infantil.
La inmigración de los últimos años ha conllevado el aumento de mujeres en edad fértil.
Mesualmente se debe declarar al servicio provicial de sanidad el número de dosis administradas de vacunas. No guarda relación el nº de vacunas administradas con la cobertura de vacunación del programa. Nos planteamos, ¿hay un error en el regsitro

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. LOS INDICADORES EVALUADOS EN EL PROYECTO PRESENTADO EN EL AÑO 2014 FUERON LOS SIGUIENTES:

1.- Nº de niños con vacunas infantiles previas revisadas en el año 2014

2.- Nº de niños con la primovacunación infantil (<24 m) en la ZBS

3.- Nº de adultos con calendario vacunal asignado en OMI-AP Nº de niños con la vacuna de Meningococo C de 12 años puesta

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Revisar el calendario de vacunación infantil del 95% de los niños con TIS en la ZBS

2.- Alcanzar el 95% de cobertura de vacuna triple vírica de 3 años.

3.- Alcanzar el 95% de cobertura de vacunación de Meningococo C en niños de 12 años.

4,- Revisar el estado inmunitario de varicela del 95% de los niños/-as de 12 años

5.- Facilitar la información sobre el registro de vacunas en edad adulta en OMI-AP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisar si cada niño que acude a revisión de niño sano tiene activada la revisión de vacunas infantiles
M. TERESA PARALED CAMPOS
Aplicar la vacuna triple vírica los niños que acudan a la revisión de 3 años
M. TERESA PARALED CAMPOS
Revisar en las historias de los niños nacidos en 2011 si tiene puesta la segunda dosis de vacuna triple vírica
CARMEN VERA BELLA
Aplicar la vacuna meningococo C a los niños que acudan a la revisión de 12 años
M. TERESA PARALED CAMPOS
Revisar en las historias de los niños nacidos en 2002 si tiene puesta la dosis de vacuna meningococo C de 12 años
CARMEN VERA BELLA
Revisar el estado inmunitario de varicela de los niños de 12 años
CARMEN VERA BELLA
Realizar sesión clínica sobre el registro de vacunas en adultos
M. TERESA PARALED CAMPOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1,- Nº de niños con TIS en la ZBS con el calendario infantil revisado/Nº de niños con TIS en la ZBS

2.- Cobertura de vacunación de Triple Vírica de los niños nacidos en el año 2012 con TIS en la ZBS

3,- Cobertura de vacunación de meningococo C de los niños nacidos en el año 2003 con TIS en la ZBS

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 080

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CCAA DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS-SARIÑENA

4,- Cobertura de estado inmunitario de varicela de los niños nacidos en el año 2003 con TIS en la ZBS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Registrar de forma sistemática en la historia de OMI-AP las vacunas que se aplican en consulta de enfermería
Realizar a lo largo del año 2015
Revisar en consulta del niño sano el calendario de vacunas de los niños que acuden
Realizar a lo largo del año 2015
Realizar una sesión clínica sobre el registro de vacunas en el adulto
01/09/15
Captar vía telefónica los niños con calendario de vacunación incompleto
01/11/15

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 356

1. TÍTULO

COORDINACION ATENCION PRIMARIA- ATENCION ESPECIALIZADA: MEJORA EN EL CIRCUITO DE ASISTENCIA AL PACIENTE CON SOSPECHA DE NEOPLASIA MALIGNA CUTANEA

2. RESPONSABLE ..... NURIA VAL JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIVERA FUERTES ANA MARIA. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MALINIS ANA JULIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· GILABERTE CALZADA YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· CLEMENTE GARCES CARMEN. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BROTO CARTAGENA ASCENSIO. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dada la lista de espera que existe en este momento en nuestro sector en Consultas Externas de Dermatología, se ha propuesto, siguiendo el modelo del NHS con sus “Two week rules”, un sistema de comunicación directo entre Atención Primaria y Dermatología para que los pacientes con sospecha de neoplasia maligna cutánea (melanoma y no melanoma), sean valorados por dermatología en unos plazos máximos de 2 a 8 semanas según patología, desde que son detectados en AP

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: Aumentar la precocidad del diagnóstico de las neoplasias malignas 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 8 semanas cuando cumplan criterios de neoplasia cutánea no melanocítica (basocelular y/o espinocelular) y menos de 8 semanas cuando cumplan criterios de melanoma
Objetivos secundarios:
Tener un médico de familia formado por dermatología para la detección de criterios sospecha de cáncer cutáneo y triaje dermatoscópico de lesiones melanocíticas y no melanocíticas
Sensibilizar a los profesionales para la detección precoz del mismo
Fomentar la relación Primaria-Especializada
Obtener un modelo extrapolable a todos los centros del sector

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Proyecto piloto en el CS de Sariñena
Establecimiento de un protocolo con ítems de sospecha de neoplasia maliga cutánea (melanoma y 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 del Hospital San Jorge y Atención Primaria del Sector
Formación de un profesional del centro (Dra Val), en la aplicación de este protocolo y el manejo del dermatoscopio
Establecimiento de un circuito de comunicación (fax, correo electrónico, teléfono, a valorar) para que desde el CS de Sariñena, el médico formado al efecto remita a los pacientes susceptibles a Dermatología , y sean valorados en un plazo máximo de 2 a 8 semanas, obviando el circuito habitual (citación normal o preferente), y con gestión de agendas entre Atención Primaria y citaciones de CEX hospitalarias de manera que no se desborden las primeras visitas de Dermatología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se medirá, a los 4, 6 y 12 meses de inicio del proyecto:
• Número de pacientes remitidos a dermatología desde la unidad formada en Atención Primaria para el triaje de estos pacientes
• Media de tiempo (días) entre la remisión desde AP y la 1ª visita en dermatología, para los dos tipos de lesiones (melanocíticas y no melanocíticas)
• Número de neoplasias malignas diagnosticadas del total de pacientes remitidos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Establecimiento del protocolo y definición del circuito (del sistema de comunicación): Junio-Agosto 2015
Formación del profesional responsable: Junio-Agosto 2015
Inicio de la derivación de pacientes: Septiembre de 2015.
Medida de los indicadores: Diciembre de 2015, Febrero 2016 y Septiembre de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 356

1. TÍTULO

COORDINACION ATENCION PRIMARIA- ATENCION ESPECIALIZADA: MEJORA EN EL CIRCUITO DE ASISTENCIA AL PACIENTE CON SOSPECHA DE NEOPLASIA MALIGNA CUTANEA

```
   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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 149

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MONEGROS DE SARIÑENA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARALED CAMPOS MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· VAL JIMENEZ NURIA. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ BUENO JOSE LUIS. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BASOLS BLECUA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· PRIETO BONSON ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Estrategia 2013-2018 elaborada por Salud Pública del gobierno de Aragón sobre Promoción de Alimentación y actividad física saludables en Aragón, en su introducción refleja la obesidad como un grave problema de salud:
“La obesidad se ha convertido en uno de los principales problemas de Salud Pública debido a su magnitud, gravedad y tendencia ascendente en la mayor parte de países desarrollados, hasta el punto de ser considerada por la Organización Mundial de la
Salud como una de las mayores epidemias del siglo XXI.
La obesidad conduce además a un aumento progresivo de la prevalencia de patologías crónicas asociadas a ella como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, trastornos músculo-esqueléticos y cada vez más tipos de cáncer, hasta convertirse en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable después del tabaco.
El sedentarismo y los hábitos de alimentación incorrectos son los principales determinantes del incremento del sobrepeso y de la obesidad. Este problema es especialmente alarmante en la infancia y la adolescencia como resultado de una
compleja interacción entre factores genéticos, psicológicos, ambientales y socioeconómicos. La nutrición de las madres duranteel embarazo y la alimentación del niño durante los primeros meses de vida, es también uno de los factores primarios más importantes para orientar las medidas de prevención.”

La Estrategia quiere ser el marco de desarrollo y colaboración entre cinco ámbitos:
Ámbito comunitario
Ámbito educativo
Ámbito sanitario
Ámbito laboral
Ámbito empresarial

Consecuentemente, nuestro ámbito de trabajo será el sanitario con la detección de los casos y el tratamiento y eduación sanitaria de los mismo, pero no sin ello desamparar el resto de los ámbitos desarrollando un trabajo comunitario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Nº de niños de 2 a 14 años con episodio de sobrepeso u obesidad en la ZBS: 9,2%

Nº de niños de 2 a 14 años con episodio de sobrepeso u obesidad creado en 2014en la ZBS: 2,45%

Trabajo con la comunidad con la participación en :
Charla colegio “La Laguna” de Sariñena en 4º de primaria
Charla en el IES “Gaspar Lax” de Sariñena en 3º ESO
Colaboración con la Fundación Nereu para el abordaje de los niños con sobrepeso y obesidad

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mayor implicación de los niños, familias y entorno social en modificar hábitos saludables para la prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar un documento de EpS para niños que acuden a la consulta de pediatría para el control de sobrepeso/obesidad
Nuria Val

Elaborar un documento de EpS para familias.
Carmen Vera

Elaborar un documento de EpS para grupos
M. Teresa Paraled

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Nº de niños que acuden a consulta de revisión programada para control de SP/Obesidad/Nº de niños captados con SP/Obesidad

2,- Nº de intervenciones con las familias

3.- Nº de intervenciones con la comunidad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 149

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MONEGROS DE SARIÑENA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaborar un documento de EpS para niños que acuden a la consulta de pediatría para el control de sobrepeso/obesidad.Diciembre-2015

Elaborar un documento de EpS para familias..Diciembre-2015

Elaborar un documento de EpS para grupos.Diciembre-2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 057

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA GESTION DE LA DEMANDA POR ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD PIRINEOS

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.
· ARNAL GALINDO AZAHARA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· BARTOLOME FANDOS LOURDES. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLON FANTOVA ANTONIO. MEDICO FAMILIA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ESCAR RIVERA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· GRASA ARNAL ANA MARIA. MEDICO FAMILIA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA ARENAS MERCEDES. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ROYO ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las personas con sensación de precisar una asistencia inmediata, generan una demanda indemorable, que hay que gestionar de la mejor manera posible para no interrumpir la actividad habitual del centro de salud. Además, la satisfacción de la población con los servicios sanitarios está muy relacionada con la accesibilidad, por lo que si se ofrece una atención inmediata y fácil a las demandas autopercibidas como “urgentes”, evitando retrasos y demoras, disminuiremos motivos de insatisfacción y reclamaciones.
En este sentido, las actuales estrategias para evitar saturaciones, apuntan hacia una clasificación de los pacientes en función de su gravedad, y al aumento de la capacidad de respuesta y la mejora de los circuitos o procesos de atención. Las enfermeras pueden gestionar esta puerta de entrada al sistema sanitario adoptando un papel más activo en la atención a la demanda por procesos agudos de baja complejidad clínica, resolviendo de forma efectiva, eficiente y satisfactoria los problemas de salud de los pacientes y mejorando así la organización en atención primaria para ganar eficiencia, optimizando recursos y mejorando la gestión

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la participación de los profesionales de enfermería en la atención a la demanda aguda de baja complejidad clínica en el Centro de Salud Pirineos, mejorando así la accesibilidad y el nivel resolutivo del centro
Objetivos secundarios:
1. Disponer de un modelo de gestión de la demanda aguda por enfermería generalizable a todos los centros de Atención Primaria del SALUD
2. Plantear estrategias organizativas buscando desarrollar la máxima potencialidad de cada uno de los profesionales.
3. Racionalizar los recursos adecuando las visitas orientándolas al nivel de atención más adecuado
4. Mantener la calidad de atención.
5. Mejorar la satisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales.
6. Aumentar la efectividad y eficiencia de la actividad asistencial de Atención Primaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Establecimiento de un procedimiento de atención a patologías de baja complejidad clínica, con dos partes: un procedimiento administrativo y un procedimiento sanitario. Este procedimiento está definido en un documento ya elaborado por el grupo de trabajo creado a tal efecto y revisado por el técnico de calidad del sector, durante el último trimestre de 2014 y el primero de 2015. Incluye protocolos de atención basados en la evidencia a 16 patologías concretas: Procesos de baja complejidad clínica cuya resolución puede ser llevada a cabo por profesionales de enfermería: Alteraciones de la piel: Heridas, herpes simple labial, lesión de pliegue, orzuelo, paroniquia, picaduras, quemaduras.Alteraciones digestivas/urinarias: Diarrea, molestias urinarias Alteraciones cardiocirculatorias: Tensión arterial alta. Alteraciones boca/nariz/garganta/oídos: Aftas, epistaxis, odontalgia, odinofagia, síntomas catarrales. Alteraciones aparato locomotor: Lumbalgia
2. Establecimiento de los correspondientes formularios en el programa OMI-AP por parte de Servicios Centrales, para que la actividad pueda ser registrada correctamente
3. Formación de los profesionales de enfermería del centro en la aplicación de los protocolos
4. Inicio de la atención a los pacientes con este procedimiento, estableciendo una consulta de atención a la demanda indemorable por enfermería, e la que se citarán todos los pacientes que soliciten ser valorados en el día, y no tengan consulta disponible en su médico de cabecera.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de CDE sobre actividad total de enfermería
Nº de CDE/Nº total visitas realizadas en agendas de enfermería x año x 100
2. Demandas resueltas en CDE
Nº de CDE sin valoración médica/Nº de CDE total x año x 100
3. Satisfacción del usuario:
Durante los primeros 6 meses, la primera semana de cada mes, se entregará cuestionario de satisfacción (ver anexo) a todos los usuarios de este Servicio, que rellenarán y dejarán en un buzón habilitado al efecto en el servicio de Admisión.
4. Satisfacción del profesional:
Se pasará una encuesta de satisfacción a los profesionales a los 3 y 6 meses de instauración del proyecto
5. Indicadores de efectividad:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 057

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA GESTION DE LA DEMANDA POR ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD PIRINEOS

Indicadores de cartera de Servicios incluidos en el Acuerdo de Gestión Clínica del año en curso, y indicador de Tasa de derivaciones ajustada por complejidad, con el objetivo de compararlos con los del año anterior a la implantación de este procedimiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del procedimiento y del documento: mayo 2015
Formación de los profesionales: Junio 2015, con apotyo médico para la formación continua a lo largo de toda la aplicación del proyecto
Establecimiento de los protocolos de registro en OMI-AP. Junio 2015
Inicio de la atención a pacientes: Julio 2015
Mediciones de indicadores: 3,6, 9 y 12 meses (septiembre, diciembre 2015 y marzo, junio 2016

11. OBSERVACIONES. He incluido 9 autores, ya que, aunque es un proyecto de un sólo sector, dada la envergadura del mismo, en el grupo de trabajo estamos 9 personas y todas han colaborado activamente durante 7 meses en lo realizado hasta ahora que es la elaboración del documento, basado en la evidencia y con la definición de 16 protocolos de atención. La persona nº 9 es María Teresa Franco Sanagustín.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 434

1. TÍTULO

CREACION DE UN TALLER DE ESCRITURO-TERAPIA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DE ULE Y PSICOGERIATRIA: "EDICION DE UN LIBRO DE RECETAS DE COCINA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUMANAL LACAMBRA CARMEN. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
· LALANA CUENCA JOSE MANUEL. PSIQUIATRA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
· LANAO MARTIN ADOLFO. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· ARTERO GUILLEN BELEN. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
· PLANO VIDOSA PILAR. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· MORCILLO GRANADOS MARIA ISABEL. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE Y PSICOGERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A lo largo de la historia, muchos profesionales de la psiquiatría han puesto de manifiesto la importancia de la palabra y sus diversas indicaciones para aumentar el beneficio físico y mental.
Conociendo los beneficios de esta actividad pretendemos crear un taller de escriturо-terapia que se consolide en nuestro centro como una terapia mas de las que actualmente se aplican en el CRP.
Escribir:
- Aclara la mente.
- Resuelve traumas que interfieren en nuestras vidas.
- Ayuda a adquirir y retener información nueva.
- Ayuda a resolver problemas.
El hilo conductor del taller de este año será la creación de un libro de recetas de cocina aportadas por los talleristas ya sean rememoradas de su vida, de su familia, así como de cosecha propia. Paralelamente el tallerista describirá lo que le está sintiendo, a donde se traslada o que recuerdos afloran al recordar la receta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general: Con esta experiencia se pretende establecer un taller de escriturо-terapia como terapia habitual en el CRP, método que pretende ayudar a forjar el autoconocimiento de las propias emociones, con el fin de alcanzar un proyecto de vida satisfactorio.
Objetivos específicos:Trabajar la recuperación de habilidades en pacientes con TMG a través de la escritura, tales como:
Compromiso con la tarea
Planificación y toma de decisiones
Aumentar la autoestima
Cooperación y trabajo en equipo
Interés por el resultado final de la tarea
Estímulo de los sentidos
Mejorar la calidad de vida

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar.
Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos a realizar, planificar y revisar la tarea.
Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas en la reunión
Talleres presenciales: dirigidos por psiquiatra/enfermera/terapeuta ocupacional/auxiliar del CRP como conductor de los emergentes psicopatológicos que se estén movilizando
Contactar con diversos recursos de la ciudadanía: profesionales de la literatura, cocineros/profesores de cocina solicitado su colaboración.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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 (usuarios) al inicio y al término de cada taller
3. Edición del libro

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se realizará entre el año 2015/2016 en distintas fases:
1ª FASE DE MAYO A SEPTIEMBRE de 2015:
Creación del grupo de trabajo y distribución de las tareas
Evaluación previa de las expectativas de los pacientes
Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes donde puedan marcar los objetivos y planificar la tarea.
Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas en la reunión semanal:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 434

1. TÍTULO

CREACION DE UN TALLER DE ESCRITURO-TERAPIA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DE ULE Y PSICOGERIATRIA: "EDICION DE UN LIBRO DE RECETAS DE COCINA

Recopilación de recetas
Reflexiones/introspección
Taller de cocina y fotografía quincenal.
Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en septiembre 2015
2ª FASE DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2015:
Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes donde puedan marcar los objetivos y planificar la tarea.
Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas
Tareas administrativas (informáticas)
Selección de las recetas
Reflexiones/introspección
Taller de cocina y fotografía quincenal
Reunión mensual de los profesionales del proyecto
Participación de cocineros reconocidos
Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en diciembre 2015
3ª FASE DE ENERO A MAYO DE 2016:
Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes consensuando la tarea
Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas
Diseño gráfico del libro
Búsqueda de financiación
Creación por parte de los usuarios de la portada y contraportada
Presentación oficial del libro
Evaluación:
De la tarea y cumplimiento de objetivos en mayo 2016 por parte del responsables
Pasar de nuevo la encuesta de satisfacción a los pacientes, comparandola con la encuesta inical.
Evaluación final y memoria del proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PALABRA
OTRA PALABRA CLAVE 2. ESCRITUROTERAPIA
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 742

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CUADERNO DE TRABAJO TEORICO-PRACTICO PARA USUARIOS DE CENTROS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL (CRP)

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL GARCIA GOMEZ
· Profesión ..... PSICOLOGO/A CLINICO
· 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

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA NECESIDAD DE ORDENAR Y APORTAR UN MATERIAL ESTRUCTURADO Y TANGIBLE PARA LOS USUARIOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Reuniones mensuales de los miembros del equipo de mejora para la revisión del proyecto.
1.Identificación y priorización de las áreas y conocimientos a incluir en el cuaderno
2. Revisión bibliográfica.
3. Selección de los contenidos teóricos
4.Elaboración y/o selección de los ejercicios prácticos asociados a la información teórica
5. Redacción de la primera y segunda parte.
6.Elección del formato del cuaderno: material, tamaño, etc

Los indicadores son los siguientes
1. Selección de los contenidos teóricos prácticos: Si
2. Selección del formato del cuaderno: si
3. Impresión del primer cuaderno: No

Se han llevado dos de las tres partes previstas del proyecto

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Acabar la última parte del proyecto.
2. Imprimr el cuaderno
3. Aplicarlo con los usuarios de la UME

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Ordenar el material.
2. Presentarlo de forma didáctica y al nivel de los usuarios.
3. búsquedade feedback de los demás miembros del equipo de la UME
3. Edición e impresión del cuaderno

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Realización de la tercera parte. SI/NO
2. Edición de todo el cuaderno
3. Impresión del cuaderno
4. Aplicación a un usuario de la UME

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Agosto de 2015

Realización de la tercera parte: Agosto-diciembre
Edición: Diciembre-Abril
Impresión: Mayo
Aplicación: Mayo

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Usuarios CRP

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 533

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. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· GRACIA BERCERO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· SANTISO SANZ MIGUEL. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 adaptarlo al Plan Estandarizado de Cuidados con nomenclatura NANDA, NIC y NOC.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Elaborar el Plan de Cuidados Estandarizado con los Diagnósticos e Intervenciones más frecuentes.
2.- Implantación del Plan Estandarizado dentro del Área de Enfermería en el P.I.R.
3.- Evaluación a los 6 meses de su implantación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Se realizará una reunión del equipo para la selección de los Diagnósticos, y la distribución de ellos entre los participantes para la selección de las intervenciones más frecuentes.
2.- Se realizará en equipo, el documento de donde se pueda exportar al Plan Individual de Rehabilitación individualizándolo.
3.- Implantación en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros"
4.- Evaluación a los 6 meses, del Plan Estandarizado de Cuidados Enfermería.
5.- Modificación si precisa, tras la evaluación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Realizar el documento: Plan Estandarizado de Cuidados de Enfermería.
2.- Evaluación mediante reuniones del equipo, bimensuales.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Realizar el documento: Plan Estandarizado de Cuidados de Enfermería.
2.- Evaluación mediante reuniones del equipo, trimestrales.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 458

1. TÍTULO

CREACION DE UN TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

2. RESPONSABLE ..... LUISA HERNANDEZ DE ANDRES
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA BERCERO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. MEDIA ESTANCIA
· SANTISO SANZ MIGUEL. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· BELENGUER ABIAN CRISTINA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE Y PSICOGERIATRIA
· MORCILLO GRANADOS MARIA ISABEL. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE Y PSICOGERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Si bien el acceso al trabajo es un derecho universal, no siempre puede ejercerse plenamente, ya que no todas las personas tienen las mismas capacidades y oportunidades de participación en el mercado laboral.
Las discapacidades predominantes en el colectivo de personas con trastorno mental obstaculiza el desarrollo del proyecto vital y de igualdad de oportunidades con el resto de la sociedad.
El objetivo principal de este proyecto es la creación de un taller pre-ocupacional en el CRP, orientado al desarrollo de la capacidad productiva de la persona con TMG.
El trabajo es un elemento de gran valor social que configura la vida de las personas:
Organiza el tiempo vital.
Fomenta determinados hábitos de conducta.
Dota de identidad a las personas y las integra en un grupo social
El rol de la persona trabajadora desplaza al de persona enferma
Facilita el desarrollo de relaciones y redes sociales
Favorece la autosuficiencia económica y la independencia social.
Mejora la satisfacción personal y la calidad de vida
Mejora la autonomía de las personas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general: Con esta experiencia se pretende establecer un taller pre-ocupacional como terapia habitual en el CRP, trabajando la recuperación de habilidades en pacientes con TMG.
Objetivos específicos:
Trabajar aspectos como:
Desarrollo cognitivo, elemento organizador de la vida y vehículo de relaciones sociales
Actividad productiva
Autoestima a través del rol de trabajador
Compromiso con la tarea
Planificación y toma de decisiones
Cooperación y trabajo en equipo
Mejorar la calidad de vida
Iniciación el mercado laboral/ocupacional

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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 hábitos laborales básicos, de habilidades para la elaboración de productos y realización de trabajos (limpieza, reparto y buzoneo)
ACTIVIDADES PRODUCTIVAS, en función de las demandas de las peticiones del entorno 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...)
RECONOCIMIENTO AL ESFUERZO, les permitirá sentirse miembros activos y valorados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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 (usuarios) al inicio y al término de cada taller
3, Existencia del producto artesanal y exportación a la comunidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se realizará entre el año 2015/2016, fases:
1ª FASE DE MAYO A SEPTIEMBRE de 2015:
1. Creación del grupo de trabajo y distribución de las tareas
2. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 458

1. TÍTULO

CREACION DE UN TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

3. Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos a realizar y planificar la tarea
4. Una sesión semanal de trabajo artesanal:
5. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora.
6. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en septiembre 2015
2ª FASE DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2015:
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. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en diciembre 2015
3ª FASE DE ENERO A MAYO DE 2016:
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:
Búsqueda de financiación
De la tarea y cumplimiento de objetivos en mayo 2016
Se pasará de nuevo la encuesta de satisfacción/expectativas a los pacientes, comparándola con la encuesta inicial.
Evaluación final y memoria del proyecto

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. TRABAJO
OTRA PALABRA CLAVE 2. PERSONA
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 625

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA EN EL CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" DE HUESCA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FAU MARTINEZ JUANA MARIA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
· MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· ARTERO GUILLEN BELEN. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
· MARCO OREA SAGRARIO. MEDICO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE Y PSICOGERIATRIA
· JUNCOSA AIN CARLOS. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
· SALINERO SANTOLARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
· ARBOL JIMENEZ JAIRO. CELADOR/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE Y PSICOGERIATRIS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP) se define como un dispositivo sanitario de carácter hospitalario diseñado para cumplir las funciones de tratamiento, rehabilitación y contención de los pacientes que residen en él, todos ellos afectos de Trastorno Mental Grave. En este contexto los programas de acogida y enganche para los usuarios y sus familiares tienen por objeto dar a conocer el funcionamiento y los objetivos del trabajo del CRP, así como integrar al usuario en la dinámica del centro, acompañándole y motivándole durante los primeros momentos de su estancia.
Se valoró como importante la organización de un programa de acogida para el CRP " Santo Cristo de los Milagros", incluyéndose la elaboración de dicho protocolo en los últimos programas de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la calidad en el Servicio Aragonés de la Salud.
A la vez que se han ido llevando a cabo algunas acciones del protocolo, han ido surgiendo nuevas dificultades prácticas en su implementación (presión asistencial elevada, limitación de recursos en la red, debiendo incluso asumir carga asistencial de otros sectores sanitarios, problemática legal, utilización del centro para cumplimiento de medidas sustitutivas privativas de libertad...) surgiendo dificultades logísticas que habría que intentar subsanar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Continuando con el trabajo en equipo previo, se han intentado aplicar las acciones de bienvenida y acogida a todos los pacientes.
Así mismo, dentro del protocolo, se ha hecho hincapié en el trabajo previo al ingreso, tanto con el paciente y con la familia, como con otros dispositivos de la red de salud mental, cuando ha sido posible. Se ha trabajado, en forma de equipos multidisciplinares.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera que se aplique el protocolo de acogida al 100% de los pacientes y familiares que ingresan en el CRP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para implementar el protocolo se plantean como estrategias:

Mantenimiento del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo del CRP. Nueva reestructuración del mismo debido a frecuentes situaciones de variación de trabajadores.
Si se considera precisa, creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos que lo requieran.
Reuniones periódicas de dichos grupos para implementar el protocolo
Contactos con otros recursos de la red de salud mental del sector implicados en el proceso del Trastorno Mental Grave, mediante reuniones, aportación de información, del material escrito elaborado para el protocolo...
Contactos con otros recursos de la red de salud mental de otros sectores implicados en el proceso del Trastorno Mental Grave, especialmente Centros de Rehabilitación Psicosocial, mediante reuniones, aportación de información, experiencias propias, del material escrito elaborado para el protocolo...
Contactos con otros recursos de Salud Mental, especialmente Centros de Rehabilitación Psicosocial de otros Servicios de Salud sobre todo vía internet, para aportación de información y experiencias propias, del material escrito elaborado para el protocolo...
Contactos con otros dispositivos ajenos en principio a la red de salud mental (Instituto Aragonés de Servicios sociales, administración de justicia...) , mediante reuniones, aportación de información

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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

Nº de nuevos pacientes (ingresos) con protocolo de acogida realizado/Nº de ingresos X 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración de Mayo de 2015 a Mayo de 2016. Mínimo una reunión al mes.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 625

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA EN EL CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" DE HUESCA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 623

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE Y PSICOGERIATRIA
· LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· ZAMORA OPERE CONSUELO. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· JUNCOSA AIN CARLOS. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
· CHARTE GASCON MARTA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. CONSULTA EXTERNA
· SALINERO SANTOLARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La disfagia no es una enfermedad en si, sino más bien un síntoma de otras enfermedades. Su prevalencia en la población general es entre un 6-9% pero en pacientes institucionalizados aumenta hasta el 60%.
Este proyecto surge de la observación del aumento de episodios de atragantamiento sufridos por nuestros pacientes en el CRP.
Existen numerosos factores de riesgo que hacen que la prevalencia de disfagia sea elevada en nuestro centro secundarios a las complicaciones asociadas a la enfermedad mental, tales como:
Efectos secundarios de los antipsicóticos: síntomas extrapiramidales, reacciones distónicas agudas, síndrome parkinsoniano, acatisia, síndrome de rabbit, discinesia tardía .
Sedación como efecto secundario farmacológico
Mal estado de la dentadura
Alteraciones de comportamiento (oralidad desmesurada, pica)
Elevada edad con deterioro cognitivo
Comorbilidad neurológica y dependencia funcional

Las complicaciones derivadas de la disfagia tienen importante repercusión en el enfermo y en el sistema sanitario:
Atragantamientos graves
Infecciones respiratorias reiteradas o graves por el paso del alimento a vias respiratorias
Desnutrición o deshidratación por no ingerir los alimentos/liquidos necesarios
Pérdidas de peso y debilidad muscular
Ingresos hospitalarios con la consiguiente repercusión humana, sanitaria, social y económica, además de la alta tasa de mortalidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo general: tratamiento nutricional de la disfagia manteniendo un adecuado estado de nutrición e hidratación y una alimentación sin riesgos.
Objetivos específicos:
Disminuir o evitar los problemas como el atragantamiento y/o la aspiración.
Mantener un buen estado nutricional y una correcta hidratación.
Facilitar la deglución con maniobras dietéticas adecuadas a la capacidad individual de masticar y deglutir
Satisfacción del paciente: que la hora de comer sea lo mas agradable posible y que se mantenga la alimentación oral el mayor tiempo posible

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de un Equipo interdisciplinar interesado en la mejora del manejo de esta patología formado por: enfermeras, terapeuta ocupacional, médico facultativo, logopeda y auxiliares de enfermería.
Búsqueda bibliográfica, búsqueda de la evidencia y selección de estudios.
Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar, si se considera preciso, creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos.
Difusión de los Resultados de los estudios preliminares a todo personal de psicogeriatría.
Adecuación y creación de las dietas disfagia , la elaboración de carteles informativos colocados en la cabecera del enfermo.
Elaboración de estrategias de mejora en la formación del personal que atiende al paciente hospitalizado.
Valoración al final del año de la eficacia de las medidas tomadas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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

2-Existencia de la dieta disfagia

3-Grado de aplicación:
Pautar la dieta al 100% de pacientes afectados por disfagia grave
Nº de dietas disfagia prescritas/Nº de pacientes afectados disfagia x100

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 623

1. TÍTULO

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

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1ª FASE DE MAYO A SEPTIEMBRE de 2015:
Creación equipo interdisciplinar.
Reuniones del equipo se mejora (1 al mes)
Búsqueda bibliográfica y selección de estudios sobre el tema.
Elaboración estrategias de mejora.
Sesiones divulgación de resultados estudios previos.
Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en septiembre 2015 por parte del responsables
2ª FASE DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2015:
Puesta en marcha estrategias de mejora.
Sesiones de trabajo para la creación de la dieta disfagia
Sesiones formación del personal.
Impresión Guía-folleto para cuidadores
Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en diciembre 2015 por parte del responsables
3ª FASE DE ENERO A MAYO DE 2016:
Presentación de la dieta a la comisión de dietetica y nutrición del CRP
Implantación de la dieta disfagia en nuestro centro
Seguimiento de cumplimiento y observación de las dificultades que surjan.
Evaluación fi

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD DEL PACIENTE

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PSICOGERIATRIA
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 220

1. TÍTULO

PLAN DE DECISIONES CONSENSUADAS

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.
· GÜERRE OTO MARIA NIEVES. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· MOYA PORTE TERESA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· NUÑEZ CAMARA HEMBERLY DERECK. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· SANDER ZUÑIGA ROLF CHRISTIAN. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· CERDEÑO GUERRERO VIVIANA. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· GORGAS SORIA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro hospital, Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, a menudo se tienen que tomar decisiones acerca de cuidados del paciente que no siempre quedan claras en la historia clínica. Además, hay profesionales que estando de guardia pueden encontrarse con situaciones complejas que requieren una rápida respuesta que no siempre va en la línea de lo que el médico responsable del paciente piensa.
A este respecto, y tras un rotatorio externo en varios hospitales en Edinburgo, se importa su “Anticipatory care plan”, y se añaden items con la finalidad de facilitar la toma de decisiones, para que todos los profesionales, conozcan o no al paciente, trabajemos en la misma línea.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera conseguir facilitar la toma de decisiones, evitando la variabilidad que se genera en dependencia de quién sea consultado. Además, se pretende asegurar la mejor atención basada en el paciente y consensuada con él, con su familia y los profesionales, esperando conseguir con ello una optimización en el uso de recursos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A partir del modelo “Anticipatory care plan”, utilizado en Escocia para facilitar la toma de decisiones en el cuidado del paciente. Se trata de un cuadro con los siguientes items: si el paciente es o no subsidiario de reanimación cardiopulmonar, si hay que hacer despistaje de infecciones en el caso de que el paciente presente clínica compatible, si es necesario canalizar nuevas vías en caso de pérdida de las mismas o si las decisiones se han tomado de acuerdo con el paciente y su familia.
Con dicho modelo, y tras la reunión de un grupo multidisciplinar (medicina y enfermería) se elabora un cuadro de decisiones llamado PLAN DE DECISIONES CONSENSUADAS en el que se tienen en cuenta los siguientes aspectos:
Subsidiario de reanimación cardiopulmonar
Despistaje de infecciones
Canalización de vía subcutánea o endovenosa
Aplicación del protocolo de delirium
Subsidiario de traslado a urgencias
Las decisiones se han tomado consensuadas con el paciente/ familia
Comentarios (donde se puede añadir lo que el profesional considere oportuno, como por ejemplo el fármaco a utilizar en el caso de que no sea oportuno aplicar el protocolo de delirium o si debería evitarse el uso de sondas nasogástricas)
Firma del profesional
Este cuadro formará parte de la historia clínica del paciente, cumplimentándose en el momento del ingreso y con revisiones semanales (durante las reuniones de equipo) o en caso de que existieran cambios en la evolución clínica. Siempre se indicará la fecha en la que se realizan los cambios. Se pretende que se localice en la primera página de la historia en papel para asegurar el acceso al mismo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Grado de cumplimentación: Porcentaje de pacientes con el Plan de decisiones consensuadas cumplimentado entre el total de pacientes ingresados. Se espera un grado de cumplimentación mayor del 60%
Grado de satisfacción del personal, al finalizar el año realizaremos una encuesta para valorar la efectividad de esta medida.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el mes de mayo se elaborará el cuadro, distribuyéndose en todas las plantas del hospital, tras la presentación en sesión clínica para explicar en qué consiste y cómo debe cumplimentarse. Se propone un año completo de seguimiento y tras finalizar el mismo (mayo de 2016) realizar la encuesta de satisfacción y valoración de la efectividad de la medida.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 220

1. TÍTULO

PLAN DE DECISIONES CONSENSUADAS

OTRA PALABRA CLAVE 1. Decisiones consensuadas
OTRA PALABRA CLAVE 2. anticipación de decisiones
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 066

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE ANCIANO CON DELIRIUM

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL RODRIGUEZ HERRERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANDER ZUÑIGA ROLF CHRISTIAN. MIR GERIATRIA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· MORLANS GRACIA LUCIA. GERIATRA. H SAN JORGE. GERIATRIA
· GÜERRE OTO MARIA NIEVES. GERIATRA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· UBIS DIEZ ELENA. GERIATRA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE. JEFE DE SERVICIO GERIATRIA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El delirium o síndrome confusional agudo es uno de los grandes síndromes geriátricos.
Su presencia:
1. revela la existencia de un cerebro lesionado,
2. puede interferir en el tratamiento del paciente que lo padece,
3. supone una prolongación de la estancia y de la enfermedad,
4. puede incluso poner en peligro la vida del paciente y dar lugar a secuelas cerebrales.
Requiere por todo ello, una intervención rápida.
El hecho de ser un cuadro de corta duración hace que existan pocos estudios epidemiológicos al respecto y que los que existan lleguen a resultados discrepantes.
En el abordaje del delirium ha de ser desde tres perspectivas fundamentales:
1. Medidas para corregir las causas reversibles.
2. Medidas de soporte y medioambientales.
3. Tratamiento farmacológico si procede.

Los neurolépticos o antipsicóticos son los fármacos de elección para el tratamiento farmacológico del delirium.
Siempre deberán ser usados cuando las medidas de soporte y medioambientales no hayan dado resultado.
En la práctica clínica habitual se aprecia una ausencia de homogeneidad en el manejo diagnóstico y terapéutico del delirium en el paciente anciano.
La variabilidad es uno de los indicadores de ausencia de calidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos:
Plasmar en un algoritmo la secuencia de actuaciones que deben seguir los profesionales para conseguir que el paciente anciano con delirium sea atendido de forma homogénea.
Evaluar el éxito de su implantación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se crea un grupo de mejora en el que participan facultativos del Servicio de Geriatría (adjuntos y médicos internos residentes).
Se realizará una revisión bibliográfica y se resumirá en un algoritmo.
Se plasmará dicho algoritmo en un documento plastificado que se colocará todos los despachos médicos para facilitar su consulta.
Se pretende que durante el segundo trimestre del año 2015 todo el personal aplique el protocolo y lo refleje en la historia clínica del paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Algoritmo realizado y colocado en cada despacho antes de la fecha: 01/06/2015 (SI/NO)
Indicador = número de pacientes con delirium con protocolo aplicado/número de pacientes con delirium.
Objetivo: que se haya aplicado el algoritmo en el 85% de los pacientes con delirium.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo de 2015: creación del grupo de mejora, revisión bibliográfica, elaboración del documento y colocación en los despachos médicos.
Segundo semestre de 2015 (junio-diciembre): evaluación continua de la aplicación del documento.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. anciano hospitalizado

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. delirium
OTRA PALABRA CLAVE 2. anciano
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 066

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE ANCIANO CON DELIRIUM

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 076

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION NEONATAL AL HIJO DE MADRE DIABETICA EN EL HOSPITAL DE JACA

2. RESPONSABLE ..... PEDRO JESUS AGON BANZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H DE 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
· ERDOZAIN RODRIGUEZ GABRIEL. PEDIATRA. CS HECHO. PEDIATRIA
· MEAVILLA BINUE MARIA LOURDES. MEDICO/A. H DE JACA. DIRECCION
· MEDRANO LOPEZ ERIKA. GINECOLOGA. H DE JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PRADAS SANZ MARIA. ENFERMERO/A. H DE JACA. DIRECCION
· SANCHEZ MOLINA PILAR. MATRONA. H DE JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años, la falta de un Protocolo de atención neonatal al hijo de madre diabética en el Hospital de Jaca hizo aconsejable derivar estos partos al hospital de referencia. En estos casos, el Servicio de Ginecología y las matronas del Hospital de Jaca llevaban a cabo el seguimiento y el control de todo el embarazo pero, por recomendación del Servicio de Pediatría del Hospital, el parto era derivado a otro centro hospitalario. Cuando el parto era inminente y tenía lugar en el Hospital de Jaca, el recién nacido era trasladado inmediatamente al hospital de referencia junto con su madre.
Este desajuste entre la asistencia obstétrica y la asistencia neonatal ocasionaba inconvenientes para las madres y sus familias, que se veían obligadas a viajar a otra ciudad para dar a luz, atravesando un puerto de montaña y cubriendo distancias, en ocasiones, mayores a cien kilómetros. Además, también ocasionaba la infrautilización del Hospital de Jaca, que cuenta con personal sanitario especializado y dispone de toda la infraestructura necesaria para atender este tipo de partos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Objetivo principal: Recuperar en el Hospital de Jaca la asistencia a partos de mujeres embarazadas diagnosticadas de diabetes gestacional.
- Objetivo secundario: Para lograr nuestro objetivo principal, fue imprescindible diseñar, consensuar e implantar un Protocolo de atención neonatal al hijo de madre diabética, que garantizase en todo momento la seguridad del recién nacido.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Los pediatras de Jaca hicimos una revisión bibliográfica de diferentes protocolos de atención neonatal al hijo de madre diabética, y basándonos en estos protocolos, diseñamos el nuestro sin modificar las premisas más importantes. En síntesis, revisamos las complicaciones más frecuentes en el hijo de madre diabética y su tratamiento, establecimos la secuencia de actuaciones en la atención de estos recién nacidos y definimos los criterios de derivación a hospital de referencia.
2. Con la finalidad de consensuar nuestro protocolo con el personal sanitario que interviene en el parto y en los cuidados posteriores del recién nacido, entregamos una copia provisional de nuestro protocolo al Servicio de Ginecología, matronas y enfermería del Hospital de Jaca. Estos profesionales revisaron el protocolo y pudieron contribuir con sus aportaciones en la elaboración definitiva del mismo.
3. Posteriormente, presentamos el protocolo definitivo dentro del Programa de Sesiones Clínicas del Hospital de Jaca, contando con la asistencia y la participación de diferentes profesionales sanitarios.
4. Al protocolizar la atención neonatal a los hijos de madre diabética y gracias a la colaboración de todo el personal sanitario implicado, el Hospital de Jaca pudo volver a atender los partos de embarazadas con diabetes gestacional. Al mismo tiempo, se comenzó a llevar a la práctica nuestro Protocolo de atención neonatal al hijo de madre diabética, que actualmente se encuentra plenamente instaurado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de partos de madres diagnosticadas de diabetes gestacional atendidos en el Hospital de Jaca.
2. Complicaciones que aparezcan en los recién nacidos y su gravedad.
3. Respuesta al tratamiento de las complicaciones neonatales.
4. Valoración de las opiniones, sugerencias y aportaciones del personal sanitario implicado en la atención de estos recién nacidos.
5. Valoración de las opiniones, sugerencias y aportaciones de las madres y los padres de estos recién nacidos.

Desde enero de 2015 se han atendido en el Hospital de Jaca un total de 7 partos de madres con diabetes gestacional. Las complicaciones neonatales más frecuentes han sido la macrosomía (4 casos) y las hipoglucemias (4 casos). Las hipoglucemias fueron leves y asintomáticas, y cedieron con lactancia materna o fórmula de inicio. Otras complicaciones han sido la taquipnea transitoria del recién nacido (2 casos), que respondieron a las medidas habituales de soporte y la hiperbilirrubinemia en rango de fototerapia (2 casos), que respondieron a la fototerapia simple, según protocolo. Ningún recién nacido ha presentado complicaciones graves.
La valoración de la asistencia neonatal está resultando muy positiva, tanto por el personal sanitario como por las madres y los padres de los recién nacidos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La elaboración del Protocolo de atención neonatal al hijo de madre

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 076

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION NEONATAL AL HIJO DE MADRE DIABETICA EN EL HOSPITAL DE JACA

diabética tuvo lugar a finales del pasado año 2014 y su implantación definitiva comenzó en enero de 2015. Es a partir de esta fecha cuando el Hospital de Jaca vuelve a atender los partos de madres con diabetes gestacional y a sus recién nacidos. Tenemos previsto continuar estas actividades y la evaluación de las mismas de forma indefinida.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. hijo de madre diabética
OTRA PALABRA CLAVE 2. diabetes gestacional
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 559

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE MEDIDAS DE CALIDAD EN MATERIA DE GESTION DE LAS PERSONAS EN EL HOSPITAL DE JACA BASADAS EN EL MODELO CAF

2. RESPONSABLE ..... ELENA EMILIA SESE OLIVAN
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H DE JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Hospital de Jaca es el servicio público elegido para aplicar el modelo CAF de calidad, que como se argumentará a lo largo del trabajo, es el más adecuado para esta organización. De esta forma, una vez conocida la normativa a aplicar y el modelo de calidad más conveniente, se aplicarán las fases incluidas en la guía de dicho modelo, para finalmente obtener el plan de mejora.
Conseguir la Excelencia sobre Calidad de los Servicios Púbicos, es un objetivo que muchas Administraciones Públicas tienen entre sus prioridades, dado que el obtener esta calificación reporta grandes beneficios, entre los que se encuentran una mejor visión del usuario – ciudadano hacía esa organización, un ambiente de trabajo adecuado en el que se valora a sus trabajadores, y unos compromisos mínimos que deben cumplir.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. BENEFICIOS ESPERADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN Y SISTEMA DE PUNTUACIÓN.
La autoevaluación siguiendo el modelo CAF de calidad va a reportar a la organización una serie de beneficios tales como:
- Identificar fortalezas y “buenas prácticas”
- Identificar carencias, necesidades y oportunidades de mejora.
- Promover en la organización una cultura de mejora continua.
- Permitir conocer a la organización y su situación.
- Ayuda a mejorar el diseño de la estrategia y el sistema de gestión.
- Ayuda a concienciar sobre la importancia de la implicación de los jefes en el desarrollo de la organización, el desarrollo de las personas y la calidad de los servicios.
- Facilita la comparación con otras organizaciones similares.
- Prepara a la organización para obtener Sellos de Excelencia.
Se utilizará el sistema afinado de puntuación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La decisión de aplicar el modelo CAF de calidad, viene dada porque en el sector sanitario de Huesca no existe ningún centro que aplique este modelo de calidad, así que se considera una innovación, y se reconoce una muy buena efectividad en la aplicación de este modelo en otras organizaciones públicas, por lo que además de ser un modelo únicamente destinado al sector público, lo considero el más adecuado para nuestro caso práctico porque abre la puerta a una mejora en la calidad basada en un modelo más sencillo que EFQM, y ya que el Hospital de Jaca no ha trabajado en temas de calidad hasta la actualidad, es la mejor forma de comenzar el acercamiento a la excelencia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realiza la autoevaluación mediante la creación de una tabla para analizar cada apartado de los subcriterios del apartado de Personas, para ello se procede a decir si se cumple o no, y en esa misma casilla, se puntúa siguiendo el sistema de puntuación afinado para agentes facilitadores con una escala de 0 a 100.
Posteriormente se analizan las deficiencias y áreas de mejora observadas, para poder proponer y aplicar el plan de mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración de la implantación de este modelo de calidad, se estima entre dos y tres años para obtener unos resultados mínimos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. excelencia
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 2 Poco
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 620

1. TÍTULO

MEJORIA DE LA RENTABILIDAD Y SEGURIDAD CLINICA DE LA BIOPSIA HEPATICA A TRAVES DE PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS DE RADIOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA Y DIGESTIVO

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA ARGUEDAS LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORTES GARCIA LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· BERNAL MONTERDE VANESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· ALCONCHEL LAGRANJA ARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Biopsia Hepática (BH) es una herramienta fundamental en el estudio y valoración de las enfermedades hepáticas. En la actualidad ayuda también a establecer el momento evolutivo de la enfermedad hepática, tanto para dirigir el tratamiento, como para valorar la respuesta al mismo.
Dado que se trata de una técnica invasiva no exenta de morbimortalidad asociada, y que por tanto, no puede considerarse reproducible en un corto espacio de tiempo por motivos de seguridad, se hace necesario optimizar aquellos parámetros considerados de calidad tanto en la obtención de la muestra como en su interpretación, dado que existen un rango limitado de patrones histopatológicos que condicionan la necesidad de disponer y coordinar una adecuada información clínica, biológica y radiológica para una mejor interpretación de la misma, una disminución de la variabilidad inter e intraobservador y una mayor seguridad para el paciente, especialmente en aquellos casos en que por su condición clínica (trombopenia, hipocoagulabilidad,etc) o estado de antiagregación/anicoagulación precisen instaurar medidas correctoras previas.

En nuestro hospital carecemos actualmente de un protocolo coordinado entre los diferentes servicios responsables de dicho proceso (radiología, digestivo y anatomía patológico) basados en la seguridad del paciente (p.ej. contraindicaciones a la BH), la utilización de índices o parámetros histológicos de utilidad para el clínico, así como aporte de información clínica complementaria para una mejor interpretación de la BH.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Establecer un protocolo de actuación en la realización de biopsias Hepáticas realizadas en el Hospital San Jorge de Huesca
- Mejoría en la coordinación y comunicación entre las unidades de Gastroenterología y Hepatología, Anatomía Patológica y Radiología.
- Mejoría del rendimiento e interpretación de la BH para conseguir una información clínica relevante disminuyendo la variabilidad inter/intraobservador.
- Mejorar la seguridad clínica de los pacientes a los que se realiza BH para disminuir potenciales efectos secundarios relacionados con la técnica.
- Evitar repeticiones futuras de la BH potencialmente evitables de una exploración invasiva mejorando la seguridad del paciente.
- Mejorar la eficiencia del proceso disminuyendo el número de exploraciones no realizadas por preparación inadecuada/contraindicaciones o el coste asociado a repetir BH.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizaran reuniones periódicas entre los servicios de radiología, anatomía patológica y hepatología para revisión de las guías de práctica clínica y estado actual de los criterios de calidad en la BH, así como revisión de índices histológicos más adecuados en cada entidad clínica. La finalidad de dichas reuniones será la elaboración de un protocolo de actuación transversal sobre la BH dónde consten las siguientes intervenciones:
- Por parte de la sección de Hepatología se establecerá metodología de derivación detallando información clínica significativa y sospecha diagnóstica, datos analíticos relevantes, potenciales contraindicaciones y uso de fármacos antiagregantes/anticoagulantes. Se informará al paciente y se proporcionará consentimiento informado.
- Por parte de radiología se elaborará informe de la técnica y se comprobará que existen criterios de calidad acordados en cuanto a la obtención de la muestra
- Por parte de Anatomía Patologica se establecerá modelo de informe estandarizado para biopsia hepática con criterios de calidad acordados

Se estima que el documento pueda estar elaborado en un plazo máximo de 4 meses para lo cual se llevarán a cabo reuniones presenciales cada 4-6 semanas, independientemente de la coordinación y elaboración del documento vía correo electrónico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se llevará a cabo un registro clínico para establecer un seguimiento del cumplimiento del protocolo una vez instaurado y posibles efectos adversos o incidencias relacionadas con la falta de adherencia al mismo. Se procederá a una evaluación de resultados a los 6 meses desde su implementación para valorar resultados y posibles mejoras del mismo.

- Indicador 1: Porcentaje de cumplimiento protocolo BH= pacientes sometidos a BH con informe clínico,

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 620

1. TÍTULO

MEJORIA DE LA RENTABILIDAD Y SEGURIDAD CLINICA DE LA BIOPSIA HEPATICA A TRAVES DE PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS DE RADIOLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA Y DIGESTIVO

radiológico y anatomopatologico cumplimentado /número de biopsias hepáticas x 100. Consideramos valor estándar igual o superior al 85%
- indicador 2: número de procedimientos suspendidos por contraindicaciones relativas a preparación previa inadecuada/número de BH x100. Estándar <10%
- Indicador 3: Eventos adversos evitables definidos como complicación del procedimiento relacionado con preparación inadecuada. Estándar = 0

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Consideramos que el protocolo final estará disponible en un plazo no superior a 4 meses desde la aprobación del programa de calidad y su puesta en marcha en la práctica clínica. En Marzo de 2015 se revisarán los informes realizados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 282

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE. DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION AL ALTA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ARTERO BELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERGUA MARTINEZ CLARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ALINS RAMI IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· CAÑARDO ALASTUEY CLARA. MIR. H SAN JORGE. ATENCION PRIMARIA
· CABALLERO NUÑEZ SONIA. MIR. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· BARRADO JIMENEZ JENNIFER. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· GIRAL ROAS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Muchos de los procesos que se llevan a cabo a la hora de dar el alta a un paciente son cruciales en su seguridad. Una inadecuada planificación, falta de coordinación entre el personal de enfermería y el médico responsable, así como con el resto de servicios clínicos pueden derivar, en mayores reingresos, efectos adversos y en insatisfacción del paciente y familiares.
La mayoría de los enfermos ingresados en la unidad de cardiología son enfermos complejos con múltiples factores de riesgo cardiovascular, polimedicados, muchas veces antiagregados y anticoagulados con alto riesgo de sangrado, donde a la hora del alta es muy importante una coordinación entre el médico responsable y el personal de enfermería para realizar en conjunto una educación al paciente en cuanto a modificar el estilo de vida, conocer los fármacos que usa y sus riesgos, aprender su manejo... Muchas veces las prisas y la falta de sistematización, presuponen determinadas cosas que dan lugar a errores como por ejemplo dar por hecho que la enfermera tiene constancia que el paciente es dado de alta en tratamiento anticoagulante con acenocumarol cuando no es así, por lo que no se le facilita la hoja de control y por consiguiente el paciente deja de tomarlo. Éste error y otros han sido notificados en nuestro medio y han comprometido la seguridad del paciente.

Mucha de ésta información no queda reflejada en el informe de alta, por todo ello hemos diseñado un listado de verificación donde se registran una serie de actividades en relación con la información, educación y medicación del paciente, que consideramos importantes para su seguridad. Debe rellenarse en todos los pacientes previa al alta para favorecer la comunicación y coordinación, nos recuerden los pasos que debemos dar, aporte orden, estandarización y sistematización a las tareas y por consiguiente aumente la seguridad del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La finalidad de esta lista de verificación previa al alta (Cheklist) es reforzar y asegurar los elementos que garantizan la seguridad del paciente, fomenta la comunicación efectiva entre los profesionales de salud y el trabajo en equipo. Involucra a todos, es breve, simple, pero a la vez se modifica y adapta a las necesidades de cada paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se va a diseñar un checklist (lista de tareas), que consta de 2 partes:
-La primera (antes del alta): diseñada para planificar con antelación diferentes actividades previas al alta como son la educación del paciente en el manejo y aprendizaje de algunos fármacos que la precisan (inhaladores, insulina), realización de interconsultas a otra unidad (hematologia, endocrinología...), por lo que debe de ser completada por el médico responsable con un mínimo de 24 horas previa al alta.
-La segunda (día del alta), contiene unos apartados en relación con la información que se le debe aportar al paciente tanto por parte del médico como de enfermería, medicación importante, manejo de fármacos, fecha de revisión en consulta…..

Se intentará diseñar un formato único papel/ electrónico (gacela) que será compartido tanto por el médico responsable como por el personal enfermería y deberá ser completado antes de las 14:00 horas del día del alta. El médico responsable será el encargado de comprobarlo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se van a obtener dos indicadores para monitorizar el proyecto:
1)Porcentaje de pacientes con cheklist completado. El día 15 y 30 de cada mes se seleccionarán al azar 10 pacientes dados de alta en ese periodo para comprobar si tienen completada la lista de verificación.
2)Reducción en el numero de incidentes por paciente, registrado previo y tras la implantación. Se realizará un registro de incidencias el mes previo a la implantación que también ayudará a completar el diseño del mismo y otro registro tras la puesta en marcha para valorar la reducción de las mismas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto completo tiene una duración de 9 meses que se divide según el siguiente cronograma:
1)Registro de incidencias previo a la implantación: Junio del 2015.
2)Diseño y pilotaje de la lista de verificación: Julio y Agosto del 2015
3)Implementación: Septiembre del 2015.
4)Desarrollo: Octubre, Noviembre y Diciembre del 2015
5)Evaluación y resultados: Enero y febrero del 2016

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 282

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE. DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION AL ALTA

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 137

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA MEJORA DE LAS INFECCIONES DE LOS CATETERES CENTRALES COMO ACCESO VASCULAR PARA TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL MEDIANTE HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO BELLIDO RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GABAS CUELLO MONTSERRAT. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· MONTUENGA GRACIA JUDITH. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· BAILO GIL MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· GALVE PASTOR TERESA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· GENERELO LANASPA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· DOMINGO FUERTES PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· PASCUAL RAMI CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A pesar de los numerosos avances técnicos que se han producido en el Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) mediante Hemodiálisis, la obtención de un acceso vascular (AV) sigue siendo la "piedra angular" sobre la que se sustenta/cimenta la correcta realización de una buena o mala diálisis; es decir, de la realización de un correcto tratamiento dialítico.
De nada vale tener las técnicas más avanzadas si no se dispone de un buen/adecuado acceso vascular. La existencia de un AV adecuado para HD es fundamental para garantizar un buen resultado clínico y una buena calidad de vida y supervivencia de los pacientes.
No existe discusión acerca de que el mejor/más idóneo acceso vascular es la fístula arterio-venosa autóloga (FAVI)1,6, pero el tipo de acceso vascular depende de muchos factores como es la urgencia de iniciar el tratamiento sustitutivo renal, la anatomía vascular individual de cada paciente, su expectativa de vida, sus preferencias, la consecución de accesos vasculares previos infructuosos u otros antecedentes patológicos.
Los principales problemas a la hora de obtener una FAVI pues no son otros que la edad avanzada de los pacientes incidentes, obesidad, sexo femenino, mayor comorbilidad de los mismos -especialmente la presencia de diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares- que al aumentar la expectativa de vida aumenta el número de pacientes con comorbilidades severas, la llegada del paciente a la unidad de ERCA más tarde o su no llegada, seguimiento no adecuado de las disfunciones del acceso vascular, la baja disponibilidad de un equipo multidisciplinar (factor centro) compuesto por nefrólogos, cirujanos vasculares y radiólogos intervencionistas -especialmente cirujanos vasculares- que permitan la realización y reparación rápida de las FAVIs.
La implantación y uso de CVC como acceso vascular se ha asociado a un aumento de trombosis del AV, menor supervivencia del AV, mayor número de infecciones -Bacteriemias/septicemias, Neumonías, infecciones metastásicas, Osteomielitis, Endocarditis- y mortalidad -mediada esta por el aumento de las infecciones, la menor dosis de diálisis ofrecida, mayor recirculación y menores flujos de sangre, aumento de la anemia por aumento de la resistencia a la eritropoyetina y mayor malnutrición/inflamación (Síndrome MIA).
Así pues el acceso vascular de elección es la FAVI autóloga o nativa debido a que proporciona altos flujos para diálisis, minimiza las infecciones y tiene mayor tasa de supervivencia.
Pero la realidad de los AV es muy distinta de la que querríamos tener en nuestros centros de diálisis y hospitales, y esto no es un problema regional sino que afecta a todos los países, si bien de forma asimétrica, pues dentro de cada país y aún dentro de cada ciudad va a depender de muchos factores, pero especialmente del factor centro, tal y como nos lo indican las guías americanas, europeas y españolas.
Hasta tal punto este hecho es tan importante y supone un reto no solo en el tratamiento del paciente, como en su morbi-mortalidad que voy a dar algunos datos: en EEUU en el año 2004 más de 200.000 personas necesitaron HD, estimándose que alrededor de 250.000 eran insertados por año. Por otro lado, un 60% de los pacientes que iniciaron HD (incidentes) lo hicieron mediante un catéter y un 30% de los pacientes que reciben HD de mantenimiento (prevalentes) lo hacen con un catéter. En Europa la incidencia es menor, oscilando entre un 15 y un 50%. En ese momento en España se vió que los CVC eran el 1er acceso vascular, estimándose una implantación anual de 12.000 CVC en su mayoría temporales (60%), si bien en aquel momento el acceso definitivo era la FAVI en el 81% de los casos. Esto actualmente ha cambiado y mucho, pero desgraciadamente para peor.
Voy a exponer en base a las guías americanas (KDOQI) y españolas, que son todas muy semejantes a las europeas, lo que se han observado en distintos estudios españoles (tanto del ámbito nacional como de diferentes comunidades autónomas) como internacionales (Estudios DOPPS III, DOPS IV, ANSWER) a nivel de incidencia y prevalencia de FAVIs y CVCs, y lo voy a comparar con los de nuestro centro en diferentes años y en promedio (que en el estudio publicado en 2008 ya participó) así como con las recomendaciones hechas por las sociedades:
Como resultado de estos hechos se han establecido en forma de Indicadores de calidad una serie de recomendaciones que para las KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives) son: Pacientes incidentes con FAVI nativa en HD debe de ser >50% y el número de pacientes prevalentes portadores de CVC debía ser <10%. Para la SEN : Porcentaje de pacientes incidentes con FAVI nativa debe ser>80%, con FAVI protésica <10%, CVC temporales <10% y CVC permamentes < 10%. Porcentaje de pacientes PREVALENTES con FAVI nativa >75-80%, FAVI protésica <10-12%, CVC temporales <10% y CVC permanentes <10%. Los datos de incidentes FAVI y prevalentes FAVI protésica son dos en función de la Guía de la SEN menos restrictiva15 (2006) y otra más restrictiva, realizada más tarde (2008), que son las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Calidad en Nefrología de la S.E.N. (Sociedad Española de Nefrología). Puedo decir que en el estudio publicado por este Grupo de Trabajo, en el que nuestro centro participó ningún centro alcanzó el objetivo de pacientes incidentes con FAVI nativa, solo el 85,7% lo consiguió con FAVI protésica, el 42,8% con CVC temporal y solo el 28,5% con CVC permanente. En el

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 137

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA MEJORA DE LAS INFECCIONES DE LOS CATETERES CENTRALES COMO ACCESO VASCULAR PARA TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL MEDIANTE HEMODIALISIS

objetivo de pacientes PREVALENTES con FAVI nativa solo lo alcanzó el 19%, con FAVI protésica el 71,4%, con CVC temporales el 80,9% y CVC permanente el objetivo solo lo alcanzó el 14,2%.
Voy a exponer datos de diferentes centros y estudios confrontados con las recomendaciones americanas y españolas.
ACCESOS VASCULARES INCIDENTES***
De los datos expuestos se puede inferir la progresión no solo en nuestro medio sino en todos las Unidades de TRS mediante HD, la situación en aumento de la mayor prevalencia de CVC. Lo que nos hace volver a recordar datos relacionados con el AV mediante CVC, la HD mediante CVC frente a FAVI:
Un riesgo relativo de muerte que es el doble al triple mayor.
Un riesgo relativo de bacteriemia que es por lo menos siete a diez veces mayor.
Una menor probabilidad de diálisis adecuada.
Un mayor número de procesos relacionados con el acceso vascular.
Aumento de la tasa de hospitalización.
Las infecciones son la primera causa de morbilidad y la segunda causa de muerte en los pacientes en TRS, que como hemos visto son mucho más frecuentes y graves en los pacientes portadores de CVC que en los que tienen FAVI. Muchos son los estudios que lo demuestran, y que no voy a entrar en ellos, especialmente entre la población anciana.
También se ha observado lo contrario, es decir una disminución de la mortalidad en un 50-59% en aquellos pacientes que pasaron de dializarse con CVC a FAVI.
Los principales problemas infecciosos que objetivamos son:
Infección del orificio de salida del CVC.
Tunelitis de los CVC permanentes tunelizados.
Infección/colonización del CVC siendo este el caso mas grave, que va a dar la aparición de bacteriemias asociadas al catéter de HD, las otras infecciones también la pueden provocar pero en menor medida, y que en dependencia del germen puede requerir la retirada del CVC.
Relacionadas con las anteriores y especialmente con la última se nos van a presentar las infecciones metastásicas:
Sepsis.
Neumonías.
Endocarditis bacterianas.
Osteomielitis.
Otras infecciones metastásicas en otras zonas de tejidos blandos, calcificados o no y desvitalizados o no, con formación de ulceras y/o gangrenas en algunos casos.
Las tasas de bacteriemias asociadas a CVC en EEUU oscilan entre los 2,5 y 5,5 casos/1000 pacientes-días o, como también se valora frecuentemente en Nefrología -SEN-, entre 0,9 y 2,0 episodios/paciente-año y esto desgraciadamente se viene observando desde 2004, lo que han supuesto un aumento de la tasa de hospitalización por bacteriemias asociadas a CVC del 29% y del 24% por celulitis27; todo ello sin contar con las altas tasas de tratamiento antibiótico que reciben los pacientes sin requerir ingreso, especialmente vancomicina (78%) y ceftazidima, que llegan al 4,4% paciente/mes en el caso de vancomicina. No dispongo de datos de estudios en España de forma global, pero en el área sur de Gran Canaria la tasa de bacteriemias asociadas a CVC en 2008 fue de 4,4 episodios/paciente-año.
En nuestro centro la tasa de infecciones en el año 2014 fue de 1,77 episodios/paciente-año para CVC Permanentes (tunelizados) y de 4,19 para CVC Temporales (no tunelizados) (las tasas han oscilado en nuestro centro desde el año 2009 hasta el 2014 desde 0,40 hasta 2,04 para CVC Permanentes y desde 1,74 hasta 4,48 episodios/paciente-año para CVC Temporales, en los que el aumento de incidencia y prevalencia de dichos accesos vasculares ha influido y mucho en el aumento de las infecciones bacterianas relacionadas con ellos).
Así en el año 2014, en nuestra unidad de TRS, 35 pacientes han llevado CVC, de ellos 3 pacientes han llevado CVC permanentes y temporales en algún momento, 4 pacientes solo han llevado temporales y el resto 28 pacientes solo permanentes. 6 pacientes han llevado más de un catéter, 1 pacientes 5 (1p+4t), 1 paciente 6 (3p+3t), 1 paciente 2 p, 3 pacientes 2. En total se han objetivado 34 episodios en CVC permanentes y 14 en CVC temporales. De los 35 pacientes: 19 pacientes no han presentado infección del CVC y 16 pacientes la han presentado, pero es cuestión de tiempo el que la incidencia de infecciones aumente. El año 2014, 4 pacientes portadores fallecieron de sepsis relacionada con el CVC (>10% de los portadores de CVC) pero además hay un 5º paciente que llevo CVC temporal mientras se desarrollaba la FAVI que presento endocarditis bacteriana que le causó la muerte y que no queda claro si la misma se inició desde el CVC temporal -lo más probable- o desde la FAVI.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se pudo realizar el proyecto de mejora hasta finales de diciembre de 2014 debido a que no se pudo disponer de la mayoría del material solicitado incluido en el nuevo protocolo que se iba a implementar en dicho proyecto. Por ello los resultados que exponemos a continuación son los obtenidos en el espacio de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 15 de mayo de 2015 y, aunque el tiempo estudiado es pequeño, los resultados han sido realmente muy satisfactorios, y realmente inesperados, para este tiempo, algo mayor de un tercio del año:
Tasa de Infecciones de catéteres permanentes: 0,11 episodios/paciente-año.
Tasa de Infecciones de catéteres temporales: 0,44 episodios/paciente-año.
Aún así queda todavía parte del protocolo sin aplicar por falta del material adecuado, especialmente en lo relativo a las soluciones de sellado (bloqueo) intracatéter preventivas (“lock solutions”).

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejoría del nº de infecciones/bacteriemias asociadas al catéter permanente de Hemodiálisis (tasa de infección menor o igual a 2.0) y las asociadas al catéter temporal (tasa de infección menor o igual a3.0)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 137

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA MEJORA DE LAS INFECCIONES DE LOS CATETERES CENTRALES COMO ACCESO VASCULAR PARA TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL MEDIANTE HEMODIALISIS

Mejoría del nº de infecciones en el punto de inserción del catéteteres
Disminución del nº de eventos graves/ingresos asociados tanto a BACHD.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implementación de los protocolos definidos para el proyecto de mejora:
Protocolos de conexión y desconexión de catéteres
Protocolo de tratamiento de bacteriemias/infecciones asociadas al catéter permanente tunelizado.de Hemodiálisis.
Se elabora un formato para recogida de datos, años, sexo, fecha de la colocación de catéter, frotis, hemocultivos, resultado de Microbiologia y tratamiento.iones asociadas al catéter permanente tunelizado.
Realización de un formulario de registro de los diferentes eventos ocurridos en el año y su estudio estadistico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasa de Infecciones de CVC Permanentes:
Numerador: número de episodios infecciosos nuevos
Denominador: número de pacientes con catéter permanente/año
Tasa de Infecciones de CVC Temporales:
Numerador: número de episodios infecciosos nuevos
Denominador: número de pacientes con catéter temporal/año
(Nº de eventos graves en el periodo de estudio)
Se monitorizarán a través de la obtención y seguimiento de cultivos de los CVC tanto del interior como del área de implantación, así como de la presencia de bacteriemias y de hemocultivos realizadas en las mismas y su confrontación con el CVC.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio desde el 01/01/2015.
Fecha de finalización 31/12/2015
Realizando cortes cada dos o tres meses para recoger los diferentes eventos surgidos durante este periodo.
Reuniendonos en los meses de Abril, Julio, Octubre y Diciembre.

11. OBSERVACIONES. En el apartado 4 les mando un anexo por correo electronico ***
Si se requiere algún protocolo o formato atentamente se envia11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO EN HEMODIALISIS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PREVENCION Y DETECCION PRECOZ DE LAS INFECCIONES EN LOS PACIENTES PORTADORES DE CATETERES CENTRALES
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 426

1. TÍTULO

UNA IMAGEN VALE MAS QUE MIL PALABRAS... TAMBIEN EN SALUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BELLOC GONZALEZ
· Profesión ..... AUXILIAR DE ENFERMERIA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PARITORIO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENEZ NAVASCUES ROSARIO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PARITORIO
· BERNUES PEREZ ALICIA JOSEFA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PARITORIO
· BETRAN SERRATE PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. PARITORIO
· PLAYAN USON JOSEFA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. PARITORIO
· NAVARRO CASTAN CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. PARITORIO
· VIVAS SEGURA CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. PARITORIO
· ASO TOLOSANA EVA MARIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. PARITORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. CUESTA QUE UN SERVICIO ESPECIAL PUEDA SER SUSTITUIDO POR EVENTUALES YA QUE A ESTOS LES CUESTA INTEGRARSE EN LOS PROCESOS QUE EL SERVICIO REALIZA. A LA LLEGADA A ESTE SE LES DA UN MANUAL CON LA TOTALIDAD DE PROCESOS PERO NOS DAMOS CUENTA QUE SE COMIENZA A ESTAR AGIL AL FINAL DEL CONTRATO.ESPERAMOS QUE CON ESTE PROYECTO RESULTE MAS FACIL EL APRENDIZAJE.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. QUE NUESTRO PERSONAL EVENTUAL PUEDA FUNDIRSE EN EL ENTORNO RAPIDAMENTE O POR LO MENOS QUE LE SEA MAS FACIL.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CREAR UN GRUPO DE TRABAJO PARA REUNIR TODOS LOS PROCESOS EN FOTOGRAFIA O VIDEO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. MONITORIZACION DE LAS PERSONAS EVENTUALES MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MAYO 2015 CRACION DEL GRUPO DE TRABAJO
JUNIO RECOPILACION DEL MATERIAL AUDIOVISUAL CONSEGUIDO Y EDITARLO
ELAVORACION DE ENCUESTA DE SATISFACCION
SEPTIEMBRE COMENZAR A PASAR ESTA ENCUESTA A EL PERSONAL EVENTUAL.
DICIEMBRE PRIMERA EVALUACION DEL METODO
REUNIONES MENSUALES

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. PERSONAL EN EDAD LABORAL
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. INFORMACION
OTRA PALABRA CLAVE 2. FORMACION
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 210

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION EN SITUACIONES DE POTENCIAL RIESGO VITAL

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.
· ARRAZOLA ALBERDI OIHANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· SARASA HERNANDEZ MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ARTERO BELLO MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· MARQUINA BARCOS ADOLFO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desconocimiento de los roles concretos del personal antes las situaciones de emergencia.
Necesidad de entrenamiento del personal sanitario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Clasificación de los roles del personal y secuencia de actuación ante emergencias.
Mejorar el tiempo de respuesta a la llamada.
Practicar RCP básica y avanzada de calidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Valoración inicial mediante un simulacro: donde se evaluará el tiempo de respuesta a una llamada urgente, capacidad de reconocimientos de signos vitales, distribución de tareas en la atención urgente, conocimiento de RCP básica y revisión de los simulacros con el personal.
- Formación básica: sesiones teóricas de médico y enfermería con adiestramiento en reconocimiento de signos vitales, monitorización, RCP básica.
- Simulacros de entrenamiento: en patologías como fibrilación ventricular, tromboembolismo, crisis comicial y bradicardia sintomática.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Mejora en la técnica RCP: % de compresiones torácicas eficaces pre y post simulacro.
% de personas formadas y asistencia a las sesiones
% de conocimientos de la secuencia de actuación de emergencia y roles del personal formado mediante una encuesta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Días de simulacros: 26/7/15, 3-5-10/10.
Dias de formación: a lo largo del mes de octubre
Simulacros de entrenamiento: noviembre 2015.
FIn del proyecto noviembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. RCP
OTRA PALABRA CLAVE 2. FORMACIÓN
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 436

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO CMA HUESCA

2. RESPONSABLE ..... ALICIA JOSEFA BERNUES PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PARITORIO CMA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCAR HERNANDEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD CMA
· BUISAC LACAMBRA CARMEN. TCAE. H SAN JORGE. UNIDAD CMA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DETECCION DE FALTA DE CONOCIMIENTO DE QUE ES UNA CMA SI QUE ESTAN BIEN INFORMADOS SOBRE LO QUE EL DOCTOR VA A REALIZAR PERO SE DESCONOCE DONDE Y DE QUE MANERA ESTARAN TRAS LA INTERVENCIO. SERIA BUENO QUE EL PACIENTE MEDIANTE UN TRIPTICO CLARO Y SENCILLO ESTA INFORMACION LA TUVIERA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. PACIENTES MAS TRANQUILOS, MAS INFORMADOS Y CONOCEDORES DE EL LUGAR DONDE LES ATENDEREMOS EN SU POSTOPERATORIO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. FORMAR EL GRUPO DE TRABAJO
REALIZACION DE FOTOGRAFIAS DE LA UNIDAD
MAQUETACION DEL TRIPTICO
DISTRIBUCION POR LAS CONSULTAS DONDE SE CAPTAN LOS PACIENTES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS.
AUMENTO DE LA SATISFACCION EN LA ESTANCIA EN LA UNIDAD

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MAYO COMPOSICION DEL GRUPO DE TRABAJO
SEPTIEMBRE CONFECCION DEL TRIPTICO
OCTUBRE DISTRIBUCION DEL MISMO
ABRIL MONITORIZAR MEDIANTE ENCUESTA CORTA Y CLARA SI LA NUEVA INFORMACION HA SIDO UTIL

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. DE 14 A 90 AÑOS
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES APTOS PARA CMA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. INFORMACION
OTRA PALABRA CLAVE 2. PACIENTE
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 643

1. TÍTULO

CREACION UN GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA MEJORAR LA ASISTENCIA AL ICTUS A TRAVES DE IMPLANTACION DE PLANTILLAS CON INDICADORES UNIFICADOS EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACION POR ICTUS EN ARAGON

2. RESPONSABLE ..... MARIA BESTUE CARDIEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTA MORENO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ERREA ABAD JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ARTAL ROY JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· PEREZ LAZARO CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· PALACIN LARROY MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. NEUROLOGIA
· ACERO CACHO ROBERTO. INGENIERO INFORMATICO. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATI
· ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATI
· SANCHEZ PEREZ NOELIA. INGENIERO INFORMATICO. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATI
· MARTINEZ ARANTEGUI ANA OLGA. MEDICO/A. DG PLANIFICACION Y ASEGURAMIENTO. SERVICIO DE ESTRATEGIAS DE SALUD Y FORMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En 2009 se crea un grupo de trabajo en Aragón con el objetivo de mejorar la asistencia al ictus en la comunidad a través de la implantación de un Plan autonómico. Fruto de ese trabajo se ha realizado importantes mejoras asistenciales en una patología que supone la segunda causa de muerte en Aragón y una de las principales causas de años vida prematura perdidos.
Para la mejora de la asistencia es necesario medir las actuaciones que se realizan tanto los indicadores de proceso como de resultado. Esto es un arduo trabajo que se realiza de forma bianual, a través de auditorías mediante evaluación de un muestreo de historias de las que se obtienen resultados que permiten medir nuestro trabajo y compararnos entre los distintos servicios hospitalarios.
Estas auditorías, aunque tienen un importante valor, presentan importantes sesgos, ya que registran sólo una muestra representativa. Por otra parte, se ha observado como resultado de las auditorías una variabilidad en los cuidados del paciente entre los distintos hospitales, por lo que la evaluación nos oferta poder mejorar esos cuidados, evitando los carentes de valor y apostando por los establecidos por la evidencia científica.
Uno de los objetivos principales del grupo ha sido “medir lo que se hace para mejorar” apostando por la excelencia.
La reciente implantación de la Historia Clínica electrónica en nuestra comunidad supone una importante oportunidad de mejora en nuestro proceso, no sólo por la mejora en la comunicación entre sectores, sino porque nos oferta posibilidades de mejora en la asistencia disminuyendo nuestra variabilidad clínica y facilitando nuestro trabajo.
El grupo de trabajo del Ictus junto con el equipo informático del salud responsable de la implantación de la historia clínica (CGIPC), se plantea el objetivo de realizar unas plantillas para la realización de la historia clínica en el proceso de hospitalización en la patología cerebrovascular en Aragón.
El objetivo de las mismas es unificar los indicadores más importantes establecidos como indicadores de calidad de la atención del paciente con ictus (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AIAQS Núm. 2009/06), así como facilitar la asistencia a través de la normalización de los procesos, disminuyendo la variabilidad, codificando el proceso y utilizando las herramientas informáticas para disponer en tiempo real de las escalas de evaluación del ictus facilitando su uso. Asimismo, la codificación de las plantillas permitirá obtener aquellos indicadores que deben incluirse en toda historia clínica facilitando la auditoría posterior que podrá realizarse de todos los pacientes ingresados por ictus en Aragón en un tiempo breve y de forma inmediata, mejorando la calidad de la información obtenida, lo que nos permitirá en cualquier momento evalúar lo que hacemos y establecer las líneas de mejora y así como detectar los principales problemas. La enfermedad cerebrovascular supone alrededor del 50-60% de la patología hospitalaria en unidades de Neurología, por lo que acciones sobre la misma tienen un elevado impacto en la asistencia
Se plantea la realización entre todos los servicios de Neurología del servicio aragonés de salud de tres plantillas de historia clínica de los tres principales procesos de hospitalización de la patología cerebrovascular: Ictus Isquémico, Ictus Hemorrágico y Accidente Isquémico transitorio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la asistencia
Disminuir variabilidad clínica. Mejora de los cuidados.
Facilitar trabajo diario con la protocolización
Mejora comunicación entre niveles asistenciales y la calidad del informe de alta
2. Incrementar la seguridad
Disminución riesgos (disminución variabilidad clínica, manejo de herramientas (CHADSVASC,HASBLED,ABCD2)
Incremento competencia
3. Permitir evaluación periódica intrahospitalaria y entre sectores CON ESCASO COSTE, e información de mayor calidad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 643

1. TÍTULO

CREACION UN GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA MEJORAR LA ASISTENCIA AL ICTUS A TRAVES DE IMPLANTACION DE PLANTILLAS CON INDICADORES UNIFICADOS EN LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACION POR ICTUS EN ARAGON

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Reunion del grupo: actuaciones, reparto de tareas y cronograma. (Dra Bestué)
2.Finalización de plantillas (borador) y entrega a equipo informático para implementación (todo grupo)
3.Pilotación de plantillas (sectores con HCE disponible)
4.Revisión de problemas y nueva pilotac

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº Reuniones año (estándar =3)
Documentos de plantillas elaborado (SI/NO)
Pilotaje realizado (estándar =1 sector)(SI/NO)
Plantillas implantadas (SI/NO) (estándar >50% sectores con HCE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero-mayo: Reunion del grupo: reparto tareas. Cronograma de actuación
Mayo-agosto:Finalización borrador plantillas. Implementación
Septiembre-Octubre: Pilotaje
Noviembre:Revisión problemas.Nueva pilotación
Diciembre:Evaluación de plantillas
Diciembre-febrero2016:Implantación definitiva
Marzo 2016:evaluación en los sectores

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
OTRA PALABRA CLAVE 2. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIAL
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 025

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA. FINALIZACION PROCESO DE MEJORA INFORMACION

2. RESPONSABLE ..... DOLORES BLASCO YEBRA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIAZ GOMEZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· LATORRE JIMENEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· BALLESTER MARCO LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· CLAVER ARILLA MARIBEL. TCAE. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el año 2010, se crea un grupo de mejora de la calidad, compuesto por el personal de enfermería y auxiliar encargado del laboratorio de Neurosonología junto con los FEAS de la Unidad de Gestión clínica de Neurología del Hospital San Jorge, para mejorar la calidad del laboratorio de Neurosonología que se había puesto en marcha en el año 2007.
Los objetivos de dicho grupo son realizar una asistencia eficiente y seguridad en el laboratorio, incrementando la satisfacción de los clientes (internos y externos del laboratorio). Una parte principal de este grupo es la mejora en el conocimiento de los procedimientos, con la protocolización de los mismos, disminuyendo la variabilidad y mejorando la seguridad y satisfacción con la atención con la realización de documentos de información al paciente y realización escrita de todos los consentimientos informados de todas las exploraciones que supongan algún riesgo potencial al paciente.
De esta forma, desde 2010, el grupo de mejora de la calidad ha ido realizando toda la documentación indicada anteriormente tanto de la ecografía extracraneal como de la intracraneal con la sucesiva implantación de la documentación realizada.
Asimismo, para conocer el impacto de la implantación de la información, se realiza desde entonces un encuesta de satisfacción anual donde además de las preguntas cerradas con una escala Likert, se realizan varias preguntas abiertas, para conocer posibles causas de insatisfacción con el servicio ofrecido y que puedan solucionarse.
De esta forma, se han corregido actitudes y aspectos detectados en estos años.
La gran cantidad de trabajo de documentación ha provocado que todavía no se hayan finalizado todos los aspectos de documentación del laboratorio.
Durante 2015, se entra en la recta final de este grupo con la finalización de los documentos pendientes, y la creación de una carpeta online en la intranet de la unidad para recoger todos. Especial atención se realizará este año en los manuales de procedimiento para el personal de enfermería y auxiliar de pruebas pendientes que se van desarrollar y que van a facilitar al personal de nueva incorporación su manejo y evitarán errores innecesarios y mejorarán el uso de los aparatos alargando la “vida útil” de los mismos en las mejores condiciones de uso.

Entre los aspectos pendientes sobre consentimientos informados importantes que no pudieron realizarse en 2014 se encuentran los consentimientos informados del dopler transcraneal y dúplex con uso de contrastes. La introducción de materiales como contrastes para una mejor insonación de las arterias, provoca que esta técnica no esté exenta de algún riesgo que hace obligado un consentimiento que en la actualidad se realiza de forma oral, pero que requeriría una mayor información de los riesgos en un lenguaje comprensible y la realización de un consentimiento por escrito con la descripción de información para los pacientes de las distintas técnicas del estudio intracraneal.

Oportunidad de Mejora
? Incrementar la seguridad y disminuir la variabilidad asistencia
o Realizar los manuales de procedimiento para el personal (auxiliar y facultativo) de las distintas técnicas de la ecografía transcraneal pendientes:
? Test diagnóstico básico (DTC)
? Estudio transcraneal con contraste
? Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida)
? Test dupplex transcraneal
? Mejorar la asistencia al paciente:
? Disminuir los riesgos al disminuir la variabilidad clínica y el conocimiento claro de la técnica
? Mejorar el uso de los aparatos y evitar un uso inadecuado
? Mejorar la comunicación a través de los documentos de información al paciente de las distintas técnicas implantadas
? Mejorar la seguridad y la toma de decisiones con los documentos de consentimiento de forma escrita.
? Detectar problemas con el análisis de las encuestas de satisfacción realizadas anualmente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Se ha mejorado la asistencia al paciente:
? Durante 2014 se realizaron:
1. El documento de información al paciente en la ecografía del test de burbujas
2. La implantación del documento de consentimiento informado del test de burbujas.
3. Manual de procedimiento del test de burbujas.
? Asimismo se ha continuado con la recogida de datos para mejorar la asistencia con las encuestas de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 025

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA. FINALIZACION PROCESO DE MEJORA INFORMACION

satisfacción implantadas hace dos años. Los resultados en 2014 objetivan:
1. RESPECTO A LA ASISTENCIA RECIBIDA: 95% están satisfechos con la asistencia (un 81% pacientes atendidos están muy satisfechos destacando en las encuestas la amabilidad del personal, el trato, la información y la profesionalidad). Un 91% de los encuestados recomendaría el servicio a un amigo o familiar.
2. RESPECTO A LA INFORMACIÓN RECIBIDA PREVIA A LA PRUEBA: 95% consideran la información adecuada (un 76% muy satisfechos). A un 73% se le habían administrado documentos escritos desde la consulta de Neurología en el momento de la citación.
3. RESPECTO A LA CONFORTABILIDAD INSTALACIONES: EL 100% LO CONSIDERÓ ADECUADO (UN 62% MUY ADECUADO).
4. RESPECTO A LA FACILIDAD Y ACCESIBILIDAD PARA OBTENER CITACIÓN PARA EL ECODOPPLER: 81% encuentran fácil el sistema de citación (que se realiza en la propia consulta de neurologia adecuando la espera a la gravedad de la situación por el neurologo) y un 67% muy satisfactorio y un 86% consideró el servicio accesible (un 62% muy accesible).
? Se han realizado acciones correctoras del resultado de las encuestas de satisfacción.

2. Se ha mejorado la calidad en la asistencia:
• La incorporación de técnicas de estudio intracraneal han mejorado el abordaje de los pacientes con estenosis extracraneales y la indicación del tratamiento quirúrgico versus tratamiento endovascular.
• Se ha implantado el documento de consentimiento informado durante 2014, del test de burbujas, esto mejorará la seguridad en el acceso a la prueba y la satisfa.cción del paciente
• Se ha realizado el manual de procedimiento del test de burbujas. Esto disminuirá la variabilidad del procedimiento y mejorará la seguridad y el uso del aparataje.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Diseñar e implantar los manuales de procedimiento de todas las exploraciones que se realizan en el laboratorio de Neurosonología para evitar problemas de uso para el personal (auxiliar y facultativo) que se incorpora nuevo al laboratorio:
o Test diagnóstico básico de doppler transcraneal
o Estudio transcraneal con contraste
o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida)
o Dupplex transcraneal
2. Mejorar la asistencia del paciente mejorando la información
• Finalizar los documentos de información al paciente de las nuevas técnicas de estudio intracraneal que se realizan actualmente en el laboratorio, para mejorar el acceso del paciente a la técnica:
o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida)
3. Incrementar la seguridad del paciente y la satisfacción con la realización de los documento de consentimiento informado del doppler transcraneal con contraste

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Abril-Mayo: Reunion del grupo para explicar las actuaciones, reparto de tareas y cronograma de actuación. (Dra María Bestué)
2. Mayo-Junio-julio-agosto: realización del manual de procedimiento y consentimiento de ecografía con contraste..
3. Septiembre-Octubre: Implantación de documentación realizada y realización de manual de procedimiento dedopler transcraneal y dúplex y del test de reserva.(Dolores Blasco-Ana Latorre-María Seral-Olalla Albertí-Carlos Tordesillas-Crisitina Díaz-Maria Bestue)
4. Noviembre (Todo equipo): Revisión manuales de procedimiento, de los consentimientos informados y documentos de información al paciente y realización y recogida de toda la documentación del laboratorio en carpeta online en la intranet
5. Diciembre: Implantación de documentos de información y de los consentimientos informados
6. Diciembre-Enero 2016 (Dra Bestué- Dolores Blasco): Evaluacion de los resultados a través de la encuesta de satisfacción y de los indicadores. Informe evaluación.
7. Enero 2016: actualización y finalización proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº Reuniones año (estándar =4)
2. Documentos de procedimiento elaborado
o Test diagnóstico DTC (SI/NO)
o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida) (SI/NO)
o Estudio de contraste (SI/NO)
o Dupplex transcraneal (SI/NO)

3. Documento de información al paciente elaborado
o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida) (SI/NO)
o Estudio de contraste (SI/NO)

4. Documentos de consentimiento informado realizado:
o Test diagnóstico DTC con contraste (SI/NO)
o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida) (SI/NO)

5. % pacientes satisfechos con la atención recibida (>90%)
6. % pacientes satisfechos con la información recibida (>90%)
7. Consentimientos informados cumplimentados (estándar>95%)
8. Medidas correctoras evaluadas
9. Medida correctora implantada (estándar =1

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 025

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA. FINALIZACION PROCESO DE MEJORA INFORMACION

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. mayo 2015:Reunión del grupo de mejora para organizar el trabajo y el cronograma de actuación.
2. Entre Mayo-septiembre: Implantación documentos elaborados en 2014 e inicio de trabajo-
3. Entre mayo-Octubre: Se realizarán los documentos de información al paciente, manuales de procedimiento y consentimientos informados (Octubre al menos el 75%)
4. En Noviembre: reunión para revisión de documentos elaborados y viabilidad de actividades pendientes.
5. Diciembre: Revisión de las encuestas de satisfacción y revisión de indicadores. Realización de documento de evaluación.Realizacion carpeta informatizada.
6. Enero 2016: Implantación de documentos realizados e implantación de medidas correctoras. Revisión todo el proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. seguridad clinica
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 401

1. TÍTULO

LA SESION CLINICA-INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA COMO ALTERNATIVA AL VOLANTE TRADICIONAL EN LA RELACION PRIMARIA-HOSPITALARIA. CONTINUIDAD

2. RESPONSABLE ..... EVA CALVO BEGUERIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· 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
· SALAMERO ESTEBAN MARI PAZ. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· MENOYO LOPEZ CRISTINA. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ HUGUET CLAUDIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Continuar con el trabajo iniciado hace 5 años y ampliar nuestros objetivos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Creemos qué estos años de relación atención primaria han sido fructíferos. Se han disminuido las derivaciones innecesarias. Se han evitado duplicidades.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el número de sesiones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones presenciales mensuales. Mantener un contacto diario a través de wasap (se ha creado grupo de wasap entre los facultatrivos)
Realizar sesión clínica bimensual. Revisando temas de actualidad médica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes atendidos. Entre estos diferencial los resueltos en el momento de los derivados para completar estudio
Número de sesiones/mínimo bimensual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se trata de una continuidad. Las reuniones son mensuales, sólo paralizadas en periodo estival

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 726

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN EL PROGRAMA DE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES QUIRURGICOS CON INGRESO

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS CARRION PAREJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ GIL MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAJAR SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· RIGOPOULOU BAKOULOU ANGELICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· CARRERA LAPIEDRA NOELIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE ENFERMERIA DE QUIROFANO
· EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO. TECNICO SUPERIOR DE INFORMATICA. H SAN JORGE. INFORMATICA
· PALACIN CEBRIAN MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE ENFERMERIA DE QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Asistencia facultativa de los ajustes de la analgesia postoperatoria irregular.
Combinación de fármacos, técnicas analgésicas y su relación con los diferentes tipos de cirugía sin revisión en los últimos cuatro años.
Prescripción de la analgesia no incluida en el programa de prescripción electrónica y Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitarias del hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Evaluación, de los fármacos y técnicas que realmente se utilizan en los diferentes tipos de cirugías, en base al registros electrónicos implantado en la Unidad de Recuperación Postanestésica - Unidad del Dolor Agudo.
Elección de un modelo de organización de los recursos para adecuar la asistencia facultativa de los ajustes de la analgesia postoperatoria a las necesidades.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implementación del modelo organizativo para adecuar la asistencia facultativa de los ajustes de la analgesia postoperatoria.
Prescripción de la analgesia postoperatoria en el entorno del programa electrónico Gestión de Unidosis Dominion implantado en el hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.1- Difusión del modelo de organización en el Servicio de Anestesiología, Reanima-ción y Tratamiento del Dolor y en los servicios y unidades quirúrgicas, así como en las unidades de enfermería correspondientes.
7.2- Implementación progresiva del modelo de asistencia.
7.3- Registro de incidencias y conflictos con respecto a la compatibilidad temporal de la asistencia.
7.4- Establecimiento de combinaciones de fármacos y técnicas preestablecidas (protocolos) adecuados, como resultado de la revisión periódica, teniendo en cuenta : la evidencia actual en la materia y las características del funcionamiento quirúrgico y anestésico del centro.
7.5- Implementación, con el Servicio de Farmacia, de la integración de la prescripción electrónica en el entorno del Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis esta-blecido.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8.1- Indicadores
Verificación del cumplimiento de la asistencia facultativa.
Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
Verificación de la prescripción electrónica. Número de pacientes.
8.2- Evaluación.
Evaluación: medida de los indicadores en septiembre y diciembre.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de la implementación plena de la asistencia facultativa en septiembre de 2015.
Elaboración de los protocolos en septiembre de 2015.
Inicio de la prescripción electrónica en diciembre de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 758

1. TÍTULO

ESPIROMETRIA COMO BASE PARA EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC E INDICE BODE COMO VALORACION DE LA GRAVEDAD DEL PACIENTE CON EPOC. PROGRAMA PILOTO COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA

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.
· AGUARELES PIRACES MARIA JOSE. DUE. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· ARIZON MENDOZA LOURDES. DUE. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· INGLAN RAMI MARIA NIEVES. DUE. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· BUIL CALVO PILAR. DUE. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· PICONTO NOVALES MARIA. DUE. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· PARDO BAIDEZ VANESA. DUE. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· MONZON MORENO ELENA. DUE. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La espirometría en la prueba clave para el diagnóstico de la EPOC como queda claramente reflejado en las recomendaciones sobre el manejo del paciente con EPOC de las principales sociedades científicas nacionales e internacionales. En dichos documentos se pone de manifiesto la importancia de la realización de espirometrías tanto en el ámbito de la Atención Primaria como de la Atención Especializada para mejorar el infradiagnçostico de la EPOC que todavía presenta cifras excesivamente elevadas (72%) en el último estudio epidemiológico de la EPOC en España (EPISCAN). Huesca participó en dicho estudio. Se realizaron e espirometrías tanto a nivel de atención primaria como especializada que contribuyeron al diagnóstico de pacientes EPOC no conocidos anteriormente.

En el año 2012 se publicó la Guía Española de manejo de la EPOC (GESEPOC), en la que se recomienda clasificar la gravedad de la EPOC, no solo teniendo en cuenta el flujo espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1), como se venía haciendo hasta ahora, si no que recomienda categorizar la gravedad del paciente con EPOC con índices multidimensionales, siendo el más importante el índice BODE. Este índice incluye la valoración de 4 parámetros: índice de masa corporal (IMC), grado de disnea según la escala MRC modificada, FEV1 y el número de metros caminados en el test de la marcha de 6 minutos (TM6M). Esta última prueba se realiza con poca frecuencia en el ámbito de la Atención Primaria por el tiempo que conlleva su realización. Y por ello, en dicho ámbito, se utiliza con más frecuencia para clasificar la gravedad del paciente EPOC el índice BODEx que incluye la valoración del IMC, del grado de disnea según la escala MRC modificada, del FEV1 y del número de agudizaciones que precisan atención hospitalaria. No obstante las recomendaciones de la GESEPOC aconsejan clasificar la gravedad utilizando el BODE si el BODEX está en 5 o por encima del mismo. No obstante, en el ámbito de la Atención Primaria, se detecta una falta implementación de estos índices multidimensionales.

Resulta, pues, imprescindible conocer la técnica espirométrica y familiarizarse con el índice BODEx y el BODE para conseguir una optimización en el manejo del paciente EPOC.

En atención primaria contamos con muy buena voluntad pero en ocasiones con limitaciones en los medios para llegar a un diagnóstico preciso de la EPOC, limitaciones en ocasiones de tiempo, espacio (dificultad para realizar pruebas como el test de la marcha de los 6 minutos), y de medios (espirómetros obsoletos, salas que no terminan de reunir las condiciones ideales para realizar una espirometría…). Una vez diagnosticado el paciente de EPOC tampoco se está muy familiarizado en el ámbito de la Atención Primaria en la clasificación de la gravedad en función de los índices BODEx y BODE.

Consideramos un factor clave la colaboración entre Atención Primaria y Neumología de nuestro Sector, que nos permita realizar un diagnóstico correcto y precoz del paciente
EPOC y, una vez diagnosticado, un manejo correcto del mismo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No disponemos de resultados previos dado que se trata de una nueva experiencia.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el número de espirometrías realizadas a pacientes fumadores de 40 años o más, con síntomas respiratorios.

Detección precoz de la EPOC.

Aumentar el número de pacientes diagnosticados de EPOC con una clasificación de la gravedad según el índice BODEx y BODE, de manera que se adecue el tratamiento a ese nivel de gravedad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 758

1. TÍTULO

ESPIROMETRIA COMO BASE PARA EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC E INDICE BODE COMO VALORACION DE LA GRAVEDAD DEL PACIENTE CON EPOC. PROGRAMA PILOTO COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA

Según resultados se ampliará el estudio funcional y valoración de gravedad según los índices multidimensionales con la realización de otras pruebas como el test de la marcha de los 6 minutos.

En Pacientes diagnosticados con anterioridad de EPOC:

En este tipo de pacientes realización de espirometrías, test broncodilatador y cálculo de los índices multidimensionales con test de la marcha de los 6 minutos, incidiendo más en la valoración de la gravedad para adecuar al máximo los tratamientos actuales disponibles.

En todos los grupos incidir al máximo en el abandono del tabaquismo, ofertando tratamiento específico para aquellos que así lo deseen.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluar el número de espirometrías realizadas en los pacientes que cumplen los criterios anteriores.

Evaluar el número de pacientes con el diagnóstico confirmado de EPOC y que estén correctamente clasificados por su gravedad según los índices BODEx y BODE.

Evaluar el número de pacientes EPOC diagnosticados y reevaluados por atención primaria y especializada.

Mejora del registro de EPOC, tabaquismo y espirometrías en OMI.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2015:
o Redacción del programa de colaboración.
•Junio-marzo2015:
o Inicio de realización de espirometrías y derivación a Atención especializada si procede.
•abril-mayo 2016:
o Evaluación del programa.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 731

1. TÍTULO

¿SE INGRESA DEMASIADO? ADECUACION DE INGRESOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA CUARTERO CASIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEJIA ESCOLANO DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2014 se ingresó en el Sª de urgencias del Hospital San Jorge en torno a un 20,5 % de los pacientes atendidos , cuando lo esperado hubise sido el torno al 16%.En el Servicio de Urgencias la demanda de ingresos no es modulable porque depende entres otros de la ventualidad de la aparición de una circunstancia clínica y ademas muchas veces los S de urgencias se encuentran saturados ante una demanda incontrolable de la población.
Por otra parte incrementar el porcentaje de ingresos incrementa el riesgo de saturación de urgencias .
Por todo ello se considera oportuno realizar un estudio prospectivo de lor ingresos realizados para valorar su adecuación , caracteristicas reales de los mismos .

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta ahora se dispone del dato del 20% de pacientes ingresados en urg unicamente

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer si los ingresos son o no adecuados
las características principales de los pacientes ingresados , los motivos de ingreso mas frecuentes y quien realiza su indicación
Investigar las causas que hacen que aumenten los ingresos y los pacientes no puedan ser dirigidos a otro nivel asistencial más adecuado .

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. estudio prospectivo de los ingresos que se van realizando revisando cada historia por medio del PCH
medir el usoina propiado de la hospitalización mediante AEP(Appropriateness Evaluation Protocol

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. prorcentaje de ingresos adecuados
numero de ingresos segun inicaciones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. inicio 1 junio 2015
cada dia recoger datos ocurridos dia anterior
recogida hasta 1/5/2016
Del 1/5/16 al 1/6/16 analisis de datos y comunicación al resto del servicio de los resultados de los mismos

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ingreso
OTRA PALABRA CLAVE 2. urgencias
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 621

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y NUEVAS TECNOLOGIAS

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA DE DIEGO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· SERAL SOLANAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La diabetes es una enfermedad caracterizada por un deficit de insulina que tiene múltiples y diversas consecuencias en el organismo. Para evitarlo el paciente debe inyectarse insulina subcutánea en forma de multidosis o mediate un infusor continuo, además de tener control sobre la dieta, autocontroles de glucemia y adquisición de habilidades y conocimientos específicos para un óptimo tratamiento.
Por todo ello la diabetes ese una enfermedad cuyo control depende del comportamiento de la persona que la padece y su adhesión al tratamiento.
La complejidad de la dieta, el tratamiento con insulina, el cambio en las actividades cotidianas y el escaso conocimineto y habilidades para el manejo de la diabetes son barreras importantes para la adhesión al tratamiento.
La interración con el personal sanitario es otro factor que puede incidir en el mantenimiento de la adhesión.
El tratamiento con multidosis de insulina, con glucómetros con recomendación de bolo preprandial y bolo corrector de insulina, y especialmente el tratamiento con infusor continuo de insulina requieren de una consulta atendida por endocrinólogo y enfermera con experiencia en educación diabetológica, dedicar tiempo suficiente en consultas para un correcto seguimiento de estos pacientes así como tiempo extra en educación diabetológica para refuerzo de conocimientos.
Por ello la creación de una cosnulta monográfica para diabetes ellitus tipo 1 y nuevas tecnologías, con tiempo suficiente por paciente, es primordal para una mejoria del control metabílico en pacientes diabéticos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Correcta formación del paciente dibético: dieta por raciones de hidratos de carbono, autoinyección de insulina, manejo de infusor continuo de insulina, manejo de glucómetro, manejo de glucómetro calculador de bolo.
-Aumentar conociminetos para el manejo de la diabetes.
-Mejorar la relación con el personal sanitario y la adhesión terapéutica favoreciendo la percepción que tiene el paciente del interés mostrado por el médico y enfermera hacia el y la consideración sobre su situación personal a la hora de prescribir el tratamiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cración de una consulta monográfica para el seguimiento de estos pacientes, con tiempo suficiente para su atención (15-20 minutos/paciente) con enfermería experimentada en educación diabetológica y manejo de infusor continuo de insulina: para ello se ha creado tiempo exclusivo dentro de la consulta habitual para el manejo de estos pacientes, cuyos responsables son la Dra de Diego Garcia y la Dra Pamplona Civera junto con la enfermera Maria Jose Seral, llevadas acabo los lunes, miercoles y jueves en la consulta 51, ocupando un tiempo de aproximado 5h semanales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Realización de dieta por raciones de hidratos de carbono
-Realización de autocontroles de glucemia y toma de decisón por parte del paciente en ajuste de dosis correspondiente según las habilidades adquiridas
-Correcto uso del infusor continuo de insulina
-Correcto uso de la formación del paciente: ratio de insulina por ración, factor de sensibilidad.
-Correcto uso de glucómero calculador de bolo de insulina.
-Satisfacción del paciente
-Mejoria en la calidad de vida del paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Este proyecto esta funcionando desde hace 6 meses, con 5 horas semanales durante tres días a la semana.
La duración del mismo es indefinida
Se preeve la necesidad de aumentar el tiempo dedicado

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 621

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y NUEVAS TECNOLOGIAS

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 078

1. TÍTULO

ECOGRAFIA CUTANEA Y ECODOPPLER COMO METODO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA EN TUMORES CUTANEOS

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.
· COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· PLANAS LINARES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· MUNIZ UNAMUNZAGA GORKA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LIsta de espera quirúrgica generada en dermatología por incluir tumores que tienen un dianostico clinico dudoso, que al realizar la ecografia cutánea en consulta externa aumentaría el valor predictivo positivo de benignidad y por tanto no sería necesario la intervención quirúrgica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: Disminuir el número de actos quirúrgicos inecesarios en el servicio de dermatología.
Objetivos secundarios:
-Mejoria de la atención al paciente, evitandole cirugía ineccesaria.
-Alta resolución del problema en una sóla visita
-Disminución de las listas de espera quirúrgica del hospital san jorge
-Mejoria de los estandares del contarto de gestión

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-hacer ecografia en tumores de piel con sospecha clínica de benignidad.

2- toma de biopsia y confirmación anatomaopatológia.

3.-descripción de patrones ecográficos de benignidad y su correlación anatomopatológica.
Resposables: Dra. Del Prado (realización de ecografías), Dra. Coscojuela,(descripción de los patrones ecográficos) Dr. Muniz(estudio anatomopatologico, Mª Dolores Planas(gestíon de datos e imágnes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1er indicador: cirugias realizadas en 6 meses y selecionar las de diagnóstico hispatologico y ecografico benigno para conocer el número de cirugias que se hubieran evitado y con ese valor predictivo positivo o esa ratio, comenzar a aplicarlo en la práctica habitual

2º indicador correlación anatomopatologia y ecográfica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 de junio de 2015 hasta 31 diciembre de 2015. recogida de casos
1 de enero 2016 hasta 28 de febrero de 2016. valoración de resultados y elaboración de estudio estadístico de la prueba diagnóstica

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ecografia dermatológica
OTRA PALABRA CLAVE 2. innovación diagnóstica
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 572

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

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.
· OLIVAN GUERRI LORENZO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS
· ARROYOS BELLOC FRANCISCA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HOSPITAL DE DIA
· BOILLOS FRIAS MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PLANTA 5ARIA DE HOSPITALIZACION
· ALVAREZ MAIRAL PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS
· LAMBAN AISA ANA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La EII es una entidad en alza que a menudo requiere de tratamientos de elevado coste con potenciales efectos adversos graves. Su abordaje multidisciplinar ha promovido la creación de Unidades específicas donde se pueda llevar a cabo un manejo integral. Existen guías y Consensos que orientan acerca de los estándares de calidad necesarios para su creación, así como indicadores de calidad (IC) que permiten evaluar su idoneidad y resultados*. De acuerdo con los IC de estructura, la creación de una consulta monográfica de enfermería (CME) resulta esencial para optimizar la asistencia ambulatoria, mejorar la autonomía de los pacientes, ejercer una mejor supervisión de tratamientos, efectuar profilaxis de complicaciones y facilitar una vía de acceso rápido (telefónica o electrónica) que ayude a los pacientes en la resolución de dudas y toma de decisiones.
* Calvet X, Panés J, Alfaro N, Hinojosa J, Sicilia B, Gallego M, et al. Delphi consensus statement: Quality indicators for Inflammatory Bowel Disease Comprehensive Care Units. Journal of Crohn's and Colitis Mar 2014, 8 (3) 240-251

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la autonomía de los pacientes facilitando:
- Educación y apoyo emocional;
- Consejos higiénico-dietéticos;
- Argumentos para mejorar la adherencia a medicaciones;
- Conocimiento de síntomas que anuncian un empeoramiento de la EII
- Formación para identificar precozmente los efectos secundarios.
2. Proporcionar al paciente vías de comunicación rápidas con la Unidad de EII (teléfono y correo electrónico) ante la sospecha de empeoramiento o de efectos secundarios, facilitando el contacto con los facultativos en caso de necesidad.
3. Elaboración de un check-list de comprobación del estado de inmunización previo para prevenir las infecciones oportunistas y monitorizar estrechamente la aparición de cualquier efecto adverso contribuyendo a mejorar la seguridad.
4. Disponer de una base de datos propia de pacientes controlados en la CME.
5. Participar en estudios y/o ensayos clínicos relacionados con la EII, así como en el registro nacional de pacientes (Base de Datos ENEIDA).
6. Colaborar en tareas formativas dirigidas a personal sanitario y Asociaciones de pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Facilitar la estancia de un enfermero/a en una Unidad Especializada de un Centro terciario, a fin de conocer funciones y métodos de trabajo de una CME (Objetivo cumplido).
2. Obtener un espacio adecuado para la CME, asignando tiempos para las primeras visitas, las sucesivas y las generadas a demanda con el fin de evaluar cambios abruptos en el curso clínico y/o aparición de efectos secundarios vinculados al tratamiento.
3. Elaboración de una lista de actividades a realizar en la CME.
4. Incorporar cuestionarios que permitan mensurar: actividad de la EII, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, situación psicosocial, así como la logística necesaria para una adecuada evaluación nutricional.
5. Establecer un protocolo que asegure el cumplimiento de las recomendaciones en prevención de infecciones oportunistas en potenciales candidatos a terapias inmunosupresoras.
6. Facilitar un método rápido de monitorización de la terapia inmunosupresora y biológica a través de la CME.
7. Facilitar al paciente la logística para mejorar la comunicación y el acceso a la información (teléfono, mail y página web).
8. Elaborar una base de datos de pacientes propia de la CME.
9. Posibilitar la extracción sanguínea, la administración de fármacos y los cuidados de heridas u ostomías.
10. Programar reuniones periódicas de facultativos y enfermeros para resolver dudas, unificar criterios y valorar nuevas necesidades.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. % de pacientes con EII: controlados en la CME, con check-list de inmunización completo, con evaluación nutricional y que han cumplimentado cuestionarios de CVRS en un año.
2. Nº de pacientes o familiares que han precisado contacto vía telefónica o por mail en un año.
3. Días de espera para la 1ª consulta ordinaria con enfermería.
4. Equivalentes de tiempo completo de personal de enfermería dedicado a la CME.
5. Evaluación anual mediante los indicadores de calidad establecidos mediante acuerdo de consenso Delphi*.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 572

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 3º trimestre2015:
- Diseñar base de datos de pacientes, check-list de comprobación de inmunización, listado de actividades, soporte logístico para la recogida de información relativa a CVRS, índices de actividad y evaluación nutricional y protocolo para la monitorización de las terapias inmunosupresoras

4º trimestre de 2015:
- Inicio de la CME.
- Reuniones periódicas de facultativos y enfermeros.

1º trimestre de 2016:
- Evaluación anual mediante el uso de los Indicadores de Calidad.
- Actualización de necesidades de la Unidad.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 429

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA INFECCION DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS PARA HEMODIALISIS MEDIANTE LA ADMINISTRACION LOCAL INTRAOPERATORIA DE AMINOGLUCOSIDOS

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIRTO RUIZ RAFAEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· BERGUA AMORES CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· LAVIADES ALVAREZ CONCEPCION. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· LOGROÑO GONZALEZ JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El número de pacientes afectos de insuficiencia renal crónica (IRC) que precisan de tratamiento sustitutivo renal (TSR) en nuestro país está aumentando en los últimos años en progresión lineal.
La fístula arterio-venosa interna (FAVi) es el acceso vascular actualmente más idóneo para comenzar hemodiálisis, sin embargo, entre15-50% de estos pacientes inician HD por medio de un catéter venoso central (CVC). Se recomienda que ante la previsión de tener que colocar un catéter como acceso vascular (AV) para ser utilizado más de 3-4 semanas, se utilice la técnica de tunelización. Los catéteres tunelizados en muchas ocasiones pueden ser la última alternativa como acceso vascular tras el fallo de fístulas arterio-venosas protésicas, o incluso puede ser el acceso vascular de inicio ante la imposibilidad de realización de fístulas debido a otros procesos comórbidos (diabetes, la propia edad, mal patrimonio venoso, fallo cardiaco, etc.).
A pesar que la técnica de colocación del CVC tunelizado (CVCt) ha mostrado reducir la incidencia de infecciones y disfunción, la bacteriemia relacionada con el catéter es una de las principales complicaciones aumentando el riesgo de pérdida del catéter o incluso la muerte del paciente. Es por ello necesario añadir medidas, además de la asepsia, para disminuir la incidencia de infecciones en todos los pacientes a los que se les vaya a colocar un catéter permanente tunelizado. Ambos catéteres (arterial y venoso) son independientes y en el trayecto subcutáneo presentan un cuff o brazalete de dacron a mitad de recorrido, como una barrera para evitar la posibilidad de contaminación externa. Ya que la profilaxis antibiótica endovenosa no ha demostrado disminuir la tasa de incidencia de infección desde el servicio de nefrologia hemos contemplado la administración tópica intraoperatoria de aminoglucósidos (tobramicina o gentamicina) a los cuff de los catéteres y en la zona de insercción de los mismos, previo a suturar, para disminuir la colonización bacteriana que pueda producirse en los primeros días post-colocación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la tasa de infección de los catéteres permanentes tunelizados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Establecer un protocolo de implantación de los catéteres que incluya la administración local intraoperatoria de aminoglucósidos (tobramicina o gentamicina) en los cuff de los catétéres (ramas tanto arterial como venosa), orificios de salida de la tunelización y zona de inserción.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado la administración local intraoperatoria de aminoglucósidos durante la colocación de los catéteres permanentes tunelizados y que no presenta infección en los días posteriores a la colocación.
-Porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado la administración local intraoperatoria de aminoglucósidos durante la colocación de los catéteres permanentes tunelizados y que presentan infección en los días posteriores a la colocación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo: MAYO 2015
Recogida de datos: JUNIO 2015-ABRIL 2016
Evaluación de los datos: MAYO 2016

11. OBSERVACIONES. Se aplicará a todos los pacientes a los que se les implante un catéter permanente tunelizado como acceso vascular para hemodiálisis11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE INICIAN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUIVO MEDIANTE HEMODIÁLISIS POR MEDIO DE UN CATÉTER PERMANENTE TUNELIZADO COMO ACCESO VASCULAR

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 550

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO Y REVISION DE LOS CARROS DE PAROS DEL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... MARTA FERNANDEZ GIL
· 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
· RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO
· CHIC CIPRES SARA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO
· MOLINA TRESACO PAOLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA
· RIGOPOULOU BAKOULOU ANGELICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las paradas cardiacas que se presentan en el hospital, representan un problema social, sanitario y económico de gran magnitud. Entre un 0,4% y un 2% de los pacientes ingresados y hasta un 30% de los fallecidos, precisan de las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP). La magnitud de este problema desde el punto de vista de la Salud Pública es de tal importancia que el número de muertos de los hospitales en España supera ampliamente al generado por los accidentes.
Existe la evidencia de que puede disminuirse la mortalidad y las secuelas que originan las PCR si se mejora la respuesta asistencial, acortando lo retrasos en la respuesta mediante la optimización de la "cadena de supervivencia hospitalaria". Una de las medidas a llevar a cabo para mejorar la respuesta asistencial consiste en estandarizar y actualizar el equipamiento (carros de parada, desfibriladores) y la medicación de las áreas asistenciales. El área quirúrgica es un área catalogada de riesgo que obliga a disponer en ella de dos carros de RCP normalizados.
Actualmente, en el área quirúrgica del Hospital de San Jorge carecemos de un protocolo de mantenimiento y revisión del carro de paros. Esto ha conllevado en algunas ocasiones a: falta repetida de material y/o medicación imprescindible para disponer de manera rápida; acumulación de material o desorden que dificulta la accesibilidad el momento en que es imprescindible; inexperiencia ,por parte del personal sanitario, en el manejo de dispositivos (desfibrilador).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo general es garantizar la prestación de una atención sanitaria urgente de calidad a la población, en el área quirúrgica del Hospital San Jorge.
Objetivos específicos:
- Unificar criterios referentes a la revisión y mantenimiento de los dispositivos para la atención urgente (desfibriladores y carro de parada), estableciendo el mecanismo de revisión y reposición incluidos en el mismo.
- Revisar y actualizar la relación del material sanitario y de los medicamentos que deben formar parte de estos dispositivos
- Difundir esta información entre el personal del bloque quirúrgico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Inicialmete, los responsables del proyecto:
- Optimizarán el carro de paros existente dotándolo con el material necesario y establecerán un sistema de precinto, con la colaboración del servicio de mantenimiento.
- Enumerarán los dispositivos, materiales y medicamentos que deben encontrarse en el carro de paros, indicando en qué compartimento deben ir ubicados y se indicará la fecha de caducidad de cada componente.
- Elaborarán tres hojas diferentes de revisión del carro de paros: diaria; semanal y; mensual.
- Divulgarán la información en las sesiones del área quirúrgica
- Realizarán talleres de manejo de dispositivos de parada cardiaca (desfibriladores)
El enfermero del puesto de "urgencias" será el responsable de las revisiones periódicas del carro y su de su posterior sellado.
Si se utiliza el carro de paros, el enfermero responsable en ese momento, repondrá todo lo que haya sido utilizado, dejándolo sellado para nuevo uso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores se obtendrán de las hojas de revisión del carro de paros. Se realizará mensualmente:
- Verificación del correcto cumplimiento de relleno de las hojas de revisión del carro de paros diarias, semanales y mensuales (sí / no) y en caso negativo, se estudiará cuál ha sido el problema para solucionarlo.
- Verificación de la existencia de incidencias durante las revisiones, y de si se han usado los medios materiales y/o humanos para solventarla (sí/no).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La implantación del protocolo se iniciará el 15 de junio 2015. A esa fecha estarán realizadas la optimización del material y las hojas de revisión del carro de paros.
Se prevee un plazo de seis meses para la implantación del protocolo (hasta diciembre 2015)
El protocolo estará disponible de manera indefinida, realizándose una revisión y actualización anuales.
Se difundirá la información del protocolo entre el personal médico y de enfermería del bloque quirúrgico mediante dos sesiones clínicas iniciales (junio – julio 2015). Dichas sesiones se repetirán anualmente y siempre que se considere necesario.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 550

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO Y REVISION DE LOS CARROS DE PAROS DEL BLOQUE QUIRURGICO

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes quirúrgicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 109

1. TÍTULO

REHABILITACION PRECOZ TRAS INTERVENCION QUIRURGICA POR FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... MARIA AMPARO FONTESTAD UTRILLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO RODRIGO MARTA. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MORLANS GRACIA LUCIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. GERIATRIA
· RUIZ PEREZ PABLO. MEDICO/A. H SAN JORGE. REHABILITACION
· CARNICER CORTES MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. REHABILITACION
· USON ARQUE CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· URIOL ROYO SERGIO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA 4º PLANTA
· LABORDA TOMAS ANA BELEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA 4º PLANTA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha detectado una demora en el inicio de la rehabilitación de los pacientes intervenidos de fractura osteoporótica de cadera con el consiguiente aumento de la estancia hospitalaria así como un aumento de las complicaciones asociadas al encamamiento del paciente (RAO, estreñimiento, neumonía, úlceras por presión...).
El problema se ha detectado en el seguimiento postquirúrgico diario del paciente durante el período de hospitalización, el cual se ha visto incrementado debido a este retraso.
Actualmente se comienza la rehabilitación como muy pronto pasadas 72 horas de la intervención si bien, dicho período de tiempo se ve aumentado si la operación se realiza en los días previos al fin de semana.
Las causas de este retraso en el comienzo de la rehabilitación pueden estar asociadas a una actitud paternalista/compasiva del personal sanitario con el paciente y familiares ante una movilización precoz en un paciente anciano tras una cirugía mayor y una falta de comunicación/coordinación entre el servicio de traumatología y el de rehabilitación.
La importancia de una movilización precoz en estos pacientes deriva en un menor riesgo de complicaciones asociadas o derivadas de un encamamiento prolongado como se han descrito anteriormente.
Este proyecto es útil porque permite reducir los días de estancia hospitalaria dismiyendo el coste económico derivado de ello así como prevenir las complicaciones derivadas del encamamiento ya mencionadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Una mayor implicación de los familiares del paciente en el proceso de rehabilitación (sedestación y deambulación mañana y tarde supervisada y asistida por familiares).
2- Una mejora de la comunicación entre traumatología y rehabilitación a través de un fisioterapeuta que realizará el tratamiento rehabilitador en la planta hospitalaria y no en el gimnasio como se hacía previamente.
3- Dicha comunicación se verá facilitada por un intermediario común que sería el geriatra encargado del pase de planta conjunto con traumatología.
4- Una menor estancia hospitalaria de los pacientes con un menor coste económico derivado de ello.
5- Menores complicaciones derivadas del encamamiento de los pacientes.
6- Una detección precoz de los pacientes en los que se prevee un período de rehabilitación largo que precisarán traslado al hospital de media estancia (Hospital Sagrado Corazón de Jesús) para realizarlo.
7- Realización de un protocolo y posterior elaboración de un proceso de normalidad de trabajo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Realizar la radiografía postquirúrgica la tarde de la intervención. Los responsables de ello serían el cirujano que cumplimenta la petición de rayos y la dispobnibilidad de celadores en planta para trasladar al paciente al servicio de radiología.
2- Comenzar la sedestación y realización de interconsulta al servicio de rehabilitación a las 24 horas de la intervención. Responsables de ello serían los facultivos médicos de COT que den la orden de sedestación y comienzo de rehabilitación, equipo de enfermería responsable del paciente, disponibilidad de celador y familiares del paciente para comenzar y supervisar dicha sedestación.
3- Valoración e inicio de la deambulación a las 48 horas de la intervención. Responsables de ello los facultativos de rehabilitación y fisioterapeutas que acudirán diariamente a la planta de hospitalización para realizarla.
4- Una mayor implicación y colaboración de los familiares para continuar y mejorar la labor de rehabilitación comenzada por el fisioterapeuta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- El día de comienzo de la rehabilitación. Se monitorizará mediante la historia clínica.
2- Estancia media hospitalaria. Se monitorizará mediante el sistema de codificación de forma anual.
3- Valorar la disminución del número de complicaciones derivadas del encamamiento prolongado. Se monitorizará mediante la historia clínica y la necesidad de realización de medidas terapéuticas añadidas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 11 de mayo de 2015 con aplicación posterior del mismo de manera indefinida.
Ejemplo: Día 1- Intervención quirúrgica. Realización de radiografía postoperatoria la misma tarde.
Día 2- Inicio de la sedestación y realización de hoja de consulta a rehabilitación.
Día 3-Valoración por médico rehabilitador e inicio de bipedestación y deambulación asistida o

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 109

1. TÍTULO

REHABILITACION PRECOZ TRAS INTERVENCION QUIRURGICA POR FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

valoración por geriatra de la necesidad de derivación a Hospital de Media estancia.
Día 4 y siguientes- Continuación del tratamiento en la planta con el fisioterapeuta y familiares.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Rehabilitación precoz
OTRA PALABRA CLAVE 2. Fractura osteoporótica de cadera
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 089

1. TÍTULO

UNIDAD CLINICA MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION AL PACIENTE PSORIASICO

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.
· ROSELLO PARDO ROSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. REUMATOLOGIA
· PEREZ LORENZ JUAN BLAS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· OLIVERA PUEYO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· ALESANCO IGLESIA ALVARO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. INGENIERIA ELECTRONICA
· GILABERTE CALZADA YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a un 2-3% de la población adulta. En España se ha descrito una incidencia de 14 casos por cada 100.000 personas/año, diagnosticándose más de la mitad de los casos antes de los 30 años. La psoriasis es una patología que no sólo se afecta a la piel, sino que se asocia con otras comorbilidades como la artritis psoriásica, síndrome metabólico, ansiedad y depresión. La detección temprana y el tratamiento adecuado de estas enfermedades es importante, dado que podría permitir prevenir su evolución a fases más graves y disminuir el impacto económico derivado de las mismas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general: conseguir una atención integral y multidisciplinaria del paciente con psoriasis mediante la realización de una unidad multidisciplinaria compuesta por dermatólogos, reumatólogos, internistas y psiquiatras.

Objetivos secundarios:
- Mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes con psoriasis.
- Aumentar el conocimiento y autocontrol de sus comorbilidades.
- Mejorar la calidad de vida.
- Apoyar en el impacto psicológico de la psoriasis.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Población del estudio: personas con psoriasis y/o artritis psoriásica atendidos en las consultas de Dermatología o Reumatología del Hospital San Jorge de Huesca.
Criterios de inclusión:
- Tener más de 18 años.
- Poseer un móvil Smartphone
- Dar el consentimiento por escrito del estudio.
- Estar en tratamiento tópico o sistémico para psoriasis

El paciente psoriásico que acuda a consulta de Dermatología o Reumatología rellenará una serie de cuestionarios para detectar:
- Afectación reumatológica precoz o dermatológica respectivamente.
- Presencia de comorbilidades sistémicas (Síndrome metabólico: Obesidad abdominal, hiperglucemia, hipertensión y Dislipemia).
- Sospecha de problema psicosocial (ansiedad, depresión, alteración de la calidad de vida).

En función del resultado del cuestionario el paciente psoriásico será derivado a la consulta del Servicio específico en función de su necesidad, en un horario y hueco de consulta habilitado para tal propósito.

Además el paciente y los facultativos contarán con apoyo de un soporte informático mediante una aplicación para smartphones que permitirá monitorizar los tratamientos y evolución de los pacientes, así como aparición de cualquier factor de riesgo a lo largo de su seguimiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Encuesta de satisfacción de los pacientes.
- Reuniones bimensuales o trimestrales de los facultativos para puesta en común de los resultados obtenidos y valorar objetivos cumplidos; así como dudas o cambios que vayan surgiendo, con el fin de mejorar la atención al paciente psoriásico.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración inicial de un año con continuidad posterior
Junio 2014 a Junio 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Psoriasis/Artritis psoriasica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 089

1. TÍTULO

UNIDAD CLINICA MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION AL PACIENTE PSORIASICO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 398

1. TÍTULO

PROGRAMA PILOTO COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

2. RESPONSABLE ..... JAVIER GARRAPIZ LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES. MEDICO ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL DE HUESCA.
· CAJAL MARZAL ADOLFO. MEDICO ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL DE HUESCA.
· SALILLAS LARROSA VICENTE. MEDICO ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL DE HUESCA.
· CAMPOS REIG RAMON. MEDICO ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL DE HUESCA.
· BRIZ MUÑOZ ELENA. NEUMOLOGA. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN. NEUMOLOGO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· BORDERIAS CLAU LUIS. NEUMOLOGO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 la década de los 70, en Estados Unidos ya se indicaba la importancia de la continuidad asistencial entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria. En España, desde los años 90 se está impulsando esta iniciativa. Así, la SEMFYC y la SEPAR publican de forma conjunta documentos de consenso para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías neumológicas más prevalentes como la EPOC. Desde entonces se han desarrollado varias experiencias en diferentes lugares de nuestro país potenciando esta relación con resultados muy satisfactorios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario.
En Huesca contamos con la experiencia del estudio EPISCAN, en el que colaboró este centro de salud con muy buenos resultados, tanto para atención primaria como especializada. Además constituyó una experiencia muy positiva para el paciente, llegándose al diagnóstico de prevalencia de la enfermedad en nuestra zona, detectando y pudiendo tratar casos de pacientes que de otra manera hubieran pasado desapercibidos.
Por todo ello, consideramos importante la colaboración entre Atención Primaria y Neumología de nuestro Sector, proponiendo un plan de actuación global para realizar el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento del paciente EPOC. Además se provee la realización de reuniones periódicas presenciales de un especialista de Neumología en el Centro de Salud Santo Grial, así como facilitar el intercambio de información telemática vía e-mail (de preferencia), wapps y teléfono (en casos urgentes).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No disponemos de resultados previos dado que se trata de una nueva experiencia.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detección precoz de la EPOC.
Clasificación del paciente EPOC según grado de obstrucción (Guía SEPAR), fenotipo y gravedad de la enfermedad según criterios GesEPOC/BODE o BODEx.
Tratamiento y seguimiento de la enfermedad.
Potenciar la deshabituación tabáquica en los pacientes incluidos en el programa.

Mejorar el registro en OMI del paciente fumador y del paciente EPOC

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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. Según resultados se ampliará el estudio funcional y valoración de gravedad.
En Pacientes diagnosticados con anterioridad de EPOC:
En este tipo de pacientes realización de espirometrías y test broncodilatador incidiendo más en la valoración de la gravedad para adecuar al máximo los tratamientos actuales disponibles.
En todos los grupos incidir al máximo en el abandono del tabaquismo, ofertando tratamiento específico para aquellos que así lo deseen.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluar el número de espirometrías realizadas en los pacientes que cumplen los criterios anteriores.
Evaluar el número de pacientes EPOC diagnosticados y reevaluados por atención primaria y especializada.

Mejora del registro de EPOC y tabaquismo en OMI.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Feb 2015:
o Redacción del programa de colaboración.
• Marzo-Diciembre2015:
o Inicio de realización de espirometrías y derivación a Atención especializada si procede.
• Enero-febrero2016:
o Evaluación del programa.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 398

1. TÍTULO

PROGRAMA PILOTO COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 669

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN QUIROFANO: IMPLANTACION DEL SISTEMA KANBAN

2. RESPONSABLE ..... PAULA GOMEZ RIVAS
· 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
· VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA
· ARROYOS BELLOC FRANCISCA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. FARMACIA
· SERRANO BITRIAN MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANO
· LAGUARTA HORTAS ANA BELEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUMINISTROS
· AMADOR RODRIGUEZ PILAR. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente la dispensación de medicamentos en quirófano se realiza mediante el sistema tradicional de reposición de stock. Este sistema consiste en establecer depósitos de medicamentos (sub-almacenes) controlados por el personal de enfermería, con cantidades de las especialidades farmacéuticas que cubren las necesidades habituales de los pacientes a los que atiende. Cada día de la semana (lunes a viernes) la supervisora de quirófano realiza una previsión de las necesidades y con ello una petición informática al Servicio de Farmacia para reposición de los sub-almacénes. Por tanto corresponde a un sistema en el que el cliente interno (personal asistencial) tiene la responsabilidad de mantener el nivel de producto necesario para cubrir el consumo previsto entre dos peticiones. No obstante, se ha constatado que realizar de forma “manual” una previsión del consumo es una tarea difícil y costosa, por lo que se producen con relativa frecuencia peticiones fuera del circuito por falta de producto o acumulaciones de stocks excesivos en otras ocasiones.

En resumen el actual sistema de dispensación presenta varios inconvenientes:
- elevado tiempo de personal asistencial dedicado a labores burocráticas
- sobredimensionamiento de stocks en sub-almacenes
- deterioro y caducidad de medicamentos almacenados que no se consumen
- movimientos de personal innecesarios (pedidos “extra”)

Por todo ello, el objetivo del presente proyecto es la mejora del sistema de dispensación en quirófano mediante la implantación del sistema Kanban o doble cajón.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la eficiencia en la reposición de los sub-almacenes de quirófano
- Mejorar el control del stock
- Disminuir el coste de los medicamentos almacenados
- Reducir las pérdidas de material por caducidades, mermas y obsolescencias
- Estabilización de la demanda de medicamentos
- Reducir el tiempo de enfermería dedicado a previsión y control del stock para poder dedicarlo a la actividad asistencial y por tanto al cuidado del paciente
- Aumentar la seguridad en el proceso de utilización de medicamentos en el quirófano
- Promover la participación e integración del servicio de farmacia en los servicios asistenciales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El sistema Kanban consiste en que cada medicamento se almacena en dos cajones y cada uno contiene la misma cantidad de producto. El cajón anterior o delantero está marcado con una tarjeta blanca y cajón trasero o posterior está marcado con una tarjeta roja. Cuando se acaba el medicamento del primer cajón el personal sanitario extrae la tarjeta blanca, depositándola en el lugar habilitado para ello y continúa consumiendo del segundo cajón. Si se agota el medicamento del segundo cajón se extrae la tarjeta roja, depositándola igualmente en el lugar habilitado para ello. El personal del Servicio de Farmacia recibe las tarjetas de reposición y prepara el pedido correspondiente a cada tarjeta, que es repuesto depositándolo en el cajón correspondiente junto con su tarjeta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Diferencia número de especialidades farmacéuticas almancenadas en quirófano antes y después de Kanban.
- Diferencia líneas de dispensación/mes antes y después de Kanban
- % reducción consumo de medicamentos/mes antes y después de Kanban
- % ahorro tiempo de auxiliar de farmacia en pedidos de quirófano

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer trimestre: Estudio del consumo histórico de cada medicamento en quirófano y revisión de los sub-almacenes. Propuesta y acuerdo de los medicamentos y cantidades necesarias en cada sub-almacén.
- Segundo trimestre: Diseño del nuevo circuito de dispensación (tarjetas, horarios, responsabilidades,…)
- Tercer trimestre: Implantación prueba piloto en un quirófano y evaluación
- Cuarto trimestre: Implantación en resto de quirófanos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 669

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN QUIROFANO: IMPLANTACION DEL SISTEMA KANBAN

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 323

1. TÍTULO

PROYECTO DE CONTINUIDAD EN LA COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA) Y ATENCION PRIMARIA (CENTRO DE SALUD PIRINEOS DE HUESCA)

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.
· COSCOJUELA PUEYO CARMEN. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA CALVO ANGEL. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· GALVE VALLE BEATRIZ. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MADROÑERO VUELTA ANA BELEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las características de los pacientes atendidos en nuestro sector sanitario, cada vez de mayor edad y pluripatología, hacen indispensables su accesibilidad al sistema sanitario y la continuidad de sus cuidados. La colaboración entre los dos niveles asistenciales, Atención Primaria y Especializada ha demostrado mejorar la calidad en la atención al paciente, evitar los desplazamientos innecesarios al hospital, tanto al Servicio de Urgencias como a consultas especializadas, acelerándose el estudio y/o exploraciones necesarias en los casos pertinentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2014 se inició el Proyecto de Coordinación entre Atención Primaria (Centro de salud Pirineos) y Medicina Interna del Hospital San Jorge de Huesca, desarrollándose hasta mayo de 2015. Se han llevado a cabo durante este tiempo 6 reuniones presenciales, 2 sesiones de actualización y se han comentado hasta 33 casos de pacientes con dificultad diagnóstica o de manejo, de los cuales 4 se han derivado a consultas externas hospitalarias, resolviéndose los 29 restantes sin necesidad de derivación ni ingreso hospitalario. El grado de satisfacción de los profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales ha sido elevado. Los resultados obtenidos en los últimos años en otros Proyectos de colaboración del Servicio de Medicina Interna con otros centros de Atención Primaria de nuestro sector también han sido muy satisfactorios.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Continuar manteniendo un contacto fluido (telefónico, vía mail y/o presencial) entre Centro de Salud Pirineos y Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge de Huesca.
2. Disminuir la demora asistencial en los casos necesarios.
3. Reducir los desplazamientos evitables de los pacientes al hospital.
4. Control conjunto de pacientes crónicos y/o de diagnóstico y seguimiento complejo.
5. Continuar desarrollando sesiones conjuntas de temas de actualización y/o interés científico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Llevar a cabo reuniones presenciales mensuales en el Centro de Salud Pirineos.
2. Reservar un tiempo semanal para consultas sobre pacientes vía mail.
3. Realizar un registro de los pacientes comentados/consultados.
4. Charlas de actualización periódicas entre los profesionales.
5. Realizar una encuesta de grado de satisfacción de los profesionales implicados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de reuniones presenciales por año.
2. Número de charlas o sesiones de actualización por año.
3. Número de interconsultas realizadas por año.
4. Número de pacientes consultados en los que se realiza un estudio y/o tratamiento sin necesidad de ingreso hospitalario/año.
5. Número de casos consultados resueltos sin precisar ser derivados a consultas externas hospitalarias/año.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se trata de una actividad en funcionamiento. Las reuniones presenciales son mensuales, en fecha previamente fijada por ambas partes. Los contactos vía mail o telefónicos se podrán realizar de forma continuada. Fecha inicio: Mayo de 2015. Fecha fin: Mayo 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 687

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA FIEBRE INTRAPARTO EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE (HUESCA)

2. RESPONSABLE ..... MONICA HERNANDEZ ARAGON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ CAMPO LEYRE. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROY RAMOS VIRGINIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VELA LETE ANA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FERNANDEZ BENEDICTO ALMUDENA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HUERTA BLAS PALOMA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una práctica clínica segura exige: identificar qué procedimientos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente, disminuyendo así la incidencia de efectos adversos y la variabilidad interobservador.
Uno de los problemas que se nos puede plantear durante el parto es la existencia de fiebre materna, que a veces nos pasa inadvertida, y administrar el tratamiento más óptimo para ella.
Se define como fiebre materna intraparto a la temperatura (oral) igual o superior a 38ºC. Su prevalencia es muy variable, siendo la más habitual en torno al 10% de las gestantes de parto.
Los factores de riesgo para aumento de temperatura materna en el parto son: analgesia epidural, parto prolongado, bolsa rota de más de 12 horas, inducción de parto, meconio, colocación de dispositivos internos y la realización de múltiples tactos vaginales (más de 5). La mayoría son factores de riesgo para infección intraamniótica o para recibir analgesia epidural. Por tanto, su etiología puede ser infecciosa o no infecciosa (fundamentalmente relacionada con la analgesia epidural).
Durante el parto, el diagnóstico de corioamnionitis se ve dificultado, por lo que salvo que se demuestre lo contrario, debemos sospechar infección intraamniótica siempre que la temperatura materna alcance los 38ºC. En pacientes con analgesia epidural, la clínica y la analítica no son suficientes para el diagnóstico diferencial con infección; siempre se debe administrar tratamiento antibiótico (más antitérmico).
El manejo correcto de la fiebre intraparto reduce las posibles consecuencias tanto maternas como fetales y neonatales:
Maternas: alteraciones del trabajo de parto, aumento de cesáreas y parto instrumental, endometritis, tromboflebitis séptica, abscesos pélvicos, shock séptico. Además, es factor de riesgo para hemorragia postparto, por lo que también deberíamos protocolizar su profilaxis.
Fetales/neonatales: puntuación menor en el test de Apgar, hipotonía, aumento de necesidad de reanimación, oxigenoterapia, intubación, aumento de neumonía, meningitis, sepsis, síndrome de aspiración meconial, alteraciones del desarrollo neurológico a corto y largo plazo y muerte fetal o neonatal.
De todo esto deducimos la importancia del diagnóstico de fiebre intraparto y de su tratamiento óptimo de forma protocolizada. Actualmente pensamos que existe en nuestro hospital un infradiagnóstico y un infratratamiento de la misma, por ello hemos desarrollado esta línea de mejora. Fundamental es concienciarnos también de la prevención, disminuyendo en lo posible el número de tactos vaginales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS: Protocolizar el manejo de la fiebre intraparto para optimizar el tratamiento y disminuir la variabilidad de actuación entre profesionales; disminuir las complicaciones maternas y fetales asociadas y limitar el intervencionismo no justificado.
-Insistir en la medición de la temperatura a todas las gestantes en sala de dilatación de forma periódica. Esta medición será oral de elección.
-Realizar un protocolo de acción para la fiebre intraparto conocido por todo el servicio. Establecer cuál es la pauta antibiótica de elección en cada caso y su duración. Determinar en qué situaciones necesitamos pruebas diagnósticas adicionales.
-Presentación de dicho protocolo en sesión clínica al personal que atiende partos, incluido Pediatría.
-Realizar un algoritmo de actuación y colocarlo en las salas de partos.
-Recogida de los casos de fiebre intraparto y resultados. Análisis de la actuación.
-Mejoría de los resultados perinatales: ingresos y complicaciones neonatales.
-Mejoría de la calidad asistencial y seguridad del paciente. Disminuir patología y reingresos maternos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Revisión de la evidencia científica: guías clínicas, revisiones, protocolos de otros hospitales (Hernández, Villalobos, Huerta)
-Elaboración de un protoloco para la fiebre intraparto, aplicado por todo el hospital (Hernández, Villalobos, Huerta)
-Plasmar dicho algoritmo en formato póster. Se repartirán varios pósters por dilatación, paritorios y quirófanos. (Ruiz)
-Impartición de sesiones clínicas para todas las categorías implicadas en el proceso del parto (Hernández, Vela)
-Elaboración de base de datos para recogida de datos y resultados (Ruiz, Fernández)
-Recogida de datos de casos de fiebre intraparto (Roy, Fernández)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 687

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA FIEBRE INTRAPARTO EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE (HUESCA)

-Análisis de la actuación y posteriores complicaciones. Datos de reingresos maternos por causa infecciosa y neonatales. Presentación de resultados (Hernández, Pérez

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Cumplimentación del protocolo antibiótico: mayor de 90%
-Ingresos neonatales y traslados a centros terciarios (de partos con fiebre): menor de 10%
-Reingresos maternos (de partos con fiebre): menor de 5

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Revisión de la evidencia científica. Abril-Mayo 2015
Elaboración y presentación del protocolo de actuación. Junio 2015
Puesta en marcha. Julio 2015
Primera evaluación de resultados y sesión conjunta para comentarlos. Noviembre 2015
Evaluación final de resultados, indicadores y evolución del proyecto. Abril 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 059

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA DEL ICTUS PARA FAMILIARES Y PACIENTES

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA HUERVA SAMBIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUALLAR BALLARIN ALICIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· PALAU FUMANAL BEATRIZ. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Según el estudio realizado por Teresa Ballarin Audina. Sobre los conocimientos sobre el ACV de los cuidadores de pacientes ingresados en el área de ictus.

Un elevado porcentaje de los cuidadores conoce el término ictus pero no conoce los signos de alarma ni la rapidez de actuación que requiere esta enfermedad
Un cincuenta por ciento de los cuidadores conocen los cuidados que se deben realizar Nutrición, Comunicación, y movilización
Seria beneficioso una una actuación de educación sanitaria dirigida a todos los niveles

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Realizada hoja informativa, adaptada a nuestra unidad y pendiente de validar por Jefe de Servicio de Neurología y Jefa de Unidad.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Tanto familiares como pacientes conozcan los signos y síntomas de la enfermedad.
2.- Tambien los cuidados necesarios para continuar con el cuidado de su familiar.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizado tríptico informativo.
Información a los componentes de Area de Ictus.
Reparto del tríptico a todos los familiares al día siguiente del ingreso, en el turno de mañana.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Seguimiento mediante registro del correcto reparto de la información mediante cortes periódicos (aprox. una vez a la semana).
-Pendiente de realizar en un furturo test para comprobar que el paceinte ha mejorado en información sobre su proceso.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se estima una duración del proyecto de un año apróximadamente.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ICTUS
OTRA PALABRA CLAVE 2. SIGNOS
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 160

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS TRAS BIOPSIA CON AGUJA GRUESA DE LA GLANDULA TIROIDEA

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.
· SANCHEZ LALANA EVA. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· CAMBRA FIERRO MARIA PILAR. MIR. HOSPITAL SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· FONTANA CALVO ISABEL. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· ALASTRUEY LASOBRAS PILAR. ENFERMERO/A. HOSPITAL SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· MOREU CASTELLO CRUZ. ENFERMERO/A. HOSPITAL SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aumento de tamaño de la glándula tiroidea se conoce como bocio, suele producirse por unos nódulos que hacen protuberancia en la glándula, pudiendo ser únicos (nódulo tiroideo solitario) o múltiples (bocio multinodular)

El estudio de benignidad o malignidad de éstos nódulos se realiza mediante la realización PAAF (punción aspirativa con aguja fina) o BAG (punción aspirativa con aguja gruesa), siendo éste último método el usado en nuestro Servicio de Radiodiagnóstico.
Ambos métodos consisten en la punción desde el exterior y bajo control de ecografía, de un nódulo tiroideo con objeto de obtener una muestra para análisis del mismo por parte del servicio de anatomía patológica, que nos permita saber si su naturaleza es benigna o maligna.

Una complicación poco frecuente de este procedimiento es el Hematoma sofocante, se presenta en <1% de los casos. Consiste en la ocupación del espacio central del cuello dónde se alojaba el tiroides por sangre a tensión, de manera que comprime la vía respiratoria y puede generar asfixia. Su tratamiento es la descompresión urgente en el quirófano, abriendo la herida y limpiando el hematoma. Es habitual en estos casos tener que asociar una traqueostomía que casi siempre es temporal.

Ante este problema detectado, el equipo de trabajo del Servicio de Radiodiagnóstico, junto con profesionales de Otorrinolaringología y Medicina Intensiva, nos planteamos un protocolo de rápida actuación para solucionar el problema y abordarlo de manera multidisciplinar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar un protocolo de actuación ante la urgencia que plantea el paciente que presenta un hematoma cervical como complicación de una biopsia en la glándula tiroidea, realizada en una sala del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge de Huesca, que incluya:

- permeabilidad de la vía aérea
- control de las constantes vitales
- control continuo ecográfico del tamaño del hematoma
- rápida intervención quirúrgica con drenaje del hematoma si progresa

Todo ello dirigido a evitar el colapso respiratorio del paciente y una parada cardiorrespiratoria producida por asfixia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones mensuales del equipo para realizar las siguientes actividades:

a) Realización del protocolo de actuación desde el Servicio de Radiodignóstico del Hospital San Jorge de Huesca, ante la sospecha de hematoma cervical. Consensuado entre servicios implicados.
b) Formación de los profesionales implicados en todo el proceso de activación de esta urgencia.
c) Implementación de dichos protocolos y puesta en marcha del programa.
d) Recogida de datos de los casos realizados. Mostrando si fue un hematoma leve o grave, si requirió urgencia quirúrgica inmediata por el Servicio de ORL, o control del hematoma en UCI durante 24h.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de reuniones del equipo de mejora.
- Número de pacientes que presentan hematoma cervical secundario a la realización de la biopsia tiroidea.
- Número de pacientes que requieren control con conducta expectante en UCI vs planta (según la cuantía del sangrado) o intervención quirúrgica urgente.
- Nº de pacientes con complicación postbiopsia / Nº de pacientes que se realiza biopsia x 100.
- Nº de biopsias realizadas total.
- Nº de días de estancia hospitalaria.
- Elaboración del protocolo: Si / No
- Difusión de dichos protocolos consensuados y publicación en intranet.
- Formación de profesionales implicados y puesta en marcha del programa a lo largo del año.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio del proyecto, el 11 de mayo de 2015, tras la presentación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 160

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS TRAS BIOPSIA CON AGUJA GRUESA DE LA GLANDULA TIROIDEA

de un caso de hematoma cervical en el Servicio de Radiodiagnóstico.
Finalización de la primera fase, el 31 de diciembre del mismo.

11. OBSERVACIONES. Necesidad de establecer un protocolo de actuación ante un hematoma cervical por el riesgo vital que conlleva. Establecer una rápida actuación de todos los profesionales para evitar el riesgo vital que supone y mejorar la seguridad del paciente11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. complicaciones
OTRA PALABRA CLAVE 2. hematoma
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 555

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO HOSPITALARIO DE ACTUACION PARA LAS PERDIDAS GESTACIONALES TEMPRANAS

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.
· VELA LETE ANA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABAD RUBIO CRISTINA. MIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· OBON CASTEL BEATRIZ. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GASCON MAS ELENA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABIO ALBERO SONIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· VEGA VASQUEZ JESSICA PAOLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una de las patologías más frecuentes que acuden a las urgencias del Servicio de Obstetricia y Ginecología son las hemorragias del primer trimestre. En la mayoría de ellas se diagnostica una pérdida gestacional precoz (aborto del primer trimestre), lo que conlleva generalmente un estudio preoperatorio, un legrado obstétrico por el equipo de urgencias con anestesia general y hasta dos días de hospitalización. El porcentaje de pérdidas gestacionales durante las primeras semanas de embarazo supera el 15%. Con este procedimiento se pretende ofertar la posibilidad de un tratamiento farmacológico en los casos que se pueda, con la finalidad de disminuir el número de intervenciones quirúrgicas y, si es preciso un legrado obstétrico, que pueda realizarse en régimen de cirugía mayor ambulatoria evitándose el ingreso hospitalario de la paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No hay resultados previos en este servicio.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantar un nuevo protocolo de pérdida gestacional temprana en el hospital para mejorar la asistencia, reduciendo en un 20-25% las intervenciones quirúrgicas y en mayor grado la hospitalización de estas pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Finalizar el protocolo de pérdida gestacional temprana del Servicio y aprobación por parte de todos los miembros del mismo y del Hospital. Desarrollo de la estrategia acordada y valoración de los resultados clínicos y asistenciales obtenidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Pacientes diagnosticadas de pérdida gestacional temprana en Urgencias y en la Consulta de Obstetricia.
- Relación tratamiento médico / tratamiento quirúrgico.
- Tasa de éxito del tratamiento, teniendo en cuenta las pacientes que han requerido un legrado obstétrico tras el tratamiento farmacológico o que han requerido una reintervención tras un legrado por persistencia de restos deciduocoriales.
- Estancia media de las pacientes sometidas a legrado obstétrico.
- Nº de consultas / paciente.
- Reducción de gasto sanitario del tratamiento médico frente al quirúrgico.
- Grado de satisfacción de la paciente con el tratamiento recibido.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Presentación del protocolo 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 modificaciones. Al finalizar el año, presentar datos, índice de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Pérdida gestacional temprana
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 052

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. 2º FASE DEL PROYECTO DE MEJORA: CONSOLIDACION

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA LATORRE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BESTUE CARDIEL MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· BALLESTER MARCO LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· DIAZ GOMEZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· EIZMENDI BINDER ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· CLAVER ARILLA MARIBEL. TCAE. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central. La incidencia en nuestro medio es de 40-70/100000 habitantes, en nuestro sector seguimos de forma regular a unos 110 pacientes. Afecta preferentemente a adultos jóvenes con edad media de inicio entre los 20-40 años, siendo la principal causa de discapacidad en el adulto joven. El impacto socio-económico de la enfermedad es muy elevado y el manejo del proceso global del paciente es complejo y requiere un compromiso multidisciplinar.
Está ampliamente demostrado que la creación de una consulta monográfica mejora la calidad técnico-asistencial, la relación coste/beneficio, la gestión, la docencia, facilita la investigación y a diferencia de la creación de una unidad clínica especializada que quedaría para hospitales de tercer nivel, no supone un gasto adicional al servicio, sino al contrario supone en hospitales de segundo nivel una mejora en el proceso asistencial haciéndolo más eficiente, al disponer de un personal con mayor competencia en una patología en la que se manejan en la actualidad fármacos cada vez más específicos, con un elevado coste económico e importantes dificultades en su manejo por las potenciales complicaciones que presentan.
Por otra parte, este tipo de consultas mejoran la competencia profesional del facultativo, el cual aplica cada vez con más rigor los criterios diagnósticos y las diversas estrategias terapéuticas actuales. Además, dada la experiencia y utilidad de este tipo de consulta monográfica en EM en otros hospitales, así como la acreditación de sus buenos resultados hacen más obligada su implantación. Estos aspectos vienen reflejados en el Plan Estratégico Nacional Para el Tratamiento Integral de las Enfermedades Neurológicas.

En el año 2014 se crea el grupo de mejora para la asistencia de los pacientes con esclerosis múltiple. El desarrollo y aparición de nuevos fármacos en esta enfermedad, así como su alto coste y la complejidad de esta patología, nos obliga a continuar desarrollando la asistencia de esta enfermedad, protocolizando el manejo de estos fármacos, estableciendo un tiempo adecuado para estos pacientes, y precisando de una o dos personas de referencia en nuestro sector que atiendan a esta patología compleja y sirvan de consultores para el resto de facultativos.
Por otra parte, la asistencia del brote, en estos momentos se realiza en el servicio de urgencias, provocando una carga sobre la misma y una molestia innecesaria para el paciente, así como un gasto para el hospital (ya que muchos de estos pacientes se les aplica tratamiento corticoideo iv durante varios días, requiriendo hospitalización en hospital de día para su administración). Esta hospitalización de día podría evitarse, con la asistencia de esos pacientes por los componentes de la unidad y aplicando tratamiento expedido por farmacia con corticoides orales (como se hace en otros hospitales de nuestra comunidad), evitando el ingreso del paciente y el uso de un recurso innecesario.
Por tanto, el proyecto iniciado en 2014, debe continuar su desarrollo protocolizando todos los nuevos fármacos, desarrollando la formación y la competencia de los FEAS que atienden a estos pacientes y valorando las necesidades de los mismos en nuestro sector para mantener una asistencia eficiente y de calidad.
Se tratará de establecer alianzas con otros servicios cuya asistencia sea precisa para los pacientes como oftalmología, urología, digestivo, etc, para poder atender los síntomas que impactan en la calidad de vida de nuestros pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El establecimiento de la consulta monográfica durante este año ha permitido una mayor dedicación a este tipo de paciente desde el punto de vista integral en consulta médica y de enfermería así como un mejor control y seguimiento de los nuevos tratamientos orales para la esclerosis múltiple.

Se han atendido 45 pacientes con esclerosis múltiple en las consultas específicas y la enfermera formada en la atención de los pacientes con esta enfermedad ha realizado 145 asistencias a estos pacientes, bien por controles intermedios de los fármacos (evitando consultas al especialista), bien por cuestiones de educación sanitaria, bien por detección de problemas a demanda de los pacientes.
Se han realizado los protocolos de uso y de actuación de Fampridina y de controles para la enfermería de Fingolimod y se han resuelto consultas de otros facultativos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nos proponemos los siguientes objetivos para seguir mejorando la asistencia al paciente:
1. Seguir realizando una atención más individualizada a los pacientes con EM, con completa exploración neurológica, incluida vía visual, realización de escalas de discapacidad, de depresión, de calidad de vida…Control exahustivo de los tratamientos inmunomoduladores , los nuevos tratamientos orales, así como los

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 052

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. 2º FASE DEL PROYECTO DE MEJORA: CONSOLIDACION

tratamientos sintomáticos, detección de otros problemas asociados como el deterioro cognitivo, trastornos urológicos, trastornos del ánimo, espasticidad limitante…
2. Completar el estudio rápido del paciente que consulta por un primer episodio neurológico sugestivo de EM (CIS o síndrome clínico aislado) con solicitud urgente de RM craneal vs medular y realización precoz de punción lumbar.
3. Atender precozmente al paciente ya diagnosticado de EM que presenta un brote clínico, después de haber recibido tratamiento con corticoides de forma urgente, para valoración de discapacidad y evolución, valoración de cambio de tratamiento, solicitar consulta de rehabilitación precoz…
4. Continuar con la consulta conjunta con enfermera especializada en esclerosis múltiple para el manejo de los fármacos inmunomoduladores, que son de administración parenteral (subcutánea o intramuscular) y que ésta misma enfermera es la encargada del adiestramiento en la técnica de la inyección del fármaco, detección de complicaciones asociadas a ellos, control mediante protocolos de los nuevos fármacos orales y valoración de otros aspectos que presenta el paciente de forma global.
5. Seguir mejorando en la implantación de protocolos de actuación para la introducción de nuevos fármacos.
6. Seguir posibilitando la derivación de otros pacientes atendidos por otros facultativos de la unidad sin tener que derivar a los pacientes a un hospital de 3º nivel.
7. Seguir facilitando la colaboración con atención primaria en el manejo de estos pacientes, facilitando un número de teléfono para agilizar citas de consulta y resolver situaciones intercurrentes.
8. Continuar con la creación y actualización de la base de datos de enfermos con EM en nuestro sector ya iniciada hace más de un año. Esto no sólo sirve para tener a los individuos registrados, sino poder realizar seguimientos mediante gráficas de diferentes tratamientos y el tiempo de utilización, evolución de la enfermedad, exploraciones complementarias… de cara a investigación.
9. Continuar colaboración con otros servicios implicados en la enfermedad como Rehabilitación, Urología, Psiquiatría, Digestivo, Radiología…
10. Colaboración con asociaciones de enfermos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Mejorar la asistencia del paciente con Esclerosis Múltiple
a. Segmentación de estos pacientes, evitando listas de espera y adecuando las citas a los controles que precisen bien por su situación, bien por el control del tipo de tratamiento que lleven.
b. Cita y atención rápida cuando tienen un brote evitando asistencias en urgencia, al poder ser atendidos en tiempo por el personal de la unidad.
c. Implantación del tratamiento con corticoide oral para el brote, suministrado por el servicio de farmacia, que evitará en la mayoría de los brotes que tengan que hacer uso de hospital de día u ingreso hospitalario.
d. Protocolización de uso de todos los nuevos tratamientos orales (dimetil-fumarato, teriflunomida), así como de los controles que deba realizar por parte de enfermería.
2. Mejorar la supervivencia y la calidad de vida del paciente a través de una asistencia personalizada a las necesidades de cada paciente.
3. Prevención de complicaciones de los tratamientos parenterales y los nuevos fármacos orales a través del seguimiento cercano y apoyo de la enfermería.
4. Mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Consolidación consulta monográfica (SI/NO)
2. Nº paciente o porcentaje del total de pacientes con esclerosis múltiple que se han beneficiado de los nuevos tratamientos orales en seguimiento según protocolo realizado en un año en una consulta monográfica (SI/NO)
3. Nº de pacientes remitidos o consultados por resto de FEAS
4. Consolidación del proceso fampridina diseñado. Nº de pacientes a los que se ha realizado
5. Consultas de enfermería realizadas
6. Implementación de nuevo tratamiento del brote con corticoides orales (SI/NO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Se realizará una reunión a lo largo del mes de mayo con todos los componentes del equipo para explicar la continuidad del proyecto y se indicarán al resto de los componentes del grupo de mejora los objetivos para el año 2015, así como el reparto de tareas.
2. Se aumentarán las consultas a dos, según el número de pacientes y derivación por otros compañeros si se estima necesario por la demanda generada.
3. En septiembre-octubre se realizará una reunión para ver la marcha del proceso y los problemas detectados.
4. En Noviembre se realizará una evaluación preliminar de resultados y acciones correctoras
5. Diciembre se realizará un pequeño informe sobre la marcha del proceso y los objetivos 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora asistencial

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 052

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. 2º FASE DEL PROYECTO DE MEJORA: CONSOLIDACION

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 397

1. TÍTULO

PROYECTO DE COORDINACION ENTRE ATENCION HOSPITALARIA (SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL SAN JORGE) Y ATENCION PRIMARIA (CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO, HUESCA)

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MADROÑERO VUELTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EGIDO MURCIANO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· GALVE VALLE BEATRIZ. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· ESCRIBANO PARDO DANIEL. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· CAJARAVILLE ASO PILAR. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· BESCOS GARCIA BLANCA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· CIRIA LAGUARTA GEMMA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las características de los pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario, cada vez de mayor edad y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, hacen que sea prioritaria su accesibilidad al sistema y la continuidad en sus cuidados. La intervención conjunta entre los dos niveles asistenciales, Atención especializada Hospitalaria y Atención Primaria, proporciona una calidad en la atención al paciente muy superior a la conseguida por cada uno de ellos de forma individual. Por ello queremos desarrollar un programa de colaboración que mejore la comunicación entre profesionales de cara a atender las expectativas de los usuarios, aportando beneficios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario. Esperamos conseguir que se mantenga un contacto fluido entre el Centro de Salud y el Servicio de Medicina Interna del Hospital, reducir los desplazamientos evitables de los pacientes, disminuir la demora asistencial, facilitar ingresos directos en casos urgentes y controlar mejor a los pacientes crónicos complejos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La colaboración entre Atención especializada (Medicina Interna) y Atención Primaria se ha estado llevando a cabo en los últimos años en otros centros de salud de nuestro sector con resultados muy positivos. Se ha compartido un número considereble de casos, de los cuáles, la mayoría se han resuelto sin remitir al hospital, evitando consultas a Urgencias e ingresos innecesarios, acelerándose las exploraciones complementarias en los casos necesarios, consiguiéndose con ello, un alto grado de satisfacción de los profesionales implicados. Se han realizado además, sesiones clínicas de revisión de temas de interés.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mantener un contacto fluido entre el Centro de Salud Perpetuo Socorro y el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge de Huesca.
- Disponer de un interlocutor de los médicos de Atención Primaria de dicho centro de Salud en el entorno hospitalario.
- Disminuir la demora asistencial en casos necesarios y/o urgentes.
- Reducir los desplazamientos evitables de los pacientes al hospital
- Control conjunto de pacientes crónicos y/o de diagnóstico y seguimiento complejo
- Desarrollo de sesiones conjuntas de actualización de temas de interés
- Conseguir un alto grado de satisfacción de los profesionales implicados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reuniones presenciales (mensuales) con el internista de referencia en el Centro de Salud Perpetuo Socorro
- Facilitar el correo electrónico y una extensión telefónica para mantener el contacto continuo entre dichos profesionales
- Realizar un registro de los pacientes-casos comentados
- Charlas o sesiones de actualización periódicas entre los profesionales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de reuniones presenciales/año
- Número de interconsultas realizadas o pacientes compartidos/año
- Registro de pacientes en los que se realiza un estudio y/o tratamiento sin necesidad de ingreso hospitalario/año
- Valoración de satisfacción por ambas partes implicadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las reuniones conjuntas se llevarán a cabo de forma mensual, con fecha previamente fijada y acordada por ambas partes.
Los contactos vía mail o telefónica se podrán realizar de forma continuada según los requerimientos.
Inicio: una vez aprobado el proyecto se fijará la primera reunión (Mayo-Junio/15)
Finalización: Mayo-Junio/16
Consideramos que el proyecto deberá tener una continuidad posterior.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 397

1. TÍTULO

PROYECTO DE COORDINACION ENTRE ATENCION HOSPITALARIA (SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL SAN JORGE) Y ATENCION PRIMARIA (CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO, HUESCA)

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 148

1. TÍTULO

CONTINUACION DEL PROYECTO DEL AÑO ANTERIOR EDUCACION A PAIENTES INSULINO-DEPENDIENTES. NOS FALTA LA ULTIMA FASE DEL PROYECTO DE MEJORA QUE ES LA DE CONTROL

2. RESPONSABLE ..... AMAYA MALON MARCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRAZOLA ALBERDI OIHANA. . H.SAN JORGE DE HUESCA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Para control de nuestro proyecto hemos diseñado una encuesta a pacientes con tratamiento de insulina que estan ingresados.

Conocer si el adistramiento es eficaz

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Los pacintes insulinodependientes se estan pinchando ellos mismos durante el ingreso , bajo la supervision de la enfermera
Hemos recogido ya

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Todos los pacintes que se van de alta debe pincharse la insulina
Conocer lo que han aprendido en nuestra unidas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Encuesta realizada a todos los pacientes intresdos co

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de encuetas intregadas
Nuumeros de pacentes satisfechos con la informacion
Pasos de la educacon que les han resultado mas utiles a los pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El tiempo necesario para obtener un numero suficiente de pacientes

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. educacion
OTRA PALABRA CLAVE 2. autoinyeccion
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 185

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN EL SECTOR HUESCA

2. RESPONSABLE ..... BARBARA MENENDEZ JANDULA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LEZAUN NAVARRO MARIA ANGELES. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GARCIA ERCE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CEBOLLERO MATA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CAMINO GUIU MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· BORREL RONCALES MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARCO AMIGOT JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante mas de 50 años los anticoagulantes orales tipo dicumarínicos (principalmente Sintrom®) han sido el tratamiento de elección para prevenir la incidencia de eventos tromboembólicos en pacientes susceptibles. En los últimos cinco años han surgido nuevos anticoagulantes, ACODS(anticoagulantes orales de acción directa) con algunas característica que difieren del tratamiento clásico y ciertas ventajas.
El Servicio de Hematología del Hospital San Jorge, dispone de una consulta específica para los pacientes que precisan Sintrom®, a la que son remitidos para inicio, ajuste y seguimiento del tratamiento. A todos los pacientes se les crea una ficha en el programa informático y se le informa durante 20-30 minutos de las características del tratamiento y recomendaciones acerca del mismo para evitar complicaciones asociadas. En el caso de los ACODs, hemos detectado que los pacientes no son informados ni instruidos acerca de tales aspectos, esto, unido a que no precisan monitorización, favorecería la falta de adherencia al tratamiento y la posibilidad de complicaciones asociadas al mismo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos son:
Mejorar la calidad de la atención prestada al paciente anticoagulado
Servir como servicio de referencia al paciente y resto de personal sanitarios para incidencias y otros aspectos relacionados con el tratamiento.
Mejorar la adherencia al tratamiento de estos pacientes
Mejorar la seguridad del tratamiento
Facilitar las labores de farmacovigilancia
Asesoramiento de otros profesionales en situaciones especiales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los pacientes serían canalizados a la Unidad de tratamiento anticoagulante a través de un volante único. Los especialistas de la unidad generaría una base de datos en la que figurarían aspectos relacionados con el tratamiento y se encargarían del asesoramiento al resto de profesionales(pautas para cirugía, conducta ante complicaciones,etc). Las enfermeras de la unidad serían las encargadas de proporcionar la educación de los pacientes independientemente del nivel en que se originase la indicación. En función de la prevalencia se prevee implicar a primaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes canalizados a la unidad /numero de pacientes que han iniciado ACODS (datos de visado de farmacia).
Número de pacientes que presentan complicaciones(notificación a través de formulario

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio a la menor brevedad posible, valoración anual de indicadores. En una primera fase se elaboraría la documentación necesaria (volante de canalización, material informativo para el paciente, hoja de notificación de complicaciones), información al resto de profesionales implicados, registro de datos, análisis de datos, detección de nuevas oportunidades de mejora.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fibrilación auricular

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ACODS
OTRA PALABRA CLAVE 2. ADHERENCIA
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 097

1. TÍTULO

GUIA TOMA DE MUESTRA PARA CONTROL BIOLOGICO AMBIENTAL

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA 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
· MARTINEZ LOPEZ INMACULADA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PEREZ SANCHEZ DIEGO. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CORTES RAMAS ANA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· BELLIDO RUIZ ROSARIO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· COLMENAREJO SERRANO CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los cultivos ambientales están orientados a la vigilancia y control de la infección nosocomial producidas por hongos oportunistas en los pacientes sometidos a determinadas intervenciones quirúrgicas poniendo de manifiesto la presencia de hongos en suspensión en el aire del quirófano Además de los cultivos de aire para hongos, se pueden realizar cultivos de bacterias aerobias como comprobación del buen funcionamiento del sistema de ventilación antes de abrir nuevas instalaciones quirúrgicas.
Los hongos filamentosos están ampliamente distribuidos en la naturaleza. Sus esporas pueden permanecer suspendidas en el aire durante largos periodos de tiempo. Cuando hay obras en el hospital o en áreas próximas, el riesgo de infección aumenta porque aumenta el número de esporas en suspensión. Estas esporas pueden eliminarse del aire mediante sistemas de ventilación con filtros de alta eficacia.
El género Aspergillus y particularmente Aspergillus fumigatus es el que mayor número de infecciones causa, seguido de Aspergillus flavus. Los hongos filamentosos distintos de Aspergillus spp. o mucorales como Fusarium spp. y Scedosporium spp. suponen hasta un 10% de las infecciones fúngicas invasivas.
En los quirófanos, se pueden producir infecciones del lugar quirúrgico por hongos filamentosos. Si el aire del quirófano tiene esporas que pueden acceder al campo quirúrgico durante la intervención. Por este motivo el aire del quirófano debe ser filtrado.
En general, en los quirófanos hay 3 niveles de filtración: prefiltros, filtros de segundo nivel de alta eficacia y filtros HEPA (High-Efficiency Particulate Air) terminales. De acuerdo a la eficiencia de filtración y por tanto a la pureza del aire del quirófano hay varios tipos de quirófanos cada uno de ellos recomendado para un tipo de cirugía
El propósito de esta guía es definir la metodología básica para realización de los cultivos ambientales de aire en quirófanos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aunque los cultivos ambientales de quirofano ya se realizan en el Hospital San Jorge, existe la necesidad de realizar un protocolo/guía que abarque tanto el procedimiento realizado por Medicina Preventiva como el de Microbiología.
Gracias a esta guía se unificarán los dos protocolos dando lugar a un documento único con el se describa las actividades a realizar (toma de muestra, medios de cultivo, frecuencia de realización, procesamiento de la muestra...

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El Responsable de Calidad de Microbiología junto al personal que se requiera, será el encargado de la realización del documento.
El Jefe de Sección de Microbiología, y el personal de Medicina Preventiva revisarán el documento.
Se trabajará durante un mes tal y como indica el documento y si responde a las necesidades se presentará en la Comisión de Profilaxis, Infección nosocomial y Política antibiótica para su aprobación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.-Realización del procedimiento (Si o No)
2.-Número de cultivos ambientales realizados según clasificación de los quirófanos (Norma ISO 14664-1): Se realizará la estadística con el programa SIGLO de Microbiología. Se admitirá >90% de los cumplimiento de la frecuencia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Realización de la guía: septiembre de 2015
Presentación en Comisión: octubre 2015
Cumplimiento de la frecuencia de cultivos ambientales según guía: desde revisión de guía hasta presentación de evaluación del proyecto

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 097

1. TÍTULO

GUIA TOMA DE MUESTRA PARA CONTROL BIOLOGICO AMBIENTAL

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cultivo ambiental quirofano
OTRA PALABRA CLAVE 2. control microbiológico ambiental
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 588

1. TÍTULO

INDOGASTRUM. "FORO DE DEBATE DONDE GASTROENTEROLOGOS Y MEDICOS DE FAMILIA COMPARTEN EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO

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.
· MEAVILLA BINUE MARIA LOURDES. MEDICO/A. H DE JACA. DIRECCION MEDICA DEL HOSPITAL
· LERA OMISTE INMACULADA. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ SANCHEZ RAQUEL. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· BELLOC BARBASTRO BLANCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA
· ARGUEDAS LAZARO YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA
· DOMINGUEZ CAJAL MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA
· BANDRES FRANCO ELENA. MEDICO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes con síntomas digestivos son valorados inicialmente, y en su gran mayoría, por médicos de familia (MF) en los Centros de Salud. La eficacia y sostenibilidad del sistema sanitario depende, en gran medida, de la toma de decisiones en estos escenarios, de tal modo que la gestión clínica realizada en los Centros de Salud repercute de una forma directa sobre la calidad asistencial y también sobre el gasto sanitario. Las Unidades y Servicios de Gastroenterología deben implicarse en la formación continuada de este importante colectivo proporcionando protocolos de actuación conjunta que garanticen una asistencia centrada en la calidad y seguridad de los pacientes. Desde hace 3 años, la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), en colaboración con la semFyC ha puesto en marcha el proyecto AEGastrum, un programa acreditado que promueve la realización de protocolos de actuación conjunta y flujogramas de gestión clínica que ayudan a racionalizar derivaciones adecuando la toma de decisiones clínicas a la mejor evidencia científica. El proyecto INDOGASTRUM, nace con la vocación de asistir al médico de atención primaria a través de un foro de debate que permita incorporar conocimiento, resolver dudas y ayudar en casos concretos mediante consultas electrónicas que contribuyan a evitar desplazamientos costosos, especialmente a las personas de mayor edad y/o más alejadas de los entornos especializados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. (1) Mejorar la difusión de los protocolos consensuados en el programa AEGastrum (www.aegastro.es) y discutir su viabilidad y aplicación en el Alto Aragón.
(2) Establecer criterios de derivación de pacientes, centrados en el conocimiento de los "síntomas de alarma" que obligan a ser recibidos con carácter prioritario en las consultas de gastroenterología.
(3) Definir qué tipo de pacientes pueden ser atendidos esencialmente en el ámbito de la atención primaria de salud, cuáles son tributarios de un manejo por especialistas en aparato digestivo y en qué situaciones se hace necesaria una atención y seguimiento conjunto.
(4) Alertar al médico práctico sobre aquellas entidades que pueden permanecer ocultas bajo la apariencia de un trastorno funcional.
(5) Cooperar con el ámbito hospitalario en la prevención de enfermedades cuyo diagnóstico tardío comporta un pronóstico sombrío para el paciente.
(6) Poner al alcance del médico práctico noticias relevantes en el ámbito de la especialidad de Aparato Digestivo con repercusión directa en la atención sanitaria
(7) Dotar al MF de un mayor grado de autonomía en la identificación y resolución de problemas, facilitando vías de acceso rápido que proporcionen mayor eficiencia a nuestro sistema sanitario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. (1) El proyecto pone al alcance del MF una herramienta informática (INDOGASTRUM) que permite el acceso libre y gratuito al foro de debate a través de una clave personalizada y confidencial (http://www.indogastro.org/foro/index.html).
(2) Una vez en el foro, el MF y sus gastroenterólogos de referencia (GR) comienzan a intercambiar información, conocimiento y experiencia.
(3) A través del foro, el MF es informado acerca de los contenidos del programa AEGastrum, seleccionados por su alta prevalencia e interés epidemiológico, por el impacto que comporta un manejo ineficiente de la enfermedad, o por la importancia de su prevención.
(4) A través del foro, el MF tiene la posibilidad de consultar dudas o de plantear casos clínicos (salvaguardando la confidencialidad). Este sistema de consulta electrónica puede evitar desplazamientos prescindibles desde áreas de difícil acceso, a la vez que atenuar la pérdida de productividad laboral de los pacientes afectados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. (1) % de MF del sector registrados en el foro/año.
(2) Nº total de entradas en el foro/año por parte de los GR.
(3) Nº total de entradas en el foro/año por parte de MF.
(4) % total de temas introducidos en el foro/año por parte de los GR.
(5) % de MF que han accedido al Proyecto AEGastrum "Protocolos de actuación conjunta entre MF y G"; auspiciado por AEG y semFyC).
(6) % de consultas electrónicas realizadas por MF en relación al global de 1ªas consultas solicitadas desde AP en el sector donde se implanta el programa.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 588

1. TÍTULO

INDOGASTRUM. "FORO DE DEBATE DONDE GASTROENTEROLOGOS Y MEDICOS DE FAMILIA COMPARTEN EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 3º trimestre 2015:
Registro en el foro por parte de los MF de las áreas de salud seleccionadas: 1º sector seleccionado (Área de Salud dependiente del hospital de Jaca).
Clasificación de temas ordenados por áreas de interés (Esófago, estómago y duodeno; Trastornos funcionales digestivos, páncreas y vías biliares, endoscopia, oncología, enfermedad inflamatoria intestinal).
1..3. Invitación expresa a la suscripción libre y gratuíta al Programa formativo AEGastrum.
4º trimestre/2015:
1..1. Ensayo piloto de consultas electrónicas.
1..2. Evaluación preliminar de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Dirigido a médicos de atención primaria
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Asistencia al médico de familia
OTRA PALABRA CLAVE 2. Foro de debate
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 014

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA

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. URGENCIAS
· PUJOL KELLER ANA PILAR. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ABAD POLO LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· MARTINEZ CASTILLON DIEGO. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· BUISAN CASBAS GEMMA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· SANCHEZ PUERTOLAS BELEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· CAÑARDO ALASTUEY CLARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad coronaria es la causa mas frecuente de muerte en todos los paises. El numero aproximado de muertes debida a cardiopatia isquemica supera los siete millones de personas al año.No solo representa un importante numero de perdidas de vidas humanas durante la fase aguda sino que también representa unos elevados costes sanitarios en aquellos pacientes (hospitalizaciones,perdida de calidad de vida y gastos sanitarios) que de forma diferida manifiestan las secuelas de la fase aguda.
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) supusieron en Aragón en el 2012 el 31% de las muertes, el 29% en los hombres y el 34% en las mujeres. Dentro de las ECV el infarto agudo de miocardio, fue más frecuente en los hombres y supuso un 15% de la mortalidad cardiovascular y un 4,7% de la mortalidad por todas las causas.
En nuestra comunidad se ha puesto en marcha recientemente el Código infarto o TRIAMAR 2 con la idea de facilitar unas condiciones standard de calidad a todos aquellos pacientes atendidos en urgencias con SCACEST.
Sin embargo no debemos olvidarnos de aquellos pacientes que acuden a urgencias con un SCASEST, los cuales salvo condición especial no se van a beneficiar de esta medida terapéutica.
En este tipo de pacientes sera fundamental en su evolución y tratamiento iniciar la antiagregacion con el fármaco mas efectivo y que mejor se ajuste a cada tipo de paciente.
Según las ultimas guías europeas de cardiologia se considera necesario e indispensable calcular de forma protocolaria en estos pacientes una serie de escalas pronosticas (GRACE y TIMI score SCASEST) así como otras para valorar el riesgo hemorragico (CRUSADE). Sera en base al resultado de estas escalas y siguiendo los protocolos actuales de tratamiento del SCASEST en lo que nos basaremos para iniciar el tratamiento con uno u otro antiagregante.
Considero, por tanto indispensable realizar el calculo de este tipo de escalas para iniciar el tratamiento antiagregante mas adecuado en estos pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Dado que se trata de un proyecto nuevo no disponemos de datos previos para conocer cual es el punto de partida

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En base a los resultados que obtengamos esperamos conocer de primera mano cual es nuestra situación actual ante el paciente que presenta un SCASEST y si se ajusta a las indicaciones reflejadas en las ultimas guías y en los actuales protocolos terapéuticos.
Del mismo modo, en caso de no obtener resultados adecuados pondremos en marcha las medidas necesarias para corregirlos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El primer paso sera analizar la situación actual y realizar un estudio de los datos obtenidos.
A continuación se darán a conocer los datos obtenidos entre los miembros del equipo.
Si se considera necesario, en base a los resultados, se impartirá una correcta formación entre todos los integrantes del servicio para así poner en marcha el plan de calidad ,adquiriendo nuevas habilidades para mejorar la asistencia de este tipo de pacientes.y corregir los fallos de actuación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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
Cuantos pacientes atendidos en urgencias por SCASEST se les administro el antiagregante indicado según las ultimas guías y los actuales protocolos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Se realiza un estudio de la situación actual durante un periodo de tiempo de seis meses ,mediante la valoración por medio de un estudio univariable y luego bivariable con chi cuadrado de los datos adquridos en una hoja de recogida previamente diseñada
-En el caso de obtener los resultados esperados para poner en marcha este plan de calidad se convocara una reunión con el equipo de mejora para iniciar el plan de formación adecuado al personal.
-Se pondrá en marcha el plan durante un periodo de seis meses.
-Recoger los resultados obtenidos durante esos seis meses por medio de un estudio transversal retrospectivo
-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 al inicio de la puesta en marcha de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 014

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA

nuestro plan de calidad.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Infarto

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 538

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA DESDE LA CONSULTA DE ANESTESIA. CREACION DE UN CIRCUITO DE OPTIMIZACION RAPIDA

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.
· LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· SAUCO JAQUES JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· VERA BELLA JORGE. 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. ANESTESIA Y REANIMACION
· QUILEZ PEREZ LUCIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA ERCE JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La anemia preoperatoria es un hallazgo frecuente en determinados pacientes que acuden a consulta preanestésica.
No existe, en nuestro hospital, un acceso rápido para la realización de un diagnóstico preoperatorio adecuado.
Manejo y prescripción del tratamiento preoperatorio irregular.
La existencia de anemia empeora el pronóstico perioperatorio y su diagnóstico y manejo, en ocasiones, retrasa la posibilidad de intervención quirúrgica electiva.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantación de un “circuito de diagnóstico rápido" de la anemia preoperatoria.
Creación de un protocolo de manejo de la anemia preoperatoria.
Disminución de las demoras en la realización de cirugía electiva derivados de la detección de anemia no conocida, en la consulta preanestésica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Determinación de las pruebas analíticas a realizar una vez detectadas cifras bajas de hemoglobina y hematocrito. Revisión de evidencia científica.Responsables: hematólogo y un anestesiólogo del grupo de mejora.
Protocolizar, una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento más adecuado en cada situación clínica según la evidencia científica actual. Responsables: hematólogo y anestesiólogos del grupo de mejora.
Establecer un circuito de optimización urgente para aquellas cirugías no demorables. Determinar qué profesionales participarán en el circuito, el espacio físico donde se realizarán las actuaciones y encontrar la forma de derivación más eficiente. Responsables: hematólogo y anestesiólogos del grupo de mejora.
Información y comunicación sobre el circuito diagnóstico- terapéutico al paciente y familiares. Responsable: enfermería y anestesiólogo en la consulta de preanestesia.
Prescripción del tratamiento y explicación del mismo según los protocolos establecidos. Responsables: enfermería y anestesiólogos del grupo de mejora.
Establecer los indicadores de control del tratamiento previos a la intervención quirúrgica. Responsables: hematólogo y anestesiólogos del grupo de mejora.
Comunicar y difundir el protocolo de manejo de anemia preoperatoria entre los diferentes servicios implicados en el tratamiento de los pacientes (Atención Primaria, especializada…). Responsables: miembros del grupo de mejora.
Crear un sistema de registro electrónico que permita realizar posteriores evaluaciones del programa de mejora de calidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Indicadores
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.
Verificación de la disminución de los tiempos diagnóstico-tratamiento-realización de cirugía. Mediante los datos obtenidos del sistema informático que será creado para este programa.
Verificación de la detección y diagnóstico de los pacientes con anemia preoperatoria y la accesibilidad de dichos pacientes al circuito de optimización. Datos informáticos.
Verificación de la adecuación del tratamiento y sus resultados en cuanto a la optimización en el manejo de la anemia. Resultados en cifras analíticas y mejoría clínica.

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.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de la implementación plena del “circuito de anemia” en octubre-noviembre de 2015.
Elaboración de los protocolos en octubre de 2015.
Evaluación en noviembre de 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 538

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA DESDE LA CONSULTA DE ANESTESIA. CREACION DE UN CIRCUITO DE OPTIMIZACION RAPIDA

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PAcientes programados para intervención quirúrgica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 302

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DEL PROGRAMA DE COORDINACION ENTRE ATENCION HOSPITALARIA (SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL SAN JORGE) Y ATENCION PRIMARIA (CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN, HUESCA)

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.
· ARA LAUNA DOMINGO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ LORENZ JUAN BLAS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ GONZALEZ LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con este programa, retomado el pasado año, queremos seguir manteniendo un modelo de atención sanitaria que facilita la colaboración entre los distintos niveles asistenciales, lo que ha demostrado un grado de satisfacción entre los profesionales implicados muy elevado.
El programa esta dotado de elementos de gestión que permiten atender las expectativas de los usuarios, aportando beneficios para el paciente, el profesional y es sistema sanitario. Así, hemos conseguido reducir desplazamientos de los pacientes, disminuir la demora asistencial, facilitar ingresos directos en casos urgentes y controlar mejor a los pacientes crónicos complejos, por lo que consideramos oportuna su continuidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La colaboración entre Medicina Interna y Atención Primaria se ha estado llevando a cabo en nuestro sector en los últimos años, retomándose con mayor intensidad en 2014. En este ultimo periodo se han realizado 5 reuniones presenciales en el Centro de Salud de Grañen, en las que se han incluido sesiones clínicas de temas de interés (alteración del perfil hepático, generalidades en enfermedades autoinmunes, diagnostico precoz VIH); así como consultoría de casos clínicos (40 pacientes; 10 de ellos derivados a consulta externa, 4 ingresos directos y 26 resueltos sin necesidad de enviar al hospital

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Continuar manteniendo relación fluida entre el Centro de Salud de Grañen y el Servicio de Medicina Interna
- Disminuir la demora asistencial en casos prioritarios.
- Reducir desplazamientos evitables de los pacientes al hospital.
- Control conjunto de pacientes crónicos y/o de diagnostico y seguimiento complejo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Mantener el calendario de reuniones mensuales presenciales con el internista de referencia en el Centro de Salud para compartir casos y realizar sesiones de temas de interés.
- Fomentar el uso del mail, whatsApp y otros medios como skype etc.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Numero de reuniones presenciales/año
- Numero de sesiones clínicas (revisión de temas de interés)
- Registro de pacientes en los que se realiza un estudio y/o tratamiento sin necesidad de ingreso hospitalario.
- Registro de actividades realizadas de forma telemática
- Valoración de satisfacción por ambas partes implicadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Mayo 2015
Finalización: Revisión anual, Mayo 2016

Reuniones presenciales mensuales, ya fijada la fecha para la reunión de Junio. Los contacto telefónicos o via mail se podrán realizar de forma continuada.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 402

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA BASADO EN LA EVIDENCIA DE PREVENCION DE CAIDAS EN PERSONAS MAYORES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PERALTA BUISAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUSTERO FERRER ISABEL MARIA. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· BOILLOS FRIAS MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· NERIN TOLO MARIA PILAR. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MURO SOLANS MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FERRER LATRE CECILIA. TCAE. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LANAU PAULES SUSANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CABRERO LASIERRA MARIA CARMEN. TCAE. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las caídas accidentales en personas mayores hospitalizadas representan uno de los principales motivos de notificación de efectos adversos en los hospitales. En el hospital San Jorge de Huesca contamos con un registro específico para la declaración de accidentes de usuarios y la tasa de accidentalidad se mantiene constante a lo largo de los años. En el año 2010: 82 caídas declaradas, en 2011: 68, en 2012: 71, en 2013: 92 y en 2014: 68. Las caídas en ocasiones van acompañadas de lesiones derivadas de las mismas que pueden revestir diferentes grados de importancia. Anualmente se dan a conocer los resultados del año anterior y se realizan recomendaciones para disminuir la incidencia de las mismas.
Existen guías de buenas prácticas enfermeras para el abordaje integral de este problema. Así la RNAO (Asociación Profesional de Enfermeras de Notario, Canadá) cuenta entre sus guías con la de “Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores” elaborada en 2005 y revisada en 2011. Tamben hay numerosas guías para la prevención de este problema con recomendaciones basadas en basados en en la evidencia cuya implementación y desarrollo puede contribuir en la mejora del problema en nuestro hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la incidencia de caídas y de lesiones derivadas de las mismas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se crea un grupo motor integrado por 1 enfermera y 1 Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería de las unidades de hospitalización que atienden a personas mayores. En total 10 personas Grupo que va a ser coordinado por del Supervisor de Area de Calidad y Gestión de Cuidados de Enfermería.
Actividades:
Discusión de estrategias de mejora. Reuniones grupales. Todos.
Elaboración de una síntesis de las recomendaciones de las guías y adaptación a nuestro medio hospitalario. Carlos Viñuales.
Elaboración de un díptico de información a los pacientes de riesgo y sus familiares o acompañantes. Responsable. María Jesús Peralta.
Difusión de la guía elaborada entre los profesionales mediante sesiones en las unidades. Responsables: Todos. Cada uno de los representantes en su unidad de referencia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. nº profesionales de enfermería que han recibido formación en prevención de caídas/ nº profesionales de enfermería del hospital.
Nº de caídas notificadas con 1 factor de riesgo/nº de caídas notificadas.
Nº de caídas notificadas con 2 factor de riesgo/nº de caídas notificadas
Nº de caídas notificadas con 3 factor de riesgo/nº de caídas notificadas
Nº de caídas notificadas con 4 factor de riesgo/nº de caídas notificadas
Factores de riesgo:
o 1. Disminución del estado mental /confuso
o 2. Deterioro de la movilidad física/ deambulación segura con ayuda, insegura con o sin ayuda o imposible. Alteración del equilibrio
o 3. Dificultades/ alteraciones visuales
o 4. Historia de caídas

Nº de caídas notificadas con lesión objetivada /nº de caídas notificadas.
Lesión objetivada: hematoma, herida, fractura

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Constitución del grupo motor: marzo-abril de 2015
Adaptación de la guía y elaboración del díptico: Junio-septiembre 2015
Difusión de la guía: Octubre – Diciembre 2015.
Medición de los indicadores post-intervención. Primer trimestre 2016

11. OBSERVACIONES. Es probable que tras la difusión se genere una mayor concienciación en la notificación de las caídas y por ello pueda darse un aumento de las declaraciones.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 402

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA BASADO EN LA EVIDENCIA DE PREVENCION DE CAIDAS EN PERSONAS MAYORES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. caídas
OTRA PALABRA CLAVE 2. ancianos
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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 366

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON LITIO DESDE LA UNIDAD DE AGUDOS DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS RIVARES MORCATE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASASUS ESCUER ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· MATA TORNIL ELENA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· LOPEZ BERNUES RICARDO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· CABRERO CEBRIAN VISITACION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· MARCEN SERAL MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· LLACER NAVARRO CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· PELEGRIN VALERO CARMELO. PSIQUIATRA. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente hay una considerable cantidad de pacientes en la unidad de agudos de psiquiatría que toman litio para prevenir la descompensación de su trastorno bipolar o de otras patologías. Esta medicación comporta una serie de recomendaciones importantes para controlar y evitar los efectos secundarios que pueden ocasionar consecuencias muy graves para el paciente.
Ayudar al paciente con la información y el control de la toma de medicación puede disminuir los efectos secundarios y por tanto los ingresos y recaídas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Informar al paciente de la importancia del correcto cumplimiento del litio y de los efectos secundarios.
- Controlar la toma del fármaco para evitar el cumplimiento errático y prevenir reingresos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - El psiquiatra le pautará y explicará la importancia del tratamiento y el seguimiento para el beneficio de su enfermedad.
- La enfermera, al alta del paciente le entregará una encuesta al paciente para comprobar los conocimientos del fármaco.
- También le entregará un folleto con las principales recomendaciones.
- La enfermera realizará controles telefónicos cada mes, durante los tres meses posteriores al ingreso, para confirmar la toma del litio y los posibles efectos secundarios reforzando la adherencia al tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Encuesta al alta valorando los conocimientos del paciente acerca del litio.
- Registro de los controles telefónicos cada mes y durante 3 meses.
- En el último mes se le vuelve a preguntar al paciente la encuesta para constatar si continúa el nivel de conocimientos adquirido al alta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo 2015: Inicio de preparación de encuestas y tríptico.
- Mayo 2015: Terminar de confeccionar las encuestas y el tríptico.
- Junio a Diciembre del 2015: Registro de los pacientes subsidiarios del tratamiento y de los controles telefónicos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CUMPLIMIENTO LITIO
OTRA PALABRA CLAVE 2. PREVENCIÓN
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 365

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA CLINICA, PARA EL MANEJO DE TERAPIAS BIOLOGICAS EN PSORIASIS CUTANEO Y ARTROPATIA PSORIASICA

2. RESPONSABLE ..... ROSA ROSELLO PARDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEL PRADO SANZ MARIA ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· PLANAS LINARES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· VILLACAMPA NAVERAC GLORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. REUMATOLOGIA
· TORRES SOPENA LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las indicaciones de uso de terápias biológicas, son cada vez mayores y abarcan un gran número de patologías, entre ellas las enfermedades autoinmunes.
Además, el uso de éstos fármacos lleva asociado entre otras complicaciones, el aumneto de riesgo de infecciones.
Esto, unido a la falta de protocolos en el manejo de éste tipo de pacientes en nuestro hospital, hace necesario establecer un protocolo consensuado entre las partes implicadas(dermatología, reumatología, medicina preventiva, microbiología, farmacología, atención primaria, consultas de enfermeria de dermatología y reumatología) para un adecuado control y seguimiento de éstos pacientes. adecua

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Adecuado control y seguimiento de pacientes en tratamiento con terapia biológica, antes de iniciar el tratamiento y durante en tratamiento, en las especialidades de Reumatología y Dermatología
2- Prevención y/o diagnóstico precoz de efectos adversos asociados a éstos tratamientos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de protocolo-proceso de nivel II, consensuado entre todas las partes implicadas para el manejo de éstos pacientes y su difusión en la intranet del Hospital San Jorge y otros hospitales del SALUD, donde no tengan protocolizado estas patologías y su manejo con terapia biológica
-Consensuar con atención primaria el circuito para vacunar a los pacientes en su centro de salud
-Informar al personal de los centros de salud del protocolo
-Elaborar plantillas de vacunación previa al inicio de tratamiento
-Elaborar plantillas de seguimiento mensuale y anuales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -% pacientes incluidos en protocolo: Estandar:100%
-seguimiento mensual/ cada 3 meses/ anual (bioquimica, serologías, anamnesis)
-Mantoux pretratamiento y al año de tratamiento
-revisiones semestrales con farmacología y especialidades
- numero de infecciones en pacientes con éstos tratamientos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo:3 meses
consensuar circuito 1 mes
informar a los centros 1mes

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 733

1. TÍTULO

RENDIMIENTO DE LA ECOGRAFIA DE CONTINGENCIA EN LA ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS Y OTROS DEFECTOS CONGENITOS. ESTUDIO DE SU PREVALENCIA Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO. REFLEXION SOBRE LA ADECUACION DE SU PRACTICA DE RUTINA

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA ROY RAMOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· OBON CASTEL BEATRIZ. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VEGA VASQUEZ YESSICA PAOLA. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VELA LETE ANA MARIA. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro Centro, Hospital San Jorge de Huesca, en la estrategia de cribado prenatal de cromosomopatías y otros defectos congénitos, además de las tres exploraciones ecográficas de protocolo, se incluye un estudio ecográfico extra sobre las 14 semanas de gestación para valorar marcadores secundarios ecográficos (Ductus venosos, insuficiencia tricupidea, hueso nasal) al que denominamos estudio de contingencia.
Estos marcadores secundarios ecográficos pueden ser estudiados durante la misma exploración ecográfica del primer trimestre sin aumentar de manera significativa el tiempo de dicha exploración.
Se pretende realizar un estudio de la prevalencia de la ecografía de contingencia valorando el porcentaje de exploraciones ecográficas que requieren de esta revisión, lo que supone una sobrecarga de estas consultas y una preocupación para la paciente así como, analizar los resultados de dicho estudio de contingencia para poder valorar si cambia significativamente la actitud en el control del embarazo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende observar que el estudio de contingencia realizado posteriormente, no cambia la actitud en el control del embarazo tras la realización de la analítica sanguínea materna para determinar marcadores bioquímicos y la ecografía del primer trimestre.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Estudio de la prevalencia de la ecografía de contingencia y análisis de los resultados en nuestro Centro.
Se propone realizar el estudio de contingencia (los marcadores secundarios ecográficos Ductus venoso, insuficiencia tricuspidea, hueso nasal) durante la ecografía del primer trimestre con la intención de disminuir actividad de consultas sobrecargadas como la de Ecografías.
El coordinador y colaboradores del proyecto, como especialistas en ecografía, llevarán a cabo el estudio del mismo, el análisis de sus resultados y el diseño de la nueva metodología para mejorar.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Prevalencia del estudio de contingencia.
• Impacto del estudio de contingencia en la actitud del control del embarazo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: inmediatamente tras su aceptación.
Finalización del proyecto: en el plazo destinado para su realización.
Los componentes del proyecto llevarán a cabo el mismo (prevalencia del objetivo, resultados-impacto) así como el diseño de la nueva metodología para mejorar la utilización de los recursos y la calidad asistencial.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Embarazadas
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 500

1. TÍTULO

DIFUSION E IMPLANTACION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO DEL GRUPO DE TRABAJO INTERHOSPITALARIO DE ARAGON

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.
· HERNANDEZ ARAGON MONICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAFALLA BERNAD OLIVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABAD RUBIO CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· SESE PIQUE MARIA ANGELES. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BLASCO REMACHA MARIA DEL VAL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hemorragia postparto es una emergencia obstétrica que puede complicar entre un 5-15% de todos los partos y supone una de las principales causas de morbimortalidad materna. Se define como la pérdida hemática mayor de 500 ml tras un parto normal o mayor de 1000 ml después de una cesárea. Existe una dificultad clínica para cuantificar el volumen de sangrado, por lo que el obstetra puede infraestimarlo. La hemorragia postparto precoz (HPP) es la que acontece en las primeras 24 horas, y suele cursar con cuadros más agudos y graves. Las causas responden a la regla nemotécnica de las '4T': tono, traumatismo, tejido y trombina. Sin embargo, hasta en más de la mitad de los casos no se encuentran presentes ningún factor de riesgo. La principal causa es la atonía uterina que supone hasta el 80% de los casos, seguida de la retención de tejidos, en menos del 3% de los casos. Entre los factores de riesgo anteparto se encuentran: trastornos hipertensivos, feto muerto anteparto, macrosomía, embarazo múltiple, polihidramnios, desprendimiento de placenta, placenta previa, hemorragia postparto previa y cicatriz uterina previa. Los principales factores de riesgo intraparto son: retención de la placenta más de 30 minutos, acretismo placentario, parto prolongado más de 12 horas, parto precipitado menos de 3 horas, parto instrumental, fiebre intraparto y expulsivo prolongado. El diagnóstico es principalmente clínico y el mejor tratamiento es la prevención, para ello es fundamental identificar la existencia de los factores de riesgo y realizar un manejo activo durante la fase de alumbramiento. Con el objetivo de unificar criterios y llevar a cabo actuaciones consensuadas, protocolizadas y actualizadas, el Grupo de Trabajo Interhospitalario de Aragón ha desarrollado un protocolo para el manejo de la hemorragia postparto. El objetivo fundamental de esta iniciativa es la implantación de dicho protocolo en el Hospital San Jorge de Huesca.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Formación y entrenamiento del personal de los servicios implicados (Obstetricia, Anestesiología, Matronas y Enfermería de Quirófano)
- Sensibilización del personal implicado de la relevancia del problema y la necesidad de instaurar un manejo precoz protocolizado
- Implantación del protocolo para el manejo de la hemorragia postparto del Grupo de Trabajo Interhospitalario de Aragón
- Disminución de la incidencia de hemorragia postparto y minimizar sus complicaciones
- Disminución del número de transfusiones sanguíneas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Sesiones formativas para todo el personal implicado acerca de relevancia del problema, identificación de los factores de riesgo, medidas preventivas y manejo activo del alumbramiento, tratamiento médico y medidas generales, técnicas de taponamiento uterino, tratamiento quirúrgico y medidas de reanimación.
- Evaluación retrospectiva del manejo de la hemorragia postparto en nuestro centro en los últimos 2 años
- Aplicación sistemática del alumbramiento dirigido al parto vaginal y a la cesárea
- Difusión y colocación del póster de Hemorragia Postparto, elaborado por el Grupo de Trabajo Interhospitalario de Aragón, en paritorios, salas de dilatación y quirófanos.
- Creación de caja de material quirúrgico específico para la HPP, disponible en paritorio y quirófano
- Creación de una base de datos en la que se recojan todos los casos de HPP ocurridos en nuestro centro
- Comentar en Sesión Clínica cada caso de HPP
- Reuniones periódicas entre los diferentes servicios implicados para considerar la aplicación de nuevas o medidas y evaluar los resultados obtenidos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de partos con alumbramiento dirigido
- Porcentaje de partos con factores de riesgo en los que se aplicó un manejo activo del alumbramiento
- Incidencia de casos de HPP
- Porcentaje de casos de HPP resueltas con tratamiento médico
- Porcentaje de casos de HPP que han requerido técnicas de taponamiento
- Porcentaje de casos de HPP que han requerido tratamiento quirúrgico
- Porcentaje de casos de HPP que han requerido transfusión sanguínea
- Evaluación de la morbimortalidad materna derivada de la HPP

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo-Agosto 2015

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 500

1. TÍTULO

DIFUSION E IMPLANTACION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO DEL GRUPO DE TRABAJO INTERHOSPITALARIO DE ARAGON

- Sesión clínica del Servicio de Obstetricia y Anestesiología para introducir el protocolo de Hemorragia Postparto del Grupo de Trabajo Interhospitalario de Aragón
- Impresión del póster y colocación del mismo en paritorios, salas de dilatación y quirófanos
- Sesiones formativas con matronas y enfermería
- Creación de caja de material quirúrgico específica para la HPP
- Creación de base de datos de hemorragia postparto y recogida prospectiva de datos
- Revisión retrospectiva de la casuística de HPP en nuestro centro

Septiembre-Diciembre 2015
- Aplicación de forma sistemática del alumbramiento dirigido
- Aplicaión del manejo activo del alumbramiento en todos los partos con factores de riesgo
- Revisión de los nuevos casos

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 391

1. TÍTULO

LA NEFROPROTECCION EN LAS PRUEBAS DE RADIODIAGNOSTICO COMO PREVENCION DE LA NEFROPATIA POR CONTRASTE IODADO

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.
· FELEZ JUSTES ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· LACOMA LATRE EVA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· BERGUA AMORES CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· VIRTO RUIZ RAFAEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· AREVALO DURAN MONICA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· ALASTRUEY LASOBRAS PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La realización de pruebas diagnósticas con contraste iodado representa una práctica habitual en medicina. Una gran parte de estas técnicas de imagen implica la adminstración intravascular de radiocontrastes iodados, fármacos con un reconocido riesgo de nefrotoxicidad. El cuadro clínico de insuficiencia renal aguda secundaria a la administración de contraste radiológico se denomina nefropatía por contraste y representa una complicación poco frecuente pero con una importante prevalencia y morbilidad en determinados grupos de pacientes. Por ello, la identificación de los enfermos con factores de riesgo resulta crucial. Los pacientes con función renal normal y sin factores de riesgo conocidos no requieren cuidados especiales con motivo a la exposición de contraste. En el paciente con posible reducción del filtrado glomerular y/o factores de riesgo (edad avanzada, diabetes mellitus o enfermedad cardiovascular entre otros) sí es necesario. La nefropatía inducida por contraste es una alteración que se podría prevenir o reducir su gravedad en la mayoría de los casos. En ocasiones hay pacientes con elevado riesgo de nefropatía inducida por contraste que acuden al servicio de Radiología para realizarse las pruebas sin haber tomado las medidas preventivas oportunas. Debido a ello debemos posponer la realización de la prueba y dar al paciente las pautas preventivas a seguir, citando al paciente al cabo de unos días para realización de la prueba. Todo ello genera un retraso en el diagnóstico del propio paciente y un aumento de las listas de espera del servicio de radiología.
Consideramos necesario crear protocolo dirigido a los médicos peticionarios, tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria, sobre las medidas preventivas, especialmente en pacientes con nefropatía previa conocida, con el fin de evitar la aparición de efectos deletéreos tras la realización de estas pruebas de imagen.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los pacientes con riesgo de nefropatía inducida por el contraste acudan al servicio de Radiología con las medidas preventivas necesarias, con el fin de: evitar la nefrotoxidad tanto en pacientes con enfermedad renal crónica previa conocida , que implicaría una reagudización de la misma, o sin ella.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El servicio de Radiología y Nefrología pretenden establecer un protocolo orientado a los médicos peticionarios para la prevención de la nefropatía inducida por contraste:
- Elaboración, instauración y difusión de un protocolo con el fin de evitar y disminuir los casos de nefropatía por contraste iodado para pacientes procedentes tanto de atención primaria como de especializada.
- Identificar los factores de riesgo tanto modificables (toma de fármacos como metformina o AINES) como no modificables, que puedan favorecer la aparición de nefropatía por contraste.
- Tomar medidas preventivas como hidratación y N-acetil-cisteína, si fuera necesario, en los días previos a la realización del estudio de imagen y posterior.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Control del número de pacientes que acuden a nuestro servicio a los que se les ha aplicado las medidas preventivas previamente.
- Control del número de pacientes que acuden a nuestro servicio sin adoptar las medidas necesarias, recordando al médico peticionario la importancia de ellas.
- Control del número de casos de fracaso renal agudo o reagudización de enfermedad renal crónica previa posterior a la administración de contraste iodado intravenoso.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Formación del equipo multidisciplinar: MAYO Y JUNIO 2015
- Elaboración del protocolo en la prevención de la nefropatía por contraste: JULIO Y AGOSTO 2015.
- Difusión del protocolo en atención primaria y especializada: SEPTIEMBRE Y OCTUBRE 2015.
- Recogida de datos: NOVIEMBRE 2015 - ABRIL 2016.
- Evaluación de resultados: MAYO 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 391

1. TÍTULO

LA NEFROPROTECCION EN LAS PRUEBAS DE RADIODIAGNOSTICO COMO PREVENCION DE LA NEFROPATIA POR CONTRASTE IODADO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 108

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE LA FERROTERAPIA INTRAVENOSA DESDE EL PRIMER DIA DEL INGRESO EN LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... MARTA SANCHO RODRIGO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO. MEDICO/A. H SAN JORGE. COT
· GARCIA ERCE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA
· USON ARQUE CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. COT
· LOBO ESCOLAR ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. COT
· VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL. MIR. H SAN JORGE. COT
· SISTAC BARRIO MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA 4º PLANTA
· ARA GABAS MONICA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA 4º PLANTA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha detectado una demora en el comienzo de la administración de la ferroterapia intravenosa indicada en función de la hemoglobina (Hb) al ingreso de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica por fractura osteoporótica de cadera.
El problema se ha detectado gracias al registro realizado por enfermería del día que se comienza a administrar el tratamiento.
Dado que el momento de iniciar el tratamiento no está fijado se suele comenzar a las 24-48 horas del ingreso hospitalario si bien dicho comienzo se ve aumentado si el ingreso se realiza en el fin de semana.
Las causas de este retraso en el comienzo de la ferroterapia puede ser una falta de concienciación de los facultativos y una falta de coordinación y comunicación de los facultativos con enfermería.
La administración de la ferroterapia intravenosa el mismo día del ingreso hospitalario deriva en una disminución del número de transfusiones sanguíneas postoperatorias así como de las complicaciones que aparecen al inicio de la sedestación, posiblemente por motivos hemodinámicos (mareos, hipotensión, sudoración, síncopes...).
Este proyecto es útil porque el tratamiento agresivo de la anemia perioperatoria con preparados de hierro endovenoso, supone una rápida y efectiva recuperación de los niveles de Hb con la mejora de la situación del enfermo y la disminución del riesgo de recibir una transfusión sanguínea alogénica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - La anemia influye muy negativamente en la calidad de vida de los enfermos por tanto aplicando este tratamiento se pretende mejorar la situación del enfermo y evitar la transfusión de sangre alogénica en muchos casos o reducir su volumen en el resto.
- Actualización del protocolo de administración de ferroterapia intravenosa y elaboración posterior de un proceso normalizado de trabajo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Incluir este tratamiento dentro de una vía clínica para su correcta aplicación en el momento del ingreso. La vía clínica se realizará de forma conjunta entre facultativos de cirugía ortopédica, geriatría y enfermería.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de transfusiones pre o postquirúrgicas realizadas. Se monitoriza mediante la historia clínica.
Cifras de Hb en las analíticas realizadasdurante el ingreso hospitalario. Se monitoriza con los resultados de las analíticas visibles a través de la intranet clínica.
Número de complicaciones derivadas de la anemia tales como hipotensión, sudoración...Monitorización mediante la historia clínica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La configuración de una vía clínica está en proceso de implantación en estos momentos.
La duración del proceso será indefinida una vez implantada la vía clínica.
Cronograma: el mismo día del ingreso, se inicia el tratamiento con la ferroterapia intravenosa que se repetirá cada 48 horas hasta completar tres dosis.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Ferroterapia
OTRA PALABRA CLAVE 2. Fractura osteoporótica de cadera
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 108

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE LA FERROTERAPIA INTRAVENOSA DESDE EL PRIMER DIA DEL INGRESO EN LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

```
   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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 684

1. TÍTULO

PROPUESTA QUIRURGICA EN EL 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.
· CAMACHO CHACON JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SANAGUSTIN SILANO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· JOVEN ALIAGA EDUARDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PEREZ FAU ALMUDENA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ZAMORA ALVAREZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LOBO ESCOLAR ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 realizar un protocolo de inclusión en la lista de espera, para homogeneizar los criterios, redundando en una mejora atención al paciente y una mejora en la gestión de los recursos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Disminuir la variabilidad de propuesta quirúrgica para esta patología.
-Disminuir el número de entradas en lista no acordes a la literatura científica.
-Aumentar la satisfación del paciente al existir una uniformidad de criterios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Criterios de inclusión (debe cumplir todos)
.Dolor severo recurrente que altere notablemente la marcha del paciente.
.Mala respuesta a un mínimo de 6 meses de tratamiento conservador.
.Encontrarse al menos, en el Estadio I de la patología (ángulo del HV>15º, ángulo intermetatarsal>9º, articulación desviada o congruente, existiendo más o menos deformidad).
.Presencia de patología asociadas (como dedos en garra, metatarsalgia que no responde a tratamiento conservador y neurinoma de Morton que no responde a tratamiento conservador).

-Como contraindicaciones de propuesta quirúrgica serían (insuficiencia vascular severa o ausencia de pulso pedio en el pie a operar, polineuritis grave, estado de malnutrición, foco infeccioso activo,patología sistémica que contraindique la cirugía,documento de consentimiento informado no firmado, trastorno de coagulación no revertido, mejorar el aspecto cosmético del pie).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de inclusiones que no se ajustan a los criterios anteriormente citados con la puesta en marcha de este programa.
-Número de inclusiones totales de esta patología,a partir de este programa.
-Comparación de inclusiones fuera de estos criterios, antes y después de la implantación del programa.
-Comparación de inclusiones totales de esta patología, antes y después del programa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015 a Junio 2016, monitorización de las inclusiones.
Junio 2016-Octubre 2016, evaluación de resultados, discusión entre los participantes,detección de puntos de mejora.
Noviembre 2016 Comunicación de resultados. Actualización del programa si es necesario.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. mejora
OTRA PALABRA CLAVE 2. hallux valgus
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 539

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MANEJO PREOPERATORIO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA: DABIGATRAN, APIXABAN Y RIVAROXABAN. UNIFICACION DE CRITERIOS DE USO DESDE LA CONSULTA PREOPERATORIA DE ANESTESIA

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
· PEREZ NAVARRO GUILLERMO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· VILLARROEL PINO ENRIQUE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· PANZANO FRANCO ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE.
· ARA IBARZ MARIA HERMINIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE.
· QUILEZ PEREZ LUCIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. • Son fármacos de reciente introducción, con indicaciones para patologías muy frecuentes en nuestro medio
• Poco manejo de estos fármacos en la práctica clínica habitual por la mayoría de anestesiólogos
• Necesidad de aunar criterios de manejo perioperatorio (suspensión, sustitución por otros fármacos si precisan y reintroducción) desde la consulta preanestésica en caso de cirugías programadas
• Falta de consenso en cuanto a manejo de pacientes bajo este tratamiento y que vayan a ser sometidos a cirugía de urgencia
• El paciente recibe poca información desde la consulta preoperatoria acerca de beneficios y riesgos del uso de estos fármacos en el contexto de una intervención quirúrgica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Unificar criterios de manejo de pacientes en tratamiento con los anticoagulantes de acción directa basándonos en la evidencia científica actual, elaborando con ellos un protocolo para el manejo de estos fármacos en cirugías programadas y en cirugías urgentes.
• Comunicar, difundir y hacer cumplir el protocolo en los diferentes servicios implicados en el manejo de estos pacientes, desde los servicios quirúrgicos hasta la enfermería.
• Hacer llegar al paciente y a su médico de atención primaria una información lo más comprensible posible acerca de posibles modificaciones en su tratamiento habitual.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1 Elaboración de un protocolo basado en la evidencia científica actual sobre el manejo perioperatorio de los anticoagulantes de acción directa en cirugías programadas y en cirugías urgentes. Responsables: anestesiólogos del grupo de mejora, hematología y enfermería.

2 Difusión del protocolo elaborado por el grupo de mejora al servicio de anestesiología, a los servicios y unidades quirúrgicas implicados, así como a las unidades de enfermería y de atención primaria correspondientes. Responsables: anestesiólogos del grupo de mejora y enfermería.

3 Implementación progresiva del protocolo en los ámbitos de interés.
Responsables: anestesiólogos del grupo de mejora, hematología y enfermería.

4 Seguimiento del cumplimiento del protocolo, mediante registro de incidencias, conflictos en su aplicación y propuestas para su mejora.
Responsables: anestesiólogos del grupo de mejora y enfermería.

5 Elaborar un sistema de registro electrónico de pacientes en tratamiento con los nuevos anticoagulantes para facilitar el seguimiento del protocolo y monitorizar los resultados. Responsables: anestesiólogos del grupo de mejora y enfermería.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Verificación de la elaboración del protocolo de manejo de los anticoagulantes de acción directa
• Verificación del cumplimiento del protocolo por parte de los servicios implicados en el manejo perioperatorio de estos pacientes
• Verificación de un control del estado preoperatorio en pacientes seleccionados (por ejemplo pacientes sometidos cirugías de alto riesgo de sangrado)
• Verificación de los resultados obtenidos tras la implementación del protocolo

Estos indicadores se obtendrán y monitorizarán desde la base de datos electrónica creada para tal fin

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Elaboración de los protocolos en Septiembre y Octubre de 2015.
• Inicio de la implementación plena del Circuito de manejo de los anticoagulantes de acción directa en Noviembre de 2015.
• Evaluación de los indicadores en Noviembre de 2016 (la media de los indicadores se realizará de forma anual al inicio de la implementación del protocolo y re reeavulará la necesidad de una medida bianual cuando la

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 539

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MANEJO PREOPERATORIO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA: DABIGATRAN, APIXABAN Y RIVAROXABAN. UNIFICACION DE CRITERIOS DE USO DESDE LA CONSULTA PREOPERATORIA DE ANESTESIA

implementación sea completa

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 705

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA INTEGRACION DE LA ATENCION PSICOSOCIAL EN LA UNIDAD DEL DOLOR CRONICO DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE VILLARROEL PINO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL DOLOR CRONICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRION PAREJA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR CRONICO
· PELEGRIN VALERO CARMELO. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
· RUBIO SORIANO CONCEPCION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR CRONICO
· INCHAUSTI GARCIA YOLANDA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR CRONICO
· SANCHEZ JIMENEZ ENRIQUE. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR CRONICO
· ALAYETO GASTON MARIAN. PSICOLOGO/A. H SAN JORGE. SERVICIO PSIQUIATRIA
· VERA BELLA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR CRONICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor crónico es una de las causas de incapacidad más frecuentes y una de las razones que más comúnmente llevan al individuo a buscar atención médica especializada. Además, el dolor crónico implica un elevado coste económico y un alto impacto psicosocial en el paciente y su entorno.
El dolor es un fenómeno complejo y dinámico resultante de la interacción de componentes sensoriales, cognitivos y afectivos. Por tanto, el dolor crónico puede tener varios mecanismos implicados: puede ser debido a nociocepción primaria o secundaria, por causas psicológicas y/o por fenómenos conductuales basados en el aprendizaje. Existen diversos factores psicológicos que pueden afectar al dolor, entre ellos:
—Los pensamientos y emociones pueden influir de manera directa en las respuestas fisiológicas.
—Los factores psicológicos afectan también la estrategias de enfrentamiento al dolor, con aspectos como sentimientos de indefensión (que pueden incrementar el dolor), o las interacciones con terceros que pueden reforzarlo.
Todo esto ha incrementado el interés de los factores psicosociales implicados en la experiencia dolorosa, con el consiguiente desarrollo y aplicación de múltiples técnicas para el manejo del dolor crónico, siendo característica común de las diferentes aproximaciones la consideración del dolor como un trastorno multidimensional.
Ante este problema detectado, el equipo de trabajo de la Unidad del Dolor Crónico (UDC), junto con profesionales del campo de la psiquiatría y psicología, nos planteamos la creación de un programa que recoja actividades para la integración de nuevas medidas de evaluación y atención psicosocial del paciente con dolor crónico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar un programa para la mejora de la integración de la atención psicosocial en la unidad del dolor crónico del Hospital General San Jorge de Huesca, que incluya una aproximación multidisciplinar del paciente con dolor crónico para el abordaje de las tres dimensiones de la experiencia dolorosa:
- Dimensión sensorial-discriminativa: disminuir la intensidad subjetiva del dolor y sus características espacio-temporales.
- Dimensión motivacional-afectiva: lograr una adecuada respuesta emocional frente al dolor, así como solventar alteraciones en el comportamiento motivadas por el dolor.
- Dimensión cognitivo-evaluadora: mejorar el procesamiento consciente del síndrome de dolor crónico que permita establecer una conducta y expectativas adecuadas en el paciente.
Finalmente se espera modificar las variables psicosociales implicadas en el dolor, tanto a nivel etiopatogénico, como atenuador o mantenedor del proceso doloroso.
Objetivos:
-Definir categorias de pacientes
-Definir modalidades de atención de acuerdo al paciente
-Realizar sesiones clínicas multidisciplinarias
-Diseñar e implementar cuestionarios de evaluación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones mensuales de equipo para desarrollar las siguientes actividades:
- El establecimiento de criterios que discriminen las categorías de pacientes con necesidades significativas de atención psicosocial.
- Determinar la vía y modalidad de atención de acuerdo a la categoría de cada paciente.
- Establecer sesiones clínicas multidisciplinarias mensuales, para la discusión del manejo del paciente.
- Implantación de cuestionarios para la evaluación psicosocial de los pacientes.
- Diseñar la implantación de modalidades de tratamiento psicosocial.
Las categorías o tipos de paciente que inicialmente hay que definir en la UDC son:
· Pacientes con dolor crónico y con comorbilidad psiquiátrica.
· Pacientes con dolor en los que esto opere junto con algún tipo de ganancia
· Pacientes con síndrome de fibromialgia y/o fatiga crónica
· Pacientes con dolor y alteraciones en la adaptación, afrontamiento y cogniciones respecto al dolor.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de sesiones clínicas multidisciplinares

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 705

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA INTEGRACION DE LA ATENCION PSICOSOCIAL EN LA UNIDAD DEL DOLOR CRONICO DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

-Elaboración de documentos que contengan el programa de atención psicosocial: que incluyan las acciones y el funcionamiento de dicho programa.
-Revisión, elaboración e implementación de cuestionarios para la evaluación psicosocial de pacientes.
-Número de pacientes atendidos.
-Número de grupos de pacientes tratados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1era quincena de Junio de 2015
Calendario durante el año 2015:
- Junio-Agosto: Revisión y elaboración de cuestionarios evaluativos. Revisión de bibliografía y elaboración de documentos del programa. Diseño de actividades de registro del programa.
- Septiembre-Noviembre: Implementación de cuestionarios en la consulta de la UDC. Inclusión de pacientes en el programa para la implementación de modalidades de tratamiento psicosocial.
- Diciembre: Evaluación del impacto del programa.
Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2014

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Elaboración de un programa de atención

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 738

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C

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.
· AMADOR RODRIGUEZ PILAR. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA
· SERRANO VICENTE MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA
· GOMEZ RIVAS PAULA. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA
· BERNAL MONTERDE VANESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· CORTES GARCIA LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· EGIDO MURCIANO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· OMISTE SANVICENTE TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La 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 aproximada del 70%, seguido del genotipo 3. En España, el genotipo 4 es el tercero en frecuencia seguido del genotipo 2. El genotipo del VHC, si bien no condiciona una evolución clínica diferente de la hepatitis C crónica (HCC), sí tiene un gran impacto en la respuesta al tratamiento (1).
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 (2). 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. Estos efectos adversos incluyen riesgo de descompensación hepática, sepsis, mielosupresión grave y efectos adversos psiquiátricos.
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 (5-9). En el momento actual existe un enorme desarrollo de la investigación de nuevos fármacos frente al VHC que actúan de manera directa y pertenecen a 4 clases diferentes: los inhibidores de proteasa NS3/4A, los inhibidores de NS5A y los inhibidores de la polimerasa NS5B que pueden ser nucleósidos o nucleótidos. Todas estos nuevas moléculas se están estudiando en diversas combinaciones , observándose aumentos muy importantes en la eficacia y de seguridad (3).
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 r

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Coordinación con los facultativos implicados.
2) 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, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS del 26 de marzo de 2015.
3) Seguimiento de la adherencia al tratamiento.
4) Atención farmacéutica a estos pacientes mediante información oral y escrita.
5) Detección de posibles interacciones de los nuevos fármacos con la medicación domiciliaria habitual.
6) Detección /notificación de reacciones adversas a medicamentos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Establecimiento con los Servicios implicados de una metódología definida en cuanto a la periodicidad de las determinaciones de las cargas virales, para valoración de los tratamientos.
2) Creación de una carpeta compartida Microbiología-Farmacia para poder añadir los datos relativos al genotipo y las cargas virales periódicas. Esto permitirá realizar un seguimiento exhaustivo de todos los tratamientos y poder valorar la eficacia de los nuevos antivirales en las condiciones reales de utilización.
3) Elaboración de hojas informativas para los pacientes de los nuevos medicamentos.
4) Para realizar el seguimiento de la adherencia al tratamiento, se utilizará el registro de dispensaciones realizadas a través del módulo de dispensación a pacientes externos del programa Farmatools
5) La detección de posibles interacciones y reacciones adversas se realizará mediante entrevista con el paciente en el momento de la dispensación de la medicación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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.
Adherencia a los tratamientos.
Porcentaje de adecuación a las directrices marcadas en el Plan Estratégico

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 738

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Coordinación con los servicios y creación carpeta compartida: Enero
Elaboración hojas informativas: Enero-Marzo.
Atención farmacéutica: Enero y siguientes.
Detección interacciones y RAM:Enero y siguientes

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hepatitis C

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 737

1. TÍTULO

APRENDER ENSEÑANDO: DIFUSION DE PROTOCOLOS Y CRITERIOS DE DERIVACION, ENTRE NIVELES ASISTENCIALES, MEDIANTE EL TRABAJO DE RESIDENTES EN FORMACION

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ZAZO ROMOJARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ TORRENTE MARIANO. MEDICO/A. UNIDAD DOCENTE MF Y C HU Y BA. UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLIANR DE HUESCA Y BARBAS
· MARTINEZ CASTILLON DIEGO. MIR. UNIDAD DOCENTE MF Y C HU Y BA. UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLIANR DE HUESCA Y BARBAS
· BALLESTER ORÇAL PILAR. MIR. UNIDAD DOCENTE MF Y C HU Y BA. UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLIANR DE HUESCA Y BARBAS
· RODRIGUEZ MAÑAS JARA. MIR. UNIDAD DOCENTE MF Y C HU Y BA. UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLIANR DE HUESCA Y BARBAS
· OTAL CAMPO ANA. MIR. UNIDAD DOCENTE MF Y C HU Y BA. UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLIANR DE HUESCA Y BARBAS
· BUISAN CASBAS GEMMA. MIR. UNIDAD DOCENTE MF Y C HU Y BA. UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLIANR DE HUESCA Y BARBAS
· ABAD POLO LAURA. MIR. UNIDAD DOCENTE MF Y C HU Y BA. UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLIANR DE HUESCA Y BARBAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la Unidad Docente de Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria de Huesca y Barbastro, se vienen realizando múltiples actividades de coordinación y formación tanto de residentes como de personal del citado ámbito del Servicio Aragonés de la Salud.
Estas actividades basadas, sobre todo, en cursos de Formación continuada y en Formación de personal postgrado, es bien recibida por ambos colectivos.
Ahora se pretende usar el empuje y la necesidad de formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en el área de comunicación científica, para difundir mediante, sesiones clínicas periódicas en los Centros de Salud del Sector, los protocolos y criterios de derivación entre Atención Primaria y Atención Especializada de las enfermedades prevalentes debidamente consensuados. Todos basados en Guías de práctica clínica y consensos de sociedades científicas y comisiones o grupos de trabajo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se ha realizado ningún trabajo de este tipo hasta la fecha

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos en el personal en formación
–Aumento conocimientos Clínicos
–Mejora de habilidades comunicativas
–Trabajo en equipo y liderazgo
–Recompensa curricular
–Conocimiento del mercado de trabajo de cara a la empleabilidad.

Objetivos en el personal de Atención Primaria
–Actualización de conocimientos Clínicos
–Favorecer el cumplimiento del Contrato de Gestión en lo referido a las formación
–Coordinación entre niveles asistenciales

Objetivos en el personal de Atención Especializada

1.Compromiso para la unificación de criterios
2.Adecuación de las derivaciones
3.Acercamiento a la Atención Primaria
4.Coordinación entre niveles asistenciales

Objetivos Asistenciales
- Incremento de la calidad asistencial
- Mejor utilización y racionalización de los recursos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El trabajo por parte de los residentes es de carácter voluntario.
a.- Cada uno de los residentes de último año formará un equipo de trabajo con los residentes más noveles. Cada equipo tendrá por objetivos fundamentales:

1.Estudiar y definir en formato sesión clínica una o varias enfermedades prevalentes y sus criterios de derivación a atención especializada
2.Generar un capitulo de libro de cada uno de los temas analizados

b.- Previamente se realizará un trabajo de coordinación con los responsables de cada uno de los Servicios a los que conciernan las diversas patologías a estudiar, que, junto a los colaboradores de Atención Primaria, tutorizarán los conceptos a transmitir.

c.-Se ofertará a todos los coordinadores de EAP un listado de los temas en cartera y ellos solicitarán la dispensa de las sesiones clínicas que más les interesen.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 737

1. TÍTULO

APRENDER ENSEÑANDO: DIFUSION DE PROTOCOLOS Y CRITERIOS DE DERIVACION, ENTRE NIVELES ASISTENCIALES, MEDIANTE EL TRABAJO DE RESIDENTES EN FORMACION

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. » Numero de Sesiones clínicas impartidas
» Numero de enfermedades prevalentes estudiadas
» Numero de asistentes a las sesiones clínicas
» Número de protocolos de derivación consensuados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se pretende realizar cuatro etapas de un año cada una.

Cada etapa realizará entre 6 y 10 enfermedades prevalentes y sus criterios de derivación.

Los periodos de cada etapa serán de mayo a mayo, en función del periodo de residencia de último año, con el siguiente calendario previsto:

» Formación de equipos de trabajo antes de 23 de junio.
» Estudio, coordinación y realización del trabajo antes del 11 de septiembre.
» Presentación a los coordinadores de EAP en Junta Técnico Asistencial según convocatoria de la dirección.
» De los meses de octubre a abril se realizaran las sesiones clínicas demandadas.
» Antes del 17 de marzo se deberá de presentar el trabajo en formato capitulo de libro.

Así sucederá cada año y al cuarto año se pretende publicar un libro con todas las patologías estudiadas y colgar las Sesiones clínicas preparadas en el Blog de la Unidad Docente de Huesca accesibles para la utilización de los EAP con la finalidad de compartir conocimiento

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. unificacion de criterios
OTRA PALABRA CLAVE 2. coordinacion entre niveles
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 180

1. TÍTULO

MEJORA EN LA MONITORIZACION AMBULATORIA PRESION ARTERIAL (MAPA) EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR HUESCA

2. RESPONSABLE ..... OSCAR CATALAN ESTEBANEZ
· Profesión ..... OTROS
· Centro ..... UNIDAD DOCENTE HUESCA Y BARBASTRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN GOMEZ SUSANA. EIR. UNIDAD DOCENTE HUESCA Y BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· HIJOS LARRAZ LUIS ALFONSO. ENFERMERO/A. UNIDAD DOCENTE HUESCA Y BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· FRANCO SANAGUSTIN TERESA. ENFERMERO/A. UNIDAD DOCENTE HUESCA Y BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLON FANTOVA ANTONIO. MEDICO/A. UNIDAD DOCENTE HUESCA Y BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· BORIA AVELLANAS RAMON. MEDICO/A. DAP HUESCA. DIRECCION
· CANCER MORE PILAR. ENFERMERO/A. DAP HUESCA. DIRECCION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El MAPA (Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial) es un instrumento de medida de gran utilidad para el diagnóstico y seguimiento de la Presión Arterial (PA). Dada la importancia de la MAPA para la evaluación y previsión del riesgo cardiovascular es fundamental asegurar tanto la accesibilidad por parte de los profesionales de la salud como la calidad metodólogica.
Desde hace tiempo se ha evidenciado la falta de uniformidad de los EAP del sector Huesca a la hora de realizar la MAPA. Destaca la no disponibilidad de MAPA en varios centros de salud, la insuficiente formación en esta técnica de algunos profesionales y la ausencia de un protocolo unificado que facilite la realización del procedimiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera obtener unos resultados evidentes tanto en términos de calidad como de eficiencia. En último término, el objetivo a alcanzar es la creación y puesta en conocimiento de un protocolo en la toma de la MAPA que unifique los criterios de calidad a detallar, así como la distribución de aparatos de medida para que sean accesibles a cualquier profesional del Sector Huesca con capacidad para su uso.

Los objetivos específicos son:

- Detallar el número de MAPA disponibles en el Sector.
- Identificar el número de Centros de Salud que disponen de MAPA.
- Establecer las necesidades formativas sobre MAPA.
- Averiguar cómo se está realizando la MAPA actualmente en el Sector Huesca
- Establecer criterios de calidad en la realización de la MAPA basados en la evidencia.
- Disminuir la variabilidad en la prueba clínica del uso de la MAPA tanto como prueba diagnóstica como de seguimiento del paciente con HTA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades a realizar son:
- -Revisión de la bibliografía existente.
- Realizar un estudio piloto sobre las características de la MAPA en un EAP (población diana, finalidad, antecedentes, factores de riesgo, resultado de la MAPA y criterios de calidad)

- Diseñar cuestionarios para conocer el estado del área de mejora:
- A) A nivel de EAP: Aspectos sobre RRMM (Disponibilidad del MAPA y accesorios necesarios, actividades de mantenimiento de los equipos…) y RRHH (formación sobre la MAPA…)
- B) A nivel de los profesionales de enfermería: Aspectos relativos a la realización de la MAPA.

- Planificar la distribución de los cuestionarios.
- Analizar los resultados obtenidos.
- Realizar un protocolo de realización del MAPA en el sector
- Proponer la distribución de aparatos en el Sector.
- Difundir el protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores describen el grado de disponibilidad de la MAPA tanto para los EAP, como para sus profesionales. Por lo tanto algunos indicadores serían:

- Nº EAP que disponen de la MAPA / Nº EAP totales.
- Nº enfermeras que usan MAPA en EAPs con disponibilidad del mismo / Nº enfermeras totales de dichos EAPs. En el ultimo año

Antes de poder analizar los criterios de calidad de la MAPA se debe valorar la posibilidad de medida del mismo; es decir, conocer los diferentes programas informáticos que lo sustentan. Los criterios de calidad versaran sobre:
- nº de tomas validas descanso/actividad/totales
- Periodos sin tomas
- Tiempo de duración de la MAPA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 180

1. TÍTULO

MEJORA EN LA MONITORIZACION AMBULATORIA PRESION ARTERIAL (MAPA) EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR HUESCA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Revisión bibliografica. Abril 2015
- Realizar un estudio piloto sobre las características de la MAPA en un EAP. Mayo 2015.
- Diseñar cuestionarios para conocer el estado del área de mejora. Mayo 2015
- Planificar la distribución de los cuestionarios.Mayo 2015
- Analizar los resultados obtenidos. Septiembre 2015
- Realizar un protocolo de realización del MAPA en el sector. Diciembre 2015.
- Proponer la distribución de aparatos en el Sector. Diciembre 2015.
- Difundir el protocolo. Enero 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hipertensos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO CONDE BARREIRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· LALAGUNA MALLADA PAULA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La coordinación entre niveles asistenciales se empieza a plantear como una necesidad cada vez más evidente y prioritaria para la propia Administración sanitaria, se convierte entonces en un problema de gestión; y también, en un problema sentido por la propia sociedad que demanda una continuidad y una calidad asistencial.
La reforma sanitaria de los años 80 conlleva la creación de dos niveles de atención sanitaria: la atención primaria y la especializada, cada una con unas funciones específicas, que convierten al médico general y pediatra en puerta de entrada al sistema sanitario y principal responsable del paciente, y al especialista le otorga la realización de procedimientos con alto grado de especialización.
Por otro lado, el concepto actual de asistencia sanitaria comprende no sólo la medicina curativa, sino también la prevención de riesgos y enfermedades, la educación y promoción de la salud, la rehabilitación y re-adaptación psicosocial.
Todo ello implica un desplazamiento de la práctica clínica desde el hospital a la comunidad, y otorga mayor protagonismo a la Atención primaria, planteando cambios en la estructura y organización de los hospitales y obligando a un entendimiento entre ambos niveles asistenciales que debería redundar en una mejor organización y gestión sanitaria, mayor beneficio para el paciente y satisfacción para los profesionales sanitarios.
De esta forma, la coordinación entre niveles se hace imprescindible y se convierte en un pilar esencial del Sistema Sanitario Público.
El pediatra se ha hecho un especialista de Atención primaria, siendo capaz de ofrecer al niño una medicina integral, con una atención continuada a lo largo de su desarrollo desde el nacimiento hasta la adolescencia, integrada en su entorno familiar y comunitario, y enfocada no sólo a la curación, sino también a su adaptación psicosocial y a la educación y promoción de la salud.
El pediatra de Atención primaria tiene necesidad de formación continuada. Se hace necesario organizar reuniones periódicas con los pediatras de su Área, y mucho mejor si en ellas participa el Servicio de pediatría del hospital de referencia. Es una buena oportunidad para el conocimiento personal y de las posibilidades y limitaciones de cada uno; y esta organización zonal pediátrica podría aportar también soluciones a la creación de guías de actuación conjuntas, atención continuada, sustituciones, etc.
En el servicio de Pediatría del Hospital de Barbastro siempre se ha considerado este tema fundamental, objetivándose ya en los años 90 una falta de coordinación entre ambos niveles asistenciales, debida en su mayor medida a la ausencia de especialistas de Pediatría en el ámbito de Atención Primaria. Actualmente esta situación ha mejorado pero todavía existen varios Especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria desempeñando los puestos de Pediatra en Atención Primaria. En este sentido consideramos necesaria esta coordinación asistencial, para que todos podamos participar evitando derivaciones innecesarias al Hospital que supongan una sobrecarga asistencial y el consiguiente gasto sanitario, mejorando así la eficacia y eficiencia.
Para ello proponemos un programa colaborativo entre los dos niveles asistenciales en el que se incluyan las patologías más prevalentes con el fin de elaborar protocolos y guías de derivación desde Atención Primaria al Hospital de Barbastro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de la calidad asistencial del paciente pediátrico.
Implementar la coordinación entre niveles asistencial.
Gestionar los recursos sanitarios de las forma más eficiente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Evaluación de las consultas externas de Pediatría atendidas en el año precedente. Identificación de los motivos de consulta más frecuentes y los centros de Salud que los remiten.
Una vez identificadas las patologías, planificar un programa de sesiones conjuntas entre ambos niveles asistenciales. Cada sesión estará coordinada por uno de los pediatras del Equipo.
Sobre cada proceso se elaborará una guía común de actuación que incluya las situaciones en las que está indicado derivar y en cuáles no y el protocolo de estudio, las pruebas a realizar previas a la derivación y el sistema de comunicación y seguimiento del niño.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de sesiones conjuntas realizadas entre ambos niveles asistenciales.

Número de profesionales implicados que asisten a las sesiones conjuntas y cobertura de todos los centros de salud del área.
Encuesta de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria.
Guías y Protocolos de derivación al Hospital realizados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio- Septiembre 2015:
Evaluación de los motivos de consulta más frecuentes
Selección de los temas a discutir en las reuniones.
Diseño del programa con lugar y fecha y el Facultativo responsable de cada tema.
A partir de Octubre de 2015; puesta en marcha de las reuniones con peridicidad todavía por determinar.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 463

1. TÍTULO

CREACION DE CONSULTA ATENCION ADOLESCENCIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TEODORA GARCIA MINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAMARCA GAY ROCIO. PEDIATRA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· BLECUA PORTA CARMEN. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ABAD VICENTE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· MONCLUS MURO ANA TERESA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ARAN GIMENEZ MARIA PILAR. MATRONA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN SORIA CAROLINA. MEDICO FAMILIA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ONU define la adolescencia como la etapa que abarca de los 12 a los 18 años. La atención santiaria al adolescente no está suficientemente desarrollada siendo necesario un esfuerzo por parte de los profesionales y las autoridades sanitarias para conseguir una adecuada asistencia.
La adolescencia es una etapa de vital importancia en salud, ya que en ella se establece la identidad del individuo, así como el estilo de vida. Es un momento clave en distintos aspectos:
1. Gran preocupación por la imagen corporal, que puede llegar a producir patología en cuanto a la percepción que el individuo tiene de sí mismo,
2. Inicio de las relaciones sexuales.
3. Experimentación en el consumo de drogas,
4. Inicio de la conducción de vehículos,
5. ....
De ahí se deriva una gran preucupación por su salud, embarazos no deseados, ETS, trastornos de conducta alimentaria, abuso de drogas, accidentes de tráfico, ...
Los adolescentes cuando acuden a los centros sanitarios lo suelen hacer por patologías agudas y acompañados de un familiar, por lo que apenas tienen la posibilidad de consultar cuestiones que les interesan.
Es por ello que si queremos contactar con los jóvenes, formalos, realizar prevención y conocer sus inquietudes y dudas, somos nosotros quienes debemos acercarnos a ellos en un entorno más propicio para que puedan expresar sus inquietudes en un clima de confianza.
Creemos que la creación de una Consulta Joven en los centros educativos, permitirá crear un programa de educación para la salud, donde se aborden los principales temas que pueden interesar a los adolescentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El principal objetivo es el acceso de la información de salud a un grupo de población en una etapa muy vulnerable de la vida, en la que se consolidan hábitos, con todos los beneficios que ello conllevaría. Además, al acercarnos a su propio medio, el acceso es mucho más sencillo para ellos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El proyecto de Consulta Joven comienza con la creación de un grupo pequeño de profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, matronas,...) que dentro de su horario laboral, estén dispuestos a ir a los centros educativos para realizar talleres de salud o consulta a los adolescentes.
Tras contactar con los centros educativos, se debería acordar con el equipo directivo educativo un horaro. Pensamos que inicialmente una hora semana para la consulta y en caso de los talleres de salud, acordar horarios para cada taller en concreto.
Al ser un pequeño equipo de profesionales, la actividad asistencial en la consulta, apenas se vería afectada, ya que solo se trataría de aproximadamente una hora mensual por profesional.
Promocionar la actividad mediante carteles y explicación de la consulta en las tutorías.
Establecer un lugar físico en el propio centro donde se vaya a realizar la consulta y los talleres.
Se realizaría un registro de la actividad asistencial, anónimo, donde se recogería informacion de la edad y el sexo del adolescente, el motivo por el que consulta y la orientación que se le ha dado (consejo de salud, derivación al sanitario de referencia, ...).
Para la realización de los talleres, de debería pasar una encuesta inicial a los adolescentes para conocer los temas que puedan resultarles más interesantes y así poder adecuar la temática de los talleres a las inquietudes de los jóvenes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registro anónimo de los adolescentes que acuden a la consulta.
Registro de las actividades/talleres realizados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: octubre'15 (tras el inicio del curso escolar).
Duración: curso escolar.
Consulta de una hora semanal y talleres a consensuar horarios, duración con el equipo, ...

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 463

1. TÍTULO

CREACION DE CONSULTA ATENCION ADOLESCENCIA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 508

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD EN CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO / LACTANTE Y MATERNAL POST-PARTO

2. RESPONSABLE ..... ROCIO LAMARCA GAY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA. PEDIATRA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ARAN GIMENEZ MARIA PILAR. MATRONA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· CONDE BARREIRO SANTIAGO. PEDIATRA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· CHIPANA SALINAS MARGOT RITA. MIR MEDICINA DE FAMILIA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA. MEDICO DE FAMILIA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ ARBOLEAS ROSARIO. AUX. ENFERMERIA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· SANMARTIN ZARAGOZA SILVIA. MATRONA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la sociedad actual, es frecuente que los padres no tengan ninguna experiencia previa en el cuidado de un recién nacido o lactante pequeño, y cuando son padres por primera vez, se sienten desbordados. Durante los primeros meses tras el nacimiento de un bebé, las familias, y en especial, las madres, tienen numerosas dudas, sobre todo en relación al cuidado del bebé, su alimentación (en especial, la lactancia materna), el desarrollo psicomotor, el manejo de la patología banal... Por ello, las consultas de pediatría suelen estar saturadas de consultas de este tipo.
Un objetivo prioritario de las consultas de pediatría suele ser tratar de devolver la autonomía en el cuidado del bebé a las personas que les corresponde, es decir, a sus padres. También desde las consultas de pediatría y obstetricia promocionamos la lactancia materna, tratando de mejorar el número de mujeres que consiguen una lactancia materna exclusiva.
La educación grupal, además de solucionar este tipo de dudas y dar mayor seguridad a las familias al aumentar los conocimientos en puericultura, tiene un papel muy importante al juntar personas con la misma situación personal, lo que permite que se sientan comprendidas y que muchas veces, puedan aportar solución a las cuestiones que plantean otras personas del grupo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conseguir que los padres ganen en seguridad y autonomía en el cuidado de sus hijos, mediante la adquisición de conocimientos y la puesta en común de soluciones a los problemas derivados de la crianza, de esta manera se potencia la auto-estima de las madres al sentirse más seguras en los cuidados.
- Sentar las bases para la futura creación de un grupo de apoyo a la lactancia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - El grupo contará con los profesionales del equipo de atención primaria del Centro de Salud de Barbastro que se encargan del cuidado del bebé y de las madres: pediatras, enfermeras de pediatría y matronas.
- Se realizará en la sala que disponemos para la educación preparto, un día a la semana en horario de mañanas.
- Formación de los profesionales en el área a tratar.
- Se ofrecerá la actividad a las madres en la primera visita puerperal en la consulta de la matrona y en las visitas al equipo de pediatría. En esta primera toma de contacto, se le ofrecerá un programa con el calendario previsto de las sesiones.
- Será un grupo abierto, donde las madres (o padres) puedan ir viniendo según intereses y posibilidad de acudir. Se potenciará que las familias acudan con los bebés.
- Un día a la semana, se realizará el taller de educación grupal, que será dirigido por los distintos profesionales que integran la atención a la madre y al recién nacido (matronas, enfermeras de pediatría y pediatras), según el tema que se trate ese día.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Registro de familias que acuden al programa.
- Cuestionario de conocimientos antes y después de realizar los talleres.
- Cuestionario de satisfacción al finalizar los talleres.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Creación del grupo de trabajo en junio 2015.
- Formación de los profesionales y elaboración de las charlas/talleres en julio-agosto 2015. Un posible calendario de sesiones (pendiente de consensuar y preparar por todo el equipo), flexible también según los intereses de los/as asistentes, sería:
Cuidados del recién nacido
Lactancia materna
Recuperación física de la madre.
Masaje infantil
Desarrollo psicomotor en el bebé y estimulación precoz
Sueño infantil
Alimentación complementaria
Patología frecuente en pediatría: fiebre, catarros, diarrea.
Vacunación infantil.
- Elaboración de los cuestionarios en septiembre 2015

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 508

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD EN CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO / LACTANTE Y MATERNAL POST-PARTO

- Inicio de la actividad grupal en octubre 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Madres en los primeros meses post-parto

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 379

1. TÍTULO

MEJORA EN LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS CON CRITERIOS DE CALIDAD EN EL C.S DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... TRINIDAD MIRANDA OLIVAR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARDIL FONZ EVA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las espirometrías en nuestro Centro de Salud, se realizan por tres enfermeras dos días a la semana, con citación de los pacientes en agenda especifica en OMI. Detectamos una serie de problemas en su realización que dificulta un diagnostico correcto del paciente y toma posterior de decisiones :
* Espirómetro antiguo y desfasado con problemas en el funcionamiento, atascos en el papel a la hora de imprimir resultados.
* No se siguen unos criterios de limpieza y desinfección del aparato.

* No se realiza una correcta calibración del aparato teniendo en cuenta las condiciones atmosféricas diarias.
* La sala donde se realizan no tiene las condiciones necesarias de ventilación, falta de estación meteorológica, de reloj, báscula y tallímetro.
* Se necesita reciclaje en la formación de los profesionales para la correcta realización de la prueba.
* Fallos en la preparación de la paciente previa a la prueba.

La espirometría es una prueba fundamental para el diagnóstico de patologías respiratorias muy prevalentes, ASMA y EPOC. Existe un infradiagnóstico en EPOC debido a la poca realización de espirometrías y a la dificultad de su realización. También en el seguimiento del paciente EPOC y fumadores mayores de 45 años se debería hacer una espirometría cada 2 años. Creemos que es muy importante que las espirometrías en atención primaria cumplan criterios de calidad.

Se ha creado una instrucción de trabajo para cumplir los criterios de calidad marcados en la ISO 9001.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO PRINCIPAL:
Que las espirometrías cumplan los criterios de registro grafico de calidad: Reproducibilidad (inicio brusco y rápido, final suave no perpendicular, duración mayor a 6”).
Aceptabilidad (variación entre FVC y FEV1 < 200 ml, ó 5% en al menos 2 de las 3).
OTROS OBJETIVOS:
* Mejorar las condiciones de la sala con los requisitos necesarios.
* Renovación del espirómetro.
* Que el paciente venga bien preparado.
* Formación del personal de enfermería en la realización de espirometrías.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las espirometrías se realizan por tres enfermeras con horario y citación específica en agenda OMI.
Se realiza instrucción de trabajo según normativa ISO para la organización de la consulta y realización de espirometrías.
* Cambio de espirómetro a Spirolab III, y cambio en la ubicación y mejora en las condiciones de la consulta.
* Realización de curso de formación y reciclaje para el personal de enfermería.
* Sesiones clínicas en equipo acerca de preparación, lectura y diagnóstico.
* Registro de incidencias a la hora de la realización.
Hoja de registro especifica de la actividad para recogida y análisis de datos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Nº de espirometrías que cumplan el criterio de Aceptabilidad/Nº total de espirometrías. OBJETIVO 75%.
2- Nº de espirometrías que cumplan el criterio de aceptabilidad/ Nº total de espirometrías. OBJETIVO 75%
3-Nº de pacientes bien preparados/ Nº total de pacientes . OBJETIVO 85%
3-Sesiones clínicas en el EAP . OBJETIVO 3 SESIONES
Las evaluaciones se realizaran semestralmente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO 2015 Cambio de consulta y dotación de nuevo espirometro
ABRIL 2015 Curso de formación profesionales.
MAYO 2015 Elaboración de proceso espirometrías (IT ISO). Y hoja de registro especifica de la actividad.
JUNIO 2015 Sesion clínica
SEPTIEMBRE 2015 Sesión clinica
OCTUBRE 2015 EVALUACION
NOVIEMBRE 2015 Sesion clinica

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 379

1. TÍTULO

MEJORA EN LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS CON CRITERIOS DE CALIDAD EN EL C.S DE BARBASTRO

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. espirometria atencion primaria calidad
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 126

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL ESPIROMETRO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA EPOC.CONTINUACION DEL PROYECTO APROBADO EN 2011

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.
· LOPEZ ALONSO ANGELES. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN SOLANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· JUAREZ GRACIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· ALCUBIERRE CURA JOSE. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· CANUDO AZOR MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· CABRERO CALVO MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC es una enfermedad muy prevalente en nuestro medio . la base del diagnóstico esta constituida por la espirometría, que complementa la exploración física.
La población fumadora mayor de 40 años presenta riesgo muy elevado de padecer EPOC.La captación y seguimiento adecuado de esta población contribuye a aumentar la concienciación para abandonar el hábito tabaquico.
Los Profesionales de A.P. debemos realizar unas espirometrias de calidad y estar capacitados para su correcta lectura.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2014 incrementamos la cobertura de espirometrias en EPOC en un 284% (37/13).
Espirometrias aceptables y reproducibles el 94% (35/37).

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Actualización de conocimientos del EAP:nueva guía del EPOC, y aumentar habilidades en la realización e interpretación de las espirometrias.
-Aumento del diagnóstico de la EPOC con espirometría.
-Aumento de la cobertura de espirometrias en pacientes fumadores mayores de 40 años.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Sesiones Clínicas de la nueva guía de EPOC.
-Sesión Clínica sobre la realización e interpretación de las espirometrias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Aumento de la cobertura de espirometrias en pacientes fumadores mayores de 40 años.
- Aumento del diagnóstico de la EPOC con espirometría.
-Contabilizar el número de espirometrias realizadas durante el año 2015.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero 2015: Resultados del acuerdo de Gestión 2014; el EAP decide continuar con el programa de mejora
Sesiones de formación sobre EPOC y espirometrias entre mayo y septiembre
Junio, segunda quincena evaluación parcial del programa
En febrero del 2016 evaluación resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 050

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EN LA CONSULTA DE ESPIROMETRIAS

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALLUE CIUTAT
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHAVERRI ALAMAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· ALTEMIR CAMPO LOURDES. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· BAILAC COSTA JOSE. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· BUIL VIDALLER JOSE ANGEL. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· PULIDO SANCHEZ ELOY. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· NAVASA DE SUS INES. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos meses se ha detectado un aumento de las listas de espera de la consulta de espirometrías debido al screening del programa tabaco, junto con una necesidad manifestada por muchos profesionales de este Centro de Salud de formación sobre la realización e interpretación de espirometrías.

Tambien hemos observado que los pacientes derivados con patología respiratoria no se priorizan a los pacientes de programa tabaco, lo que hace que tengan que esperar meses para ser diagnosticados. Esto puede producir que disminuya la prevalencia del EPOC marcada por el contrato de gestión en más de un 5

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminución de las listas de espera de la consulta de espirometrías
- Mejora en la formación de profesionales sobre la realización e interpretación de espirometrías
- Aumento del numero de profesionales que realizan espirometrías
- Aumento del numero de espirometrías realizadas cada mes.
- Evitar demora en pacientes pendientes de diagnostico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realizar sesiónes formativas sobre la interpretación de espirometrías: Responsable: Jose Bailac
- Realizar sesiónes de formación sobre la realización de espirometrías: Responsables: Marta Allue y Lourdes Ibañez
- Aumentar la agenda de la consulta de espirometrías: Responsable: Carmen Chaverri.
- Priorización de espirometrias según el motivo de derivación. Responsable: Lourdes Altemir.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de profesionales de enfermería que realizan Espirometrias despues de la iimplantación del programa/ Nº de profesionales de enfermería .del Centro.
- Nº total de Espirometrias realizadas / Nº de pacientes derivados para Espirometría.
- Nº dias de espera : Reducción en un 50% espera actual. (valorar 1 año).
- Realización de sesiones formativas, minimo de 4 sesiones (2 Enfermería y 2 Medicina).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo: realizar 1 sesión formativa sobre Interpretación de Espirometrias (Medicina)
Mayo: realizar 2 sesiones formativas sobre Técnica correcta de Espirometrias (Enfermería)
Junio: Modificación de Agenda de Espirometrias.
Junio: Organización triage de pacientes pendientes de Espirometrias.
Octubre: Sesión sobre EPOC
Diciembre: Recogida de datos y evaluación de resultados .

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 385

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.
· MIRALBES TERRAZA SHEILA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ GALLEGO DOLORES. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· SANZ PUERTOLAS PATRICIA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La edad a la que los jóvenes inician las relaciones sexuales ha ido disminuyendo en los ultimos años, sieno 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - 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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - 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.

9. 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: programación de 5 sesiones informativas de una hora de duración.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Adolescentes

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 385

1. TÍTULO

EDUCACION SEXUAL, PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y DE EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA

5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 525

1. TÍTULO

COORDINACION Y ORGANIZACION EN EL SISTEMA DE ARCHIVO Y OPTIMIZACION DE TIEMPOS

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES MESTO VELASCO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ CASALS MARIA LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BINEFAR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· TERUEL IBARZ ANA SONIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BINEFAR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MUÑOZ GALLEGO DOLORES. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desorganización en el sistema de archivo y falta de tiempo para archivar documentos en la HC de papel. Hay médicos que nos dan para guardar en la HC muchos documentos ajenos al Salud y de otros sectores, si los escanearamos para guardar en la HC de OMI ahorraríamos tiempo en el archivo. También hay médicos que nos entregan informes para archivar que ya están colgados en la Intranet el Sector y por lo tanto no es necesario archivarlos en la HC de papel. Las radiografías están en unos archivadores cuya cerradura está estropeada y no se puede abrir, por lo que tenemos montones de radiografías sin archivar. El archivo está ubicado en un sótano frio y húmedo y en invierno las condiciones para archivar son pésimas y por la infraestructura del centro, el archivo está en un lugar inaccesible para una de las administrativas que va en silla de ruedas, y por lo tanto sólo hay 2 personas que pueden bajar al archivo, con lo cual los informes se nos acumulan sin archivar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tener el archivo ordenado, que no haya documentación amontonada sin archivar, colocar las radiografías en las carpetas de la HC, crear un archivo sólo para RMN ya que estas por su tamaño no caben con la HC. Ahorro de tiempo con el escaneo de documentos al no tener que archivar los documentos en la HC de papel, así como mayor comodidad para los médicos cuando tienen que consultar datos del paciente si ya lo tienen incluido en OMI; ellos lo ven directamente en el ordenador y las administrativas no tenemos que ir a buscarlo al archivo con la pérdida de tiempo que ello conlleva consiguiendo un notable ahorro de tiempo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Escanear todos los documentos que tenemos pendientes , para ello en la carpeta común que tenemos para todo el centro, dentro de la carpeta " IMPORTARHC" abriremos otra carpeta para cada médico con su nombre donde colocaremos todos los documentos escaneados de sus pacientes para que ellos lo coloquen en su respectiva HC de OMI con el consiguiente ahorro de tiempo. Proponemos a los médicos que las radiografías que llegan al centro, una vez sean revisadas, se las entreguen a los pacientes para que ellos las guarden.
Llamaremos a un cerrajero para que nos abra el archivo de las radiografías y las colocaremos en su HC, y las que sean muy antiguas y ya no sirvan las enviaremos para su destrucción.
Para lograr mayor orden en el archivo necesitaremos 2 estanterías nuevas para colocar las cajas que tenemos por el suelo.
También necesitaríamos 1 archivador de cajones nuevo para guardar las RMN.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Control de la documentación que tenemos en papel y que todavía no hayamos escaneado para que no se nos acumulen papeles con más de 2 meses de antigüedad.
Que en el archivo de la HC de papel no queden montones de radiografías ni otros documentos fuera de las correspondientes HC.
Al final de cada año depuraremos las HC de los éxitus colocándolas en cajas ordenadas por año de fallecimiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Escaneo de los documentos en papel para incluirlos en la HC de OMI, inicio previsto en Junio de 2015 y continuación en el tiempo.
Depuración y orden en el archivo de radiografías, inicio previsto Junio 2015 y finalización en Septiembre 2016.
Archivo de Resonancias Magnéticas , inicio previsto Junio de 2015 y finalización Septiembre 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 1 Nada
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 743

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION PROGRAMADA DEL PACIENTE PEDIATRICO ENTRE 0-14 AÑOS EN EL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

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. MEDICO/A. 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. La Unidad de Pediatría del C.S. Binéfar está formada por 2 pediatras titulares y una enfermera. La población en edad pediátrica es de aproximadamente 1650 niños, que se atienden en consulta programada siguiendo el Programa de Salud Infantil, que comprende actualmente un mínimo de 15 actuaciones médicas y enfermeras a lo largo de este periodo. Su objetivo es llevar a cabo el cribado de algunas enfermedades de la infacia, dar consejos y realizar actividades preventivas, promoción de la salud y programa de vacunación infantil. En total se estiman que se realizan alrededor de 1800 intervenciones anuales de este tipo.
Hemos detectado que en ausencia de pediatra y enfermera titular, no se realizan todas las revisiones programadas ni todas las actividades necesarias, hay errores en recomendaciones, interrupciones de consulta para resolver dudas, etc. Creemos que puede deberse a falta de habilidades de los profesionales que sustituyen y así se nos ha referido.
Dado que la investigación cambia con frecuencia la evidencia disponible para realizar una intervención determinada, debe existir un compromiso de actualización periódica de cada actividad realizada para tratar de disminuir la variabilidd en la práctica clínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha elaborado una guía práctica que pretende ser un manual del del Programa de Salud Infantil de la Asociación de Pediatría adaptado a la realidad de nuestro medio de trabajo. Es de libre acceso para personal del C.S. y se encuentra en formato papel e informático. En ella consta de manera sencilla la información que debemos recoger en cada revisión programada según edad, exploración a realizar, programas de cribado, medidas de educación para la salud e intervenciones en grupos de riesgo y vacunas correspondientes.
Se creó una carpeta informática de pediatría ubicada en la carpeta común del Centro donde se cuelga periódicamente documentación relacionada con la atención al niño. Esto ha mejorado el acceso a la información pediátrica por parte de los profesionales.
Elaboramos una encuesta previa a la planificación de sesiones formativas que ibamos a impartir. Su objetivo fue investigar cuáles eran las preferencias y necesidades formativas en Pediatría del Equipo. Dado el interés que suscitó, dimos prioridad a la sesión formativa "Vacunas en la infancia y adolescencia". La sesión clínica contó con una asistencia del 60,7 % del Equipo de Atención Primaria. Esta sesión tenía relevancia fundamentalmente para capacitar a EAC en las sustituciones y la asistencia de este grupo nos pareció satisfactoria.
Se realizó un test inicial que constaba de 5 preguntas sobre conocimientos básicos de vacunación (la puntuación media fue >3 preguntas correctas en un 60 % de los profesionales) y un test postintervención que mostró mejores resultados (>3 preguntas 100% de profesionales).

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la asistencia a la población entre 0-14 años. Mejorar las habilidades del personal sustituto en consulta programada de Pediatría y Enfermería pediátrica. Unificar y actualizar criterios en la realización del Programa de Salud Infantil. Implicar a todo el equipo que trabaja en el programa de la infancia. Aportar a los padres documentación escrita de las necesidades infantiles según edad. Aportar al profesional sustituto herramientas para mejorar su práctica clínica en consulta programada del niño.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actualización y difusión de la guía sobre programa de Salud infantil, adaptada a la realidad de nuestro medio de trabajo (Responsable: Sheila Miralbés Terraza)
Manejo de herramientas para acceso a la información en red: Carpeta informática en red de Pediatría. Actualización de información. (Responsable; Elena Janer Subías)
Organización de sesiones formativas y difusión en sesiones clínicas de equipo (Responsable: Rosa Subirada Casasnovas)
Actualización de medidas preventivas según evidencia disponible y del calendario vacunal (Responsable: Alicia Alquézar González

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de sesiones clínicas: 3 al año (objetivo 60%)
Nº de asistentes / nº total de MAC y EAC (objetivo 60%)
Nº de asistentes / nº total de médicos y enfermeras del equipo (objetivo 60%)
Test inicial y test postintervención

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2º trimestre 2015: organizar sesiones formativas y consensuar protocolos.
3er trimestre 2015 a 1er trimestre 2016: elaboración y presentación de sesiones formativas.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 743

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION PROGRAMADA DEL PACIENTE PEDIATRICO ENTRE 0-14 AÑOS EN EL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 051

1. TÍTULO

REVISION DE LA SITUACION INMUNOLOGICA EN LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES

2. RESPONSABLE ..... DOLORES ORTEGA GARRIDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALTEMIR CAMPO LOURDES. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ MARTINEZ JAVIER. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· NAVASA DE SUS INES. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· PULIDO SANCHEZ ELOY. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· BUISAN PUERTOLAS MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hemos detectado diferencias importantes sobre la vacunación de los pacientes en tratamiento con Inmunosupresores, por ello creemos importante unificar criterios de actuación en la vacunación de estos pacientes, según criterios de sociedades cientificas y de acuerdo con medicina Preventiva del Sector Barbastro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la cobertura de vacunación en pacientes con tratamiento Inmunosupresor.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión de documentación sobre las recomendaciones de vacunación. Responsable Ana Cortes
- Creación de un protocolo de actuación. Responsables: Todos los mienbros del equipo
- Captación de pacientes con tratamiento inmunosupresor. Responsable: Mª Jose Buisan
- Revisión de Historia de vacunación individual. Responsables: Todos los mienbros del equipo
- Adecuación de esta vacunación de forma individualizada. Responsable: Enfermería de cada paciente

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de pacientes correctamente vacunados según Medicina Preventiva antes de la implantación del programa / Nº total de pacientes revisados.
- Nº de pacientes correctamente vacunados según Medicina Preventiva despues de la implantación del programa / Nº total de pacientes revisados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración : 1 año
Junio: Revisión bibliográfica
Junio: Realización de protocolo
Septiembre: captación de pacientes
Septiembre y octubre: revisión de historia de vacunación individual
Octubre: Inicio de actualización de calendario vacunal individualizado

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes en Tratamiento con Inminusupresores

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 547

1. TÍTULO

OPTIMIZACION SALA DE URGENCIAS P.A.C. BENASQUE

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.
· SANTA-BARBARA PALACIO MARIA ROSA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ MELIZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA SANJUAN GEMA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente en el P.A.C. de Benasque existe un registro de mantenimiento diario con firmas de los distintos responsables de A. Continuada de cada jornada. Así mismo, existe un registro de mantenimiento mensual de determinados aparatos(DEA, ECG, Laringoscopio…), y un tercero de ubicación correcta junto con stock de material de la sala de urgencias.
En alguna ocasión se ha detectado que en la atención de urgencia ha faltado material en la sala, o dicho material no estaba en óptimas condiciones para su utilización. Todo esto supone un grave problema para la atención sanitaria de calidad, ya que estos registros no se están formalizando.
Pensamos que llevando a cabo este proyecto conseguiremos implicar a los distintos profesionales para el buen funcionamiento de la sala, consiguiendo así una mayor seguridad y satisfacción del usuario y de los profesionales implicados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejor atención al usuario de la sala de urgencias del P.A.C. de Benasque.
- Aumento de la seguridad a la hora de trabajar en la sala de urgencias.
- Conseguir que el material esté en óptimas condiciones, dotando a su vez a la sala de urgencias de material necesario y adecuado.
- Ubicación del aparataje en lugar que le corresponde.
-Implicación de los profesionales en el buen mantenimiento y funcionamiento del aparataje/material, designando responsables para cada actividad.
- Verificar que todos los profesionales se implican en el cumplimiento de los objetivos.
- Aumento de la satisfacción de los profesionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Designar responsables.
- Comprobar que en el listado de ubicación esté el material correspondiente.
- Volver a solicitar nueva camilla, ya que la actual no reune condiciones necesarias.
- Comprobar que el registro diario esté firmado y las actividades de mantenimiento diarias realizadas correctamente, apuntando así mismo las distintas incidencias encontradas.
- Información de la ubicación de los distintos registros y de la forma de verificación de las actividades.
- Añadir al registro de aparataje del P.A.C de Benasque el nebulizador y el aspirador (aparte de los ya existentes: ECG, Laringoscopio y DEA.)
- Realizar sesión informativa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - nº de revisiones realizadas mensualmente/ nº previsto de revisiones>= 90%.
- nº de revisiones diarias firmadas/ nº total de firmas >= 80%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio: Junio 2015 a Mayo 2016.
- Sesión informativa: Junio 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 249

1. TÍTULO

COORDINACION SERVICIOS DE ADMISION DE ATENCION PRIMARIA CON SERVICIOS DE ADMISION DE ATENCION ESPECIALIZADA. SECTOR BARBASTRO

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.
· CUELLO RIVAS CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. JEFE SECCION GESTION Y SERV. GRALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La relación de Atención Primaria con Atención Especializada es cotidiana. Solicitamos citas, pruebas diagnósticas, canalizaciones, con frecuencia, en los CC.SS. distantes del hospital, hacemos de intermediarios para facilitar al paciente cambios de cita, dudas con LEQ, etc.
La descoordinación entre estos servicios y el desconocimiento mutuo de nuestras tareas propician errores que pueden afectar al usuario y al buen funcionamiento del sistema.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Conocer las competencias de cada uno.
-Conocernos personalmente.
-Elaborar un documento para consultar la forma correcta y unificada de llevar a cabo las gestiones y/o peticiones, evitando así errores y demoras.
-Utilizar medios informáticos, eliminando en lo posible el uso de papel y fax.
-Unificar preparaciones de pruebas diagnósticas.
-Tener un lugar en la Intranet donde acceder a la documentación (preparaciones, consentimientos informados,...).
-Tener encuentros para actualizar estos protocolos.
-Facilitar al paciente la unificación de citas, las gestiones con el hospital, especialmente en los Centros de Salud más alejados del mismo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Mantener encuentros anuales de Administrativas de AP con Administrativas del Hospital de los distintos Servicios, para actualización, fuera de horario laboral, ya que de 8 a 15 no es posible, debido a la dispersión.
-Elaboración de Manual de Coordinación de Servicios de Admisión de Especializada y Primaria del Sector de Barbastro.
-Revisiones periódicas con actualizaciones del mismo.
-Establecimiento de cauces de comunicación: correos electrónicos de Servicio.
Responsables:Jefe de Sección G.S. del Hospital de Barbastro y Jefe de Grupo de Aux. Admvas. de A.P. Sector Barbastro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuentro formativo/año= 1
Revisión y actualización del Manual si procede.
Número de Administrativas de AP que acuden/nº administrativas AP= =>30

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio 2015
Encuentros anuales. No se contempla fecha fin.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 065

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA VASCULAR Y NEUROPATICA EN EL PIE DIABETICO

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.
· ALONSO BERGES RAQUEL. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· YSEBIE RONSE ISABEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· PUYUELO LARDIES ASUNCION. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· MONTERDE GUERRERO MIGUEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· MORED MARTINEZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· FRANCH FERRER MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. la diabetes mellitus es una patología de alta prevalencia en el ámbito de A.P. que genera alta demanda de recursos ya que presenta una importante co-morbilidad en los pacientes de larga evolución.
Un porcentaje de estos pacientes desarrollará complicaciones de tipo vascular en EE.II.
La escasa existencia de una adecuada prevención sanitaria retrasa la evaluación y tratamiento de este tipo de pacientes y favorece el desarrollo de complicaciones.
La intervención del EAP, con la exploración preventiva y la eduación sanitaria es fundamental para evitar dichas complicaciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Implicación del EAP en la exploración del pie diabético.
- Mejor control del paciente diabético.
- Detección precoz de patología vascular y neuropática y su derivación a especializada.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realizar sesión clínica sobre la exploración del pie diabético.
- Citación programada de pacientes para la realización de la exploración.
- Exploración (Inspección/exploración vascular/exploración neurológica).
- Eduación sanitaria sobre higiene y cuidado de los pies
- Derivación a Especializada si se sospecha enfermedad arterial periférica isquémica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización Sesión clínica.

nº pacientes con exploración pie diabético realizada / nº pacientes diabéticos= 50%

nº pacientes con ITB patológico / nº total pacientes con exploración realizada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. SESIÓN CLÍNICA: junio 2015.

Exploración pie en consulta programada:
de JUNIO 2015 a MAYO 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 098

1. TÍTULO

ADECUACION Y MEJORA CARRO DE PARADA CARDIORESPIRATORIA

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 BERGUA RAQUEL. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· ESPIER LLORENS ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La aparada cardiorespirtatoria es una patologia poco frecuente en antencion primaria. Cuando un profesional sanitario aborda esta situacipon debe de garantizar una atención adecuada. Para ello es necesario disponer de un conjunto de materiales , dispositivos, instrumentos y fármacos que forman lo que denominamos "Carro de Paradas" así como de los conocimientos de actuación ante una situacion de urgencia vital. En base a esto yt dado que todas las actuaciones deben realizarse con criterios de seguridad, tanto para el paciente como para los profesionales, garantizando asi mismo una asistencia urgente de calidad al usuario, se debe disponer no solo de recursos humanos sino también de materiales.
En nuestro centro de Salud el Carro de paradas del que disponemos no cumple los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos principales
- Optimizar la atención del paciente con una urgencia vital
- Disponer de Carro de Parada con elementos necesarios para garantizar la atención del paciente en situacion de urgencia vital

Objetivos secundarios
-asegurar el buen funcionamiento del carro de parada
- Mantener el correcto estado del material y medicación y Revisiones por el personal
- Fomentar el conocimiento del procedimiento del carro de parada en todo el personal sanitario del Centro de Salud
- Mejorar las habilidades personales en el manejo de los materiales, dispositivos y medicación disponible; reciclaje periodico del personal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Solicitar Carro de parada
2. Establecer el contenido imprescindible de material, así como su distribución en el carro de parada
3. Calendario de revisiones y responsables:
a) Revisones semanales: contenido del carro
b) Revisiones mensuales: funcionamiento del material
4. Hacer listado de la composición de cada uno de los departamentos del carro y colocarlos en lugar visible
5. Establecer registro de caducidades
6. Precintar departamentos del carro de parada
7. Sesiones clínicas periodicas sobre contenido y manejo del carro de parada

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Exitencia de carro de parada nuevo
2. Número de revisiones realizadas/ numero de revisiones previstas según calendario: valor = ó > 90%
3. Número de sesiones formativas/año: >1

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. A partir de la recepción del nuevo carro de paradas:
- establecer mínimos y responsables en un mes
- Sesiones formativas en dos meses
- Revisones desde el momento en que se dote al carro del material necesario

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 635

1. TÍTULO

PRESERVACION DE LA CADENA DE CUSTODIA EN EL PAC DE 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.
· CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANTA-BARBARA PALACIO MARIA ROSA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARCIA SANJUAN GEMA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente existe desconocimiento de actuación ante situaciones que requieren cadena de custodia. Con este proyecto intentaremos dar a conocer a los profesionales la cadena de custodia junto con pautas para su correcto desarrollo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Conocimiento del documento de cadena de custodia de todos los profesionales del PAC de Benasque.
-Hacer un buen registro del documento de custodia
- Dar a conocer este documento a los profesionales indicados.(Profesionales sanitarios, administrativos y personal de la ambulancia).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Realizacion sesión clínica .
-Petición contenedores precintables para la custodia de las muestras.
-Poner a disposición de los profesionales los pasos a seguir para acceder al documento en la web.
-Informar a los profesionales implicados para aumentar la seguridad en la cadena de custodia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Núm.de registros correctos de cc / num. total de registros de cc >90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Sesión clínica : Julio 2015
-Duración : Junio 2015-Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 063

1. TÍTULO

GESTION DE ALMACEN. AMPLIACION

2. RESPONSABLE ..... ASUNCION PUYUELO LARDIES
· 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.
· FRANCH FERRER MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA BELLO MARIA JESUS. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN PEREZ MONTSERRAT. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Según el proyecto presentado en 2014, se inició la mejora de gestión de almacén designando mínimos de material tanto en el almacén del Centro de Salud como de los consultorios periféricos y la implantación de la hoja de rotura de Stock.
Actualmente pretendemos ampliar la designación de mínimos al pedido de farmacia, estableciendo mínimos tanto en el almacén del Centro de Salud como en los consultorios periféricos, utilizando la misma hoja de rotura de stock.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. -Definir mínimos.
-Colocar etiquetas.
-Puesta en funcionamiento, hoja rotura de stock.
Indicador:
Nº productos con etiqueta identificativa/nº total de productos >90%
Resultado :95%
Indicador: Utilización hoja rotura de stock:registros realizados en los tres últimos meses
Resultado SI

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Dotar al almacén central de Castejón de Sos, a los consultorios de cabecera que dependen de él y al almacén de Benasque de los productos farmacéuticos necesarios para cubrir las necesidades de todos ellos, teniendo en cuenta la lejanía y dispersión de nuestra Zona de Salud.
- Evitar la acumulación de fármacos.
- Minimizar la cantidad de fármacos caducados.
- Implicar a todos los miembros del EAP en la gestión de almacén.
- Concienciar a estamentos de nivel superior de la necesidad de dar una solución definitiva a la gestión informatizada de almacén.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Establecer mínimos de fármacos en los consultorios locales de cabecera.
- Establecer mínimos en los almacenes centrales de Castejón de Sos y Benasque.
- Exportar datos y diseñar etiquetas.
- Colocar etiquetas identificativas con los mínimos.
- Utilizar la hoja de rotura de stock ya existente para material sanitario.
- Reorganizar almacenes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. número de fármacos con etiqueta identificativa/nº total fármacos=> 90%
utilización de la hoja de rotura de stock:
existencia de registros de fármacos en los últimos 3 meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Establecer mínimos: JUNIO 2015
Obtener listados y diseñar etiquetas: JUNIO 2015
Etiquetar: SEPTIEMBRE a DICIEMBRE 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 139

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)

2. RESPONSABLE ..... NURIA ARESTE ALBA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NOGUERO CARRERA ADORACION. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA
· DIEZ MUÑOZ TANIA. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA
· SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los problemas que se han detectado:
- Necesidad de protocolizar
- Control de las existencias en el almacén
- Actividades de mantenimiento preventivo del aparataje de atención continuada
- Control de caducidades
- Próxima incorporación al Proyecto ISO 9001 en Atención Primaria

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 establecer en el Centro de Salud de Fraga una sistemática que recoja 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, nos ayudará a poder asistir a la urgencia/emergencia de manera más eficiente y rápida.
OBJETIVO GENERAL
Mantener la zona de atención continuada en las condiciones óptimas para una asistencia eficiente y rápida.
OBJETIVOS REALIZADOS:
1.- Describir la estructura y funcionamiento de la zona de atención continuada en el Centro de Salud.
2.- Farmacología en las consultas, los boxes, el almacén y los maletines de atención continuada.
3.- Protocolización de existencias y caducidades de la zona de atención continuada.
4. Protocolización de las actividades de mantenimiento del aparataje del servicio de atención continuada.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1.- Destacar la importancia que tiene en los procesos de atención al paciente el conocimiento de material del que se dispone, así como la seguridad que aporta el conocimiento de su obligada ubicación y de su correcto funcionamiento.
2. Desarrollar y consensuar el protocolo de funcionamiento de la sala y el material de atención continuada.
3.- Exponer los principales indicadores propuestos para evaluar la calidad de los resultados en el proceso de funcionamiento de la sala y el material de atención continuada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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.

7. 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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 139

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)

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.
• Confección, discusión y aprobación en consenso del protocolo, adaptado a las características propias del centro.

• Elaboración de un sistema de registro 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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Realización del protocolo AC (SI/NO)
• 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%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Análisis situación: 1º trimestre
-Construir grupo trabajo (multiprofesional): 1º trimestre
-Registro caducidades según normas ISO: 2º Trimestre
-Selección de indicadores a evaluar y periodicidad: 3º trimestre.
-Evaluación y propuesta nuevas acciones mejora: 4º trimestre.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 284

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.
· ALCAY MARIN FCO JAVIER. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ORDAS LAFARGA OLGA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN. 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
· PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H DE JACA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. NINGUNO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de contactos realizados (asociaciones, ayuntamientos, etc) X100 sobre el total de asociaciones, etc. Estandar 80%

Nº charlas realizadas X 100 Total sobre el total de nucleos rurales Estandar 75

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo- Junio 2015 - Actualizacion de conocimientos, contacto con PACAP. Trabajo EAP
Julio- Obtención de contactos ayuntamientos, asociaciones, etc para explicar el proyecto
Julio- presentración en Consejo de Salud (o cuando este previsto el próximo Consejo, loly, tu sabes aprox cuando toca).
Septiembre- elaboración de charla en formato power
Octubre- concrecion de fechas
Noviembre 2015- Abril 2016- Difusión
Mayo 2016 evaluación

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. MEDICINA COMUNITARIA
OTRA PALABRA CLAVE 2. HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 324

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: MEJORA DE LOS CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA LERIS OLIVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALASTRUE PINILLA CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN VIDAL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CARRION PAREJA ROSA MARIA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A través del consejo de salud de la Zona Básica del Centro de Salud de Monzón Rural se transmite la necesidad de formación en primeros auxilios al profesorado de los centros escolares que desarrollan su actividad en la ZBS.
Tras valorar la solicitud en varias reuniones del EAP, decidimos abordar el tema desde el punto de vista formativo, trasladándonos a los centros educativos y realizando charlas de primeros auxilios. Así como con la redacción de un documento que contenga las pautas básicas de atención en primeros auxilios, para eventos qu

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos generales:
1.- Preparación en el EAP de las charlas en primero auxilios con los temas a abordar, específicamente sanitarios.

2.-Recoger las demandas especificas que los docentes nos hagan llegar desde los centros para que estén recogidos en las charlas.

Objetivos especificos:
1.-Formar al profesorado
2.-Crear una guía de actuación en primeros auxilios, que recoja pautas básicas de actuación en situaciones urgentes que se puedan presentar en la escuela.
Establecer el material necesario para abordar estar situaciones que debe estar disponible en los centros escolares

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º Contacto con los centros educativos de la ZBS para determinar las necesidades concretas de cada centro.
2º Revisión bibliográfica sobre el tema
3º Elaboración de una guía de primeros auxilios adaptada a las necesidades y personal de los centros a los que va dirigid

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Nº de Centros educativos en los que se imparte formación / Cetros educativos ZBS Estándar 50%

2. Nº Profesores que participan en la formación/nº total de profesores de los centros interesados.
Estándar 75

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. CURSO ESCOLAR 2015/2016
Junio 2015: Envío de la propuesta por correo a los centros educativos y al consejo de salud de zona.
Septiembre 2015: Contacto con los CRA de la ZBS
Octubre 2015: Reunión con los docentes
Noviembre 2015: Revisión bibliografía
Diciembre /Enero Creación del documento /guia
Febrero/Marzo 2016: Presentación y formación en centros escolares
Abril: Evaluación

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 324

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS: MEJORA DE LOS CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS

5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 164

1. TÍTULO

VALORACION DE LA SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE MONZON RURAL

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 CONCEPCIÓN. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN VIDAL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CARRION PAREJA ROSA MARIA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ALCAY MARIN FCO JAVIER. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· LERIS OLIVA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· ORDAS LAFARGA OLGA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, asi como la incorporación de la mujer a la actividad laboral ha condicionado el cambio a la hora del reparto de papeles en el cuidado de pacientes crónicos -dependientes.
Desde esta prespectiva observamos que el cuidado de nuestros pacientes recae en familiares o en personas contratadas para este fin.
Con este proyecto pretendemos valorar la sobrecarga de nuestros cuidadores principales (aquellos que estan día a día con el paciente) para asi poder generar en un futuro actuaciones encaminadas a detectar posible cansancio y darles recursos para poder mejora su situación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Análisis descriptivo de los tipos de cuidadores que tenemos en nuestra Zona de Salud.(edad, sexo, vinculo familiar,nacionalidad y formación de los cuidadores.)
-Determinar el grado de sobrecarga del cuidador principal mediante la escala Zarit.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Determinar el número de pacientes crónico dependientes que precisan cuidador.
Creación de una hoja de recogida de datos básicos del cuidador y del paciente crónico-dependiente.
Recogida de datos del paciente crónico dependiente (Barthel y Norton)y del cuidador.
Realizar al cuidador principal la escala Zarit .
Análisis de los datos y resumen de conclusiones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de escala (Zarit) en cuidadores x 100 estandár 80 %
Total de cuidadores

Número de cuidadores sin sobrecarga x100
Total de cuidadores

Número de sobrecarga leve en cuidadores x100
Total de cuidadores

Número de sobrecarga moderada en cuidadores x100
Total de cuidadores

Número de sobrecarga intensa en cuidadores x100
Total de cuidadores

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. En junio 2015 elaborar el listado de pacientes crónico-dependiente y determinar el número de cuidadores que trabajan en nuestra Zona de Salud.
En julio 2015 creación de hoja de recogida de datos .
Inicio 1 de septiembre 2015 hasta 30 de enero de 2016 para la realización de las diferentes escalas (Zarit, Barthel y Norton).
En febrero y marzo análisis de los datos.
En abril de 2016 conclusiones y evaluación .

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. cuidador

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 164

1. TÍTULO

VALORACION DE LA SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE MONZON RURAL

OTRA PALABRA CLAVE 2. sobrecarga
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 105

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PAROS DEL 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.
· PEREZ ALBIAC JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· PERA FERRAZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· VAZQUEZ TORGUET ANA MARIA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· OTIN CIPRES VANESSA. MEDICO/A. PAC MONZON. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MOROS VAZQUEZ LAURA. ENFERMERO/A. PAC MONZON. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FRANCO ARDANUY AFRICA. TCAE. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La demanda de atención sanitaria es creciente y Atención Primaria es el primer escalón de la misma . Vemos necesario mantener la cadena de supervivencia activa contando con formación adecuada y con una dotación del material adecuado. Creemos que nuestra área de urgencias debe de estar habilitada adecuadamente .
El tema que proponemos como oportunidad de mejora ha sido seleccionado mediante la técnica de INFORMADORES CLAVE. En el área de atención continuada, en el trabajo cotidiano de urgencias, a pesar de existir revisiones periódicas en el contenido y organización del carro de paros, se evidenció una carencia de los mecanismos de control en cuantos fechas de caducidad, existencias de material fungible adecuado y en el sellado o cierre de dicho carro, mecanismos éstos avalados por la evidencia clínica. Todo esto debido en parte a la antigüedad en la estructura actual del carro de paros .
Nos vemos identificados en otros centros fuera de nuestra comunidad, en donde se van realzando proyectos de mejora en este ámbito de la atención de la patología urgente. Usando como base dichos proyectos, y dada la necesidad sentida de mejora en la calidad de la atención a nuestra población, se decidió llevar adelante este proyecto de calidad en la organización y mantenimiento del carro de paros del PAC de Monzón.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos generales.- Garantizar un servicio de calidad en la atención sanitaria urgente en nuestra población, y conseguir una coordinación adecuada entre los sanitarios implicados ante una urgencia en el PAC de Monzón.
Objetivos específicos .- Contar con un nuevo carro de paradas,conseguir una correcta dotación del carro de paradas, realizar un protocolo de revisión y mantenimiento del carro de paradas.
Hacer actualizaciones en formación de las situaciones de urgencia vital.Realizar sesiones explicativas del contenido y funcionamiento del material fungible y de diagnóstico del carro de paradas a todo el personal sanitario involucrado del PAC de Monzón.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Búsqueda bibliográfica y sesiones de formación(ya realizadas a mayo de 2015).Elección del modelo de carro a comprar (ya realizada con gerencia del Sector) Creación del listado del material y de las hojas de registro para el plan de mantenimiento del carro de paros y del circuito de responsables en la revisión y mantenimiento del carro de paros(ya realizado) Pendiente la compra del carro, la puesta en marcha definitiva, y el pilotaje de los primeros meses.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de sesiones realizadas 2
estándar 100 %

Circuito de mantenimiento: se definirá las 10 medicaciones básicas y las unidades necesarias de cada uno y 10 materiales fungibles necesarios; se controlará su disponibilidad y su caducidad cada mes. Material administrativo y material de exploración y diagnóstico.

Unidades de medicación disponibles X 100 estándar 80 %
Total de medicación básica

Unidades de material fungible disponible X 100 estándar 80 %
Total del material
Unidades de material exploración disponible
Total material exploración
Firmado del circuito: se controlará el numero de meses firmados, su continuidad

Unidades de meses firmados por enfermera X 100 estándar 90 %
6 primeros meses de funcionamiento
días firmados por enfermería EAPs x 100 estándar 80 %
20 días de funcionamiento(primeros 5 días laborables
de 4 primeros meses)

días firmados por enfermeria-EAC x 100 estándar 80 %
16 dias de funcionamiento(primero y segundo fin

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 105

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PAROS DEL PAC DE MONZON

de semana de los 4 primeros meses).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Octubre de 2014 .- Inicio del proyecto.
Noviembre 2014 .- Presentación del proyecto al personal sanitario de EAP Monzón urbano
Encuentro con gerencia para exponerlo.
Cursos de formación: 2 sesiones
Diciembre 2014.- Desarrollo del proyecto
Segundo trimestre y tercer trimestre 2015.- Compra del nuevo material, puesta en marcha definitiva del circuito organizativo del carro de paros
Cuarto trimestre 2015 .- Evaluación

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 341

1. TÍTULO

SERVICIO DE INFORMACION Y APOYO AL CUIDADOR DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ALODIA ABAD RUIZ
· Profesión ..... TRABAJADOR SOCIAL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILLAN GARCIA JOSE RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las demencias, tipo Alzheimer o no, son patologías que conllevan un sufrimiento físico y psicológico importante para los propios pacientes y sus familias.El deterioro progresivo en el desarrollo de la las diferentes actividades de la vida diaria, avanzadas, instrumentales y básicas, conlleva una asunción de funciones por parte de un cuidador principal, cada vez mayor. El riesgo de sobrecarga de los cuidadores es elevado repercutiendo además de, en la propia salud de éstos, en la incidencia de ingresos hospitalarios y asistencias de urgencias de éstos, por ellos creemos imprescindible cuidar al cuidador, para lo que consideremos es importante que conozcan bien la enfermedad, la evolución, los recursos, y se sientan apoyados por distintos profesionales.

Para la buena marcha de los cuidadores y la adecuada asunción de responsabilidades y tareas, pudiendo cuidarse y ser cuidados, es importante que se trabaje con ellos la aceptación de la enfermedad, que se de acceso a la información sobre esta y sobre los recursos existentes, que se les preste apoyo y que se les enseñe a cuidarse o mejor dicho, a autocuidarse.

Detectada la falta de tiempo (10 minutos de consulta neurología) para un abordaje integral (médico y psicosocial) en las consultas ambulatorias de neurología para el paciente con demencia (Alzheimer) y como complemento a ésta para paliarla, así como la consiguiente demora en el seguimiento de dicho ésta (anual) nos planteamos una serie de actuaciones, basándonos en unidades de demencias y trastornos de conductual de hospitales de referencia con asistencia multidisciplinar (neurología, psicología, trabajo social, rehabilitación) adaptándolo al nuestro contexto sanitario y social.

Se pretende que este servicio socio-sanitario, entre en la cartera de servicios de neurología ya que actualmente las iniciativas similares parten de asociaciones (de Alzheimer) y centros privados con colaboraciones limitadas del neurólogo y el trabajador social

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejoría en la calidad asistencial (Neurología)
- Mejoría en la satisfacción del usuario del sistema de salud
- Ofrecer visión real de la enfermedad de alzheimer con objetivos realistas a nivel de tratamiento
- Optimización de las ayudas sociales con expectativas realistas
- Racionalización del uso de los servicios sanitarios (primaria, urgencias) que habitualmente son los receptores de este tipo de pacientes ante cualquier descompensación,
- Minimizar la hospitalización del paciente con demencia por sobrecarga y claudicación del cuidador haciendo incapié en la importancia de su figura y gestionando el autocuidado del mismo (información enfermedad, detección de los síntomas de claudicación y soporte sociosanitario si precisa

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 2 Sesiones informativas de corta duración (60-90 minutos) en aula con proyector. Con una frecuencia mensual.

Impartidas en el propio centro hospitalario por el especialista de neurología y la trabajadora social del hospital, enfocadas exclusivamente al cuidador/cuidadores del paciente con demencia (20-25 personas: cuidador/a principal y otro/s familiares/es)

La dinámica grupal del proyecto añade un punto más al aprendizaje e impacto, favoreciendo la interactuación de los asistentes

Ambas sesiones se estructurarán con una parte expositiva del profesional y una segunda en la que plantear dudas e interambiar viviencias, teniendo el profesional un rol más dinamizador.

- 1ª sesión (neurólogo): información de la enfermedad (causas, herencia, síntomas, clasificación y tipos, diagnóstico, evolución, complicaciones, síntomas conductuales, tratamiento - presente y futuro, figura del cuidador.

- La segunda sesión (T. social): centrándose en la figura del cuidador como puntal del paciente, haciendo incapié en la importancia de su figura y gestionando el autocuidado y abordando aspectos relacionados con la sobrecarga del cuidador.

En ambas sesiones se pasaría una escala encuesta de satisfacción (ver indicadores)*

Los asistentes serían reclutados en la propia consulta de neurología.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 341

1. TÍTULO

SERVICIO DE INFORMACION Y APOYO AL CUIDADOR DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Las sesiones serán repetidas para dar cobertura a mayor número de cuidadores y familiares.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores que nos proponemos medir van a ser:

- Satisfacción con la actividad: Media de 8, entre todos los asistentes, en escala de 0 a 10.
- Explicaciones claras: Media de 8, entre todos los asistentes, en escala de 0 a 10.
- Utilidad de los contenidos: Media de 8, entre todos los asistentes, en escala de 0 a 10.
- La identificación en situaciones de compañeros de grupo: Media de 8, entre todos los asistentes, en escala de 0 a 10.
- Resolución de dudas: Media de 8, entre todos los asistentes, en escala de 0 a 10.
- Recomendación por parte de asistentes a otros cuidadores: Media de 8, entre todos los asistentes, en escala de 0 a 10.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio- Julio 2015: Diseño de las sesiones y de la encuesta de evaluación
Septiembre 2015 en adelante: Comienzo de las sesiones. Segundo martes de cada mes..

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. La edad no es criterio de inclusión, siempre que sean cuidadores o famliares de éstos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cuidadores
OTRA PALABRA CLAVE 2. Demencia
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 002

1. TÍTULO

BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) ECOGUIADO PARA ANALGESIA POSTOPERATORIA DE LA CESAREA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ABAD SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENTUE OLIVAN LUCIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANCHEZ URIA LUCIANO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ARANA LENIS MARIA CONSTANZA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· HUICI GERMAN ALBERTO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· UNGRIA MURILLO JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· JAIME PAUL ROSARIO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CAMPO SIN ALICIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La adecuada analgesia tras una cesárea permite deambular precozmente previniendo fenómenos tromboembólicos, dota de independencia para asistir al recién nacido, facilita el inicio de la lactancia materna y, probablemente, previene la cronificación del dolor poscesárea, pudiendo además permitir un alta precoz.
Actualmente se considera que el bloqueo anestésico ecoguiado del plano transverso del abdomen (por donde transcurren los nervios encargados de la inervación de la pared abdominal) presentaría claros beneficios en el control del dolor postoperatorio asociado al protocolo de analgesia para la cesárea, ya existente en nuestro centro , pero que a menudo resulta insuficiente o presenta incómodos efectos colaterales
Utilidad del proyecto
Mejorar la calidad asistencial a los pacientes intervenidos de cesárea, de forma programada y de urgencia garantizando completa analgesia de la zona durante las primeras horas del postoperatorio, evitando y minimizando las posibles complicaciones derivadas de la analgesia sistémica que se administra actualmente, y que muchas veces supera a la establecida en el protocolo.
Mejoraría el control del dolor, la comodidad de la paciente, facilitaría los movimientos y posturas necesarias para establecerse un buen vínculo madre e hijo e inicio de la lactancia materna.
Métodos de detección y priorización
Pacientes intervenidas en el Hospital de Barbastro de cesarea programada o de urgencia, que cumplan criterios para realizarse el bloqueo anestésico de la pared abdominal ecoguiado.
Serán excluidos aquellos pacientes que no acepten la técnica o que presenten algún tipo de contraindicación para su realización. (alteraciones de la coagulación, alteraciones anatómicas de la pared abdominal, alergias a anestesicos locales e inestabilidad hemodinámica)
Situación de partida
Actualmente en el Hospital de Barbastro las pacientes sometidas a una césarea inician en la unidad de reanimación un protocolo de analgesia para la césarea, consistente en una bomba elastomérica que contiene medicación intravenosa con cloruro mórfico, analgésicos no esteroideos y antieméticos. También existe la opción de administrar dosis adicionales de estos en caso de no controlar el dolor.
Posibles causas
La cesárea es una intervención dolorosa sobretodo durante el primer día postoperatorio. En ocasiones la medicación administrada por protocolo resulta insuficiente o no se puede administrar en casos de alergia a los medicamentos usados. También puede provocar efectos colaterales como hipotensión, mareo, náuseas y vómitos, lo que haría que la paciente estuviera incómoda y débil, para iniciar la movimientos y cuidados del recién nacido, deambulación o incluso iniciar la lactancia materna.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución de la estancia del paciente en la unidad de reanimación postoperatoria y alta temprana a planta (comparada con el tiempo de estancia actual).
Disminución del número de rescates de cloruro mórfico en la unidad de reanimación postoperatoria.
Inicio temprano o continuación del contacto precoz piel con piel madre e hijo.
Mejora en la comodidad al inicio de la lactancia materna.
Mejora de la analgesia postoperatoria las primeras 24 horas con una disminución del requerimiento de analgésicos de efecto sistémico (rescates).
Disminución de los efectos secundarios debidos a la analgesia sistémica (hipotensión, somnolencia, nauseas y vómitos).
Ausencia de complicaciones derivadas de la técnica.
Alto grado de satisfacción de la paciente respecto a esta técnica anestésica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A las pacientes seleccionadas que no presenten contraindicaciones se les realizará el bloqueo TAP ecoguiado siguiendo los siguientes pasos:
1.- Monitorización no invasiva del paciente (PANI, ECG, pulsioximetría) en sala de reanimación postoperatoria.
2.-Se colocará el paciente en decúbito supino y en condiciones de asepsia se colocará verticalmente un transductor lineal de ultrasonidos 5-10 MHz (alta frecuencia) sobre línea medio axilar entre el margen costal y la cresta ilíaca del lado a intervenir, localizando la unión de los vientres musculares del oblícuo interno y transverso.
3.-Introducción una aguja biselada 19,5G × 120 ó 80 mm (Stimulong Plus set, Pajunk®, Geisingen, Alemania) en

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 002

1. TÍTULO

BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) ECOGUIADO PARA ANALGESIA POSTOPERATORIA DE LA CESAREA

plano respecto a la sonda hasta la unión de ambos músculos.
4.-Administación de 20 ml de Levobupivacaína al 0.25% previa aspiración negativa de sangre, observando la correcta distribución del anestésico.
5.- Se iniciará protocolo analgesia sistémica para cesárea.
6.-Transcurridos 15 min comprobar la efectividad del bloqueo.
7 .- Una vez comprobada la ausencia de bloqueo de extremidades y la ausencia de complicaciones quirúrgicas se dará el alta a planta a la paciente.
8.- Se realizará visita a planta a la paciente a las 12 horas y 24 horas de la intervención para la valoración del dolor durante el primer día y la necesidad de rescate analgésico.

Todo el procedimiento será registrado en una hoja de recogida de datos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Monitorización del dolor según la escala visual analógica EVA a los 15 minutos de la realización del bloqueo, al alta y a las 12 y 24 horas de la intervención.
2.- Necesidad de rescates análgesicos en la unidad de reanimación y en la planta.
3.- Valoración de complicaciones derivadas de la absorción de los anestesicos locales usados en el bloqueo.
4.- Frecuencia de nauseas y vómitos postoperatorios.
5.- Frecuencia de hipotensiones arteriales
6.- Satisfacción de la paciente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en Mayo del año 2015 con una duración de un año.
Se realizarán sesiones de formación para el personal que participe en dicho proceso asistencial.

11. OBSERVACIONES. El servicio de Anestesia de Barbastro cuenta con los medios y equipación necesaria para la realización de este proyecto de mejora de calidad11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 725

1. TÍTULO

REGISTROS DE ENFERMERIA Y LPP

2. RESPONSABLE ..... LAURA ALONSO AYERBE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FIERRO UNSAIN MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RUIZ PIÑERO ROSA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PEYRET FERRER INMACULADA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· DOMPER CUELLO FINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las Lesiones por Presión son un importante problema de salud que afecta tanto a los pacientes y su entorno familiar, como al sistema de salud y los profesionales que lo integran. Elevan la mortalidad y la morbilidad, disminuyen la calidad de vida de quienes las padecen
, de sus cuidadores y de sus familiares; suponen un importante
aumento de los costes sanitarios, tanto en recursos humanos como materiales, lo que se traduce en un nada desdeñable impacto económico y produciendo una incidencia negativa en la calidad asistencial.
Según el 3º Estudio Nacional de Prevalencia realizado en España
por el GNEAUPP en 2009 (estudio más actual), representan una
prevalencia cruda del 7,2 % en Atención Hospitalaria y 5,89 % en pacientes atendidos en sus domicilios por Atención Primaria.
Estudios realizados en nuestro Sector muestran una prevalencia
cruda del 13,02% en pacientes inmovilizados en el Sector de
Barbastro.En el año 2.011, un 4,84% de los pacientes ingresados
registrados con un Norton < o =14 en el Hospital de Barbastro,
desarrollaron LPP.
En el 2014 los pacientes con LPP intrahospitalarias ha sido de 47
pacientes que supone el 5.8% de los pacientes con riesgo de LPP
según la valoración Norton, en registro enviado por personal de
enfermeria, pero se han codificado como tales 89 pacientes, lo que
nos lleva a la necesidad de clarificar este desfase. El objetivo de
este proyecto es conocer la cifra real de las LPP intrahospitalarias
en el 2014, asi como la situación de la que partimos para poder
establecer mejoras en la prevención y registro de ls LPP
intrahospitalarias.
PROBLEMA
- Aumento en el porcentaje de LPP intrahospitalarias
- Desfase entre la codificación y el registro enfermería de LPP
intrahospitalarias
- Hoja de registro de enfermería, tenemos notificación de que no
esta bien completada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante este proyecto, esperamos:
- Conocer la cifra exacta de LPP intrahospitalarias.
- Registrar todas las lesiones por presión, modificando la hoja de registro o poniendo en marcha un registro informático de acuerdo con el Servicio de informática del Hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para poder valorar nuestro sistema de registros:
-Revisaremos las historias clínicas de los pacientes codificados de LPPintrahospitalaria para confirmar el tipo de lesión y su origen.
- Revisaremos el registro de la valoración del riesgo, medidas preventivas utilizadas.
- Revisaremos la hoja de registro de LPP que hay en funcionamiento, en este momento en el hospital y, sobretodo, su correcta cumplimentación.
- Revisaremos el protocolo existente de prevención de LPP
y, en caso necesario, repetiremos la formación a los trabajadores en materia de prevención de LPP .
- Realizaremos un corte de historias para la medición de indicadores clave en LPP en los pacientes ingresados en el Hospital de Barbastro.
- Estableceremos áreas de mejora en los campos que con la revisión previa se crea necesario.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Lpp registradas en los registros correspondientes
Lpp de pacientes con Norton< o 14 que han desarrollado Lpp

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Última semana de mayo - 1ª de junio:revisión de historias clínicas para valorar codificación y control de los registros.
junio: corte para medición de indicadores de pacientes ingresados
octubre:revisión de la hoja de registro y modificación si procede
enero-febrero: curso de formación paa el personal en materia de prevención

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 725

1. TÍTULO

REGISTROS DE ENFERMERIA Y LPP

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. mejora
OTRA PALABRA CLAVE 2. registros
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 353

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE GESTION DE CAMAS Y ENFERMERIA. UNA MIRADA DIFERENTE

2. RESPONSABLE ..... MARTA ANDRES ALIERTA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SICART LONCAN SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISOR TARDES NOCHES
· ALONSO AYERBE LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISOR TRAUMA
· CANALEJO MENDAZA LUIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIRECTOR MEDICO
· CAJA BUETAS ROSA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIRECTORA DE ENFERMERIA
· CLEMENTE ROLDAN EDUARDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. TECNICO SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Protocolo de Gestión de camas se explicará planta por planta a todo el personal de enfermería del hospital con el fin de recoger toda la información sobre ventajas e inconvenientes encontrados en la puesta en marcha del protocolo.
Con todas y cada una de las aportaciones si es necesario se revisará el protocolo de gestión de camas con un nuevo enfoque de enfermería.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Acercar el protocolo de gestión de camas a la enfermería.
-Conseguir que el 100% del personal de enfermería conozca el protocolo.
-Recoger el sentir del personal versus el protocolo.
-Crear encuesta de satisfacción sobre el protocolo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reuniones en cada planta con el personal de enfermería para implicar a todo el personal y conseguir que así que hagan suyo el protocolo.
-Extraer de cada reunión los facilitadores y las barreras que en cada planta encuentran.
-Reuniones periódicas del grupo creador del protocolo para modificar si es necesario el protocolo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Realizar al 50% del personal de enfermería la encuesta de satisfacción del personal versus el protocolo.
-Realizar la formación y difusión al 100% del personal de enfermería.
-Modificar el protocolo con la nueva visión de enfermería.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Segundo semestre de 2015: Reuniones con las diferentes plantas y servicios implicados en el protocolo.
-Primer trimestre de 2016: Extraer los facilitadores y las barreras de las reuniones con los servicios implicados.
-Segundo trimestre de 2016: Reuniones del grupo creador del protocolo para modificar el protocolo si es necesario y observar resultados con los indicadores.
- Tercer trimestre de 2016: Exposición y difusión de los resultados obtenidos y de las modificaciones si las hubiera del protocolo en cada planta.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 612

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA SUPERVISION DE ENFERMERIA MEDIANTE SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS

2. RESPONSABLE ..... DIEGO ANERILLAS ALJAMA
· Profesión ..... INGENIERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCOLANO HURTADO CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA DE AREA (CALIDAD)
· MUR BARRABES DIANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA TARDES-NOCHES
· GRACIA ASIN ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA TARDES-NOCHES
· VARELA LEMUS ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA TARDES-NOCHES
· SICART LONCAN SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA TARDES-NOCHES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La gran cantidad de información que se genera en el puesto de enfermería y la necesidad de transmisión de dicha información nos lleva a invertir tiempo y esfuerzo en llamadas de teléfono, registro en papel y envío de emails para transferir información y archivos al grupo de supervisión (22) para que de forma individual se realice su gestión y almacenamiento en los distintos ordenadores de cada unidad. Trabajar con una herramienta común bien estructurada llevaría a poder compartir la información, trabajar con ella en tiempo real y con mayor eficacia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la coordinación del equipo de supervisoras.
- Ahorro de tiempo.
- Aumento de eficacia en el trabajo.
- Aumento de la satisfacción en el equipo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de árbol estructurado de carpetas en el servidor de archivos del sector de Barbastro, definición de grupos de acceso a los distintos directorios definidos, distribución de permisos en cada uno de los niveles de carpetas para los distintos perfiles creados y configuración de las conexiones con el servidor en los equipos (accesos y/o validación de credenciales).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de supervisoras integradas en el proyecto.
- Grado de satisfacción de los usuarios.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo/Junio - Creación.
Junio/Diciembre - Difusión y creación de grupos de trabajo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 504

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA DE ARRITMIAS TROMBOGENICAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... GUSTAVO FRANCISCO ANGULO BALDUZZI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LUEZA LAMPURLANES CRISTINA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· GRIABAL GARCIA MANUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE URGENCIAS
· SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO. MEDICO/A. H BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fibrilación auricular (FA) provoca el 15 % de todos los accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos cardioembólicos. Dicha tasa aumenta un 10 % en pacientes ancianos. El Ictus causa el 50% de mortalidad anual en el primer año de diagnóstico del mismo y es responsable de un 60% de incapacidad en los sobrevivientes. La FA aumenta 5 veces el riesgo de Ictus.
Todo esto genera un gasto sanitario por la pérdida de la capacidad útil de cada paciente, así como los trastornos en la calidad de vida del involucrado y toda su familia.
En los últimos años han surgido nuevas opciones de tratamiento anticoagulante, con fármacos más seguros y eficaces que el tratamiento convencional con antivitamina K.
Es imprescindible para disminuir las secuelas y complicaciones de la FA, instaurar un tratamiento rápido y efectivo, 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.
Actualmente en nuestro medio el 88% de los afectados por FA están tratados con antivitamina K, haciendo necesario también una rápida reevaluación de la efectividad del tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La incidencia de FA es del 1% de la población según estadísticas actuales a nivel mundial.
En la consulta de cardiología del Hospital de Barbastro fueron atendidos por esta patología en 2013; 107 nuevos casos, en 2014; 280.
En los registros hospitalarios de urgencias se diagnosticaron y derivaron a la consulta de cardiología por FA 254 pacientes.
No hay datos sobre los pacientes que se encuentran actualmente en seguimiento ya que el mismo se realiza de forma compartida con atención primaria. Ni tampoco disponemos de estadísticas que muestren la incidencia real en nuestro sector.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el número de pacientes derivados desde atención primaria.
Optimizar el tratamiento en pacientes con FA para disminuir la incidencia de complicaciones.
Registrar los pacientes en seguimiento por dicha patología
Agilizar la canalización de los pacientes a la consulta especializada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reunión de los miembros del equipo de mejora para unificar criterios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento.
- Agilizar la accesibilidad y canalización directa de los pacientes diagnosticados en Atención primaria sin la necesidad de acudir a urgencias.
- 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 a utilizar.
- Creación de una base de datos del sector Barbastro, de los pacientes en seguimiento, centralizada en la consulta de cardiología.
- Realización de sesiones formativas en los centros de salud.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de pacientes derivados del servicio de urgencias hospitalarias y desde atención primaria con diagnóstico de FA
- % de pacientes derivados con antivitamina K y % de pacientes con nuevos ACO.
- % de pacientes derivados con antiagregantes o sin anticoagulación.
- % de pacientes que requirieron cambio del tratamiento durante su seguimiento.
- Tasa de complicaciones y detalle de las mismas, con ambos tratamientos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. JUNIO: reunión del equipo de mejora y unificación de los criterios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento.
JULIO: configuración del protocolo definitivo
Setiembre: inicio de derivaciones de pacientes a consulta especializada.
Noviembre: reunión para valorar problemas en el funcionamiento asistencial
Febrero: recolección de datos y discusión de los mismos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. 15-100 años
·SEXO. Ambos sexos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 504

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA FAVORECER LA ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA DE ARRITMIAS TROMBOGENICAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fibrilación auricular

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 173

1. TÍTULO

PROYECTO PARA CONOCER LA REALIDAD DE LA ALERGIA A BETALACTAMICOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO Y SU IMPLICACION EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y LOS COSTES SANITARIOS

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.
· CASTELLAR OTIN ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· GUIRAL FERNANDEZ NURIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Menos del 10% de las personas que son alérgicas a la penicilina son realmente alérgicas. Hay estudios que demuestran que la etiqueta de alergia a penicilina implica el tratamiento con otros antibióticos, habitualmente de amplio espectro, con mayor número de complicaciones, en ocasiones no efectividad clínica probada y mayor coste, además de aumento de resistencias y mayor incidencia de Clostridium difficile en las estancias hospitalarias. Al ser un problema muy frecuente en nuestra práctica hospitalaria en Medicina Interna, mejoraremos nuestra actuación clínica realizando en primer lugar una correcta anamnesis, siguiendo por una ordenación de los pacientes que se pueden beneficiar de un diagnóstico correcto. Con este estudio intentaremos conocer la realidad del problema para utilizar métodos o canalizar actuaciones, que pueden reportar un gran beneficio para el paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se valorarán pacientes ingresados en la planta de Medicina Interna del Hospital de Barbastro, que abarca patologías de todas las especialidades médicas y que por sus características requieren terapia con antibióticos. Por otra parte, valoraremos población femenina en edad reproductiva embarazos y puerperio, por ser personas sanas y de menor edad, con teóricamente mejor conocimiento de las alergias que la población de más edad.Los principales objetivos son : 1ª realizar anamnesis del proceso alérgico, patologías, antibióticos alternativos, decisiones médicas que se han tomado, costes económicos, 2º si hay sospecha de veracidad alérgica, que proceso es el mejor y más rentable para llegar a un correcto diagnóstico y 3 º que porcentaje de pacientes son realmente alérgicos a los betalactámicos, y que métodos hay que utilizar para evitar confusiones y etiquetas falsas en las historias clínicas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Al seleccionar los pacientes alérgicos a betalactámicos incidimos en la recogida de datos en la historia clínica que orienta hacia posteriores toma de decisiones respecto al tratamiento antibiótico requerido. En la anamnesis se recogerá el uso de fármacos por parte del paciente, los posibles fármacos implicados, la patología subyacente que originó la administración del fármaco, la dosis y el número de tomas hasta aparecer la reacción, la relación temporal entre el inicio del tratamiento, así como de la última toma del fármaco y la aparición de las manifestaciones clínicas, la descripción de síntomas y la exploración física detallada, el tratamiento empleado durante y después de la reacción, el tiempo transcurrido entre la reacción y la consulta, medicamentos tolerados posteriormente y recoger si hay antecedentes de alguna reacción previa a fármacos. Representa en muchos casos utilizar una terapia basada en la evidencia al descartarse en una inicial anamnesis pacientes mal etiquetados de alérgicos a penicilina. Además, la valoración en su conjunto del enfermo que presenta patologías que en un futuro pueden requerir terapias agresivas, nos permitirá tener herramientas antibióticas más seguras, por ejemplo pacientes en tratamiento con corticoides por procesos respiratorios que estan inmunodeprimidos, en los que aumenta las infecciones graves.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Base de datos donde se incluyen pacientes hospitalizados con procesos infecciosos en los que consta alergia a la penicilina, con anamnesis del/los episodios de reacción alérgica, clínica acompañante, otras alergias, motivo de ingreso actual, tratamiento antibiótico alternativo.
- Evaluación de la estancia hospitalaria con valoración de la implicación del tratamiento antibiótico y los costes reales de los fármacos utilizados. Incluimos gravedad de los procesos y destino del paciente al alta.
- Clasificar a los pacientes que tienen indicación de realizar estudio alergológico.
-Fase final de valoración de la realidad de las reacciones alérgicas a betalactámicos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Fecha de inicio: puesta en marcha en el último trimestre de 2015, tras la elaboración de las plantillas para recoger datos.
-Desarrollo en un año de la primera fase que incluye la canalización de los pacientes a alergología.
- Continuidad en posteriores convocatorias la valoración de los pacientes seleccionados en la población que asiste al Hospital de Barbastro, algo más de 100.000 habitantes.
- Ampliar la misma metodología a otros servicios y centros asistenciales.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 173

1. TÍTULO

PROYECTO PARA CONOCER LA REALIDAD DE LA ALERGIA A BETALACTAMICOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO Y SU IMPLICACION EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y LOS COSTES SANITARIOS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 116

1. TÍTULO

ELABORACION DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS Y ESTANDARIZACION DE LOS CARROS DE ANESTESIA DE LAS AREAS DE QUIROFANOS Y PARTOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONSTANZA ARANA LENIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ URIA LUCIANO. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION
· GALLEGO FRANCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· UNGRIA MURILLO JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BELLOSTA PUEYO MERCEDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANO
· COSIAL ARCAS ELISABETH. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANO
· FERRER SALINAS JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANO
· GIRIBETTS ARNAL LOURDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los carros de medicación de anestesia de las areas de quirófano y partos contienen los elementos (medicación y fungible)
esenciales y de uso frecuente en la actuación anestésica y sus cuidados.
En cada quirófano hay un carro de medicación anestésica, constituyendo un factor clave para la seguridad del paciente y la efectividad profesional, que contenga todos los artículos necesarios y ordenados de igual forma en todos los quirófanos (estandarización).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Revisar y actualizar la dotación de los carros de anestesia.
-Elaborarar el listado de medicamentos y dotar de todo el material necesario a los carros de medicación anestésica de las areas de quirófano y partos del Hospital de Barbastro.
? Estandarizar el contenido y distribución.
? Seleccionar un estocaje o cantidad mínima que debe estar siempre presente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-ELABORACION DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS Y ORGANIZACION DE LOS CARROS DE ANESTESIA DE LAS AREAS DE QUIROFANO Y PARTOS:
Los anestesistas a cargo del proyecto realizarán un listado unico de los medicamentos(principios activos) de que debe estar provisto cada carro y establecerán la organizacion de los mismos.
2- REVISION Y REPOSICION DE ESTOCAJE:
La revisión y reposición de estocaje se realiza en cada quirófano, al inicio y final de cada sesión de intervenciones, se llevara a cabo por parte de la enfermera asignada durante ese turno a dicho quirófano, con la finalidad de estar provisto
de todo lo necesario durante dicha sesión y quedar repuesto para el siguiente equipo.
Inicio: cada equipo de enfermería revisará el contenido del carro de medicación anestésica del quirófano que usará antes de cada sesión de intervenciones.
Al terminar el ciclo de intervenciones se revisará y repondrá lo que falte hasta alcanzar el estocaje previsto en el listado establecido, registrándose el nombre de miembros del equipo, fecha y turno .
En caso de faltar algún fármaco o artículo hasta alcanzar el estocaje determinado y no encontrarse en el Bloque Quirúrgico se procederá a informarle a la supervisor/a quien se encargara de solicitarlo
En caso de no conseguir el fármaco / artículo, registrarlo en el apartado de observaciones del Anexo I, anotando el número de existencias de dicho fármaco / artílculo presentes en el carro y procedimiento seguido
Nota *1: El equipo de urgencias registra la revisión y reposición de estocaje del carro dos veces, una al inicio y otra tras las intervenciones de urgencia de su turno.
INTERVENCION I I)
3-REVISION Y REPOSICION DE CADUCIDADES:
La revisión de caducidades y reposición de fármacos o material caducados del carro de medicación de anestesia de cada quirófano y frigoríficos (*1), la realiza el último fin de semana de cada més, el equipo de enfermería asignado , retirando del carro todo lo que caduque en el mes en curso, entregándolo a la supervisora para su devolución a Farmacia o Almacén General. Se repondrán las unidades caducadas y registrará en el Anexo II.
4-LIMPIEZA DE CAJONES:
La limpieza del interior de todos los cajones, de medicación y fungible, así como los frigoríficos la realiza la auxiliar de enfermería asignada a ese quirófano, el último fin de semana de cada més, registrándolo en el Anexo II

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Socializacion del proyecto mediante realizacion de charlas por parte de los miembros del proyecto a todo el personal del area de quirofanos y partos con sus respectivas listas de asistencia
2-Diligenciamiento del anexo I
3-Diligenciamiento del anexo II

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Fecha de Inicio del Proyecto : septiembre 14 de 2015

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 116

1. TÍTULO

ELABORACION DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS Y ESTANDARIZACION DE LOS CARROS DE ANESTESIA DE LAS AREAS DE QUIROFANOS Y PARTOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

-Fecha Finalizacion del Proyecto: febrero 15 de 2016
-Elaboracion del listado de medicamentos: septiembre 14 de 2015 a septiembre 28 de 2015
-Socialización del proyecto mediante charlas al personal de las areas en mención: octubre 1 de 2015 a noviembre 2 de 2015
-Estandarizacion de los carros de anestesia:noviembre 3 de 2015 a febrero 15 de 2016

11. OBSERVACIONES. Anexo I:Nº de quirófano:____. MES:_____
FECHA/
TURNO
ENFERMERIA RESPONSABLE
OBSERVACIONES

Anexo II:REVISION DE CADUCIDADES: (ultimo fin de semana de cada mes. Devolución a Farmacia / Almacén los fármacos / artículos que caduquen en los próximos dos meses)
FECHA
ENFERMERA RESPONSABLE
OBSERVACIONES11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 107

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA SEDACION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA ARRUEBO LOSHUERTOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HARB SAID YAMAL. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· GALLEGO MONTAÑES MARIA SOFIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· VALDOVINOS FERNANDEZ NOEMI. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· COSCOJUELA QUIROGA ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La endoscopia digestiva tanto diagnóstica como terapéutica, adquiere en nuestro hospital un mayor grado de complejidad en los últimos años, con la inclusión en nuestra cartera de servicios de técnicas avanzadas de hemostasia en la hemorragia digestiva alta, como ligadura de varices esofágicas, esclerosis química y termocoagulación con argón plasma de lesiones sangrantes, utilización de clips hemostáticos, colocación de prótesis esofágicas y colónicas, gastrostomía endoscópica percutánea, extirpación de adenomas avanzados, disección mucosa, cromoendoscopia, colonoscopia de cribado poblacional para el diagnóstico precoz y prevención de cáncer colorrectal, etc…
Es un deber y obligación por nuestra parte ofrecer a los usuarios el mayor grado de seguridad y disminución al máximo posible de los riesgos que conllevan las diversas maniobras endoscópicas y no menos importante, de la forma más confortable, por lo que la sedoanalgesia forma parte fundamental y obligada de la endoscopia digestiva.
En la actualidad venimos practicando la endoscopia digestiva en nuestro hospital con sedoanalgesia basada fundamentalmente en la combinación de opiáceos y benzodiazepinas, como fentanilo y midazolam, administrados de forma intravenosa, que en un número nada desdeñable de pacientes resulta insuficiente para completar los objetivos que se pretenden durante la endoscopia, en los que no se logra el nivel de sedoanalgesia deseado para que sea lo más confortable posible para el paciente y hace que sea necesario suspender las exploraciones, repetirlas en quirófano con anestesista, con todo el trastorno que conlleva, el aumento del coste del procedimiento y la ocupación de quirófanos con alta demanda que obliga a la optimización de estos recursos.
El proyecto de mejora de la sedoanalgesia en la endoscopia digestiva de nuestro hospital consiste en la sedación con propofol intravenoso administrado en la sala de endoscopias por los facultativos endoscopistas y el personal de enfermería acreditado para su manejo, como es el caso de este grupo de trabajo. Esta forma de sedoanalgesia se viene practicando en nuestros centros de referencia con gran éxito.
Los objetivos básicos de este proyecto son mejorar la satisfacción de los usuarios que necesitan la práctica de procedimientos endoscópicos haciéndolos más confortables, seguros y cómodos, de gran importancia en un hospital como el nuestro donde realizamos colonoscopias de cribado poblacional en pacientes asintomáticos.
Otro objetivo no menos importante es evitar la repetición de exploraciones, la utilización de quirófanos y anestesistas, lo que mejorará la eficiencia en la utilización de nuestros recursos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Mejorar la satisfacción de los usuarios a los que se practican endoscopias digestivas
2) Evitar la repetición de exploraciones
3) Optimización de los recursos al evitar la utilización de quirófanos y anestesistas
4) Mejorar las expectativas y satisfacción de los profesionales que practican la endoscopia digestiva, tanto facultativos como enfermería

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Formación y Acreditación en el uso de propofol y sedación profunda de todos los componentes del equipo.
2)Formación y Acreditación en Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada.
3) Elaboración de un consentimiento informado específico para la sedación en la endoscopia digestiva que se añadirá al ya existente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) A todos los pacientes se les hará una encuesta de satisfacción con los procedimientos practicados y la sedación administrada
2) Se contabilizará la reducción de la repetición de exploraciones por sedación inadecuada o insuficiente para el usuario
3) Comprobación de la reducción en ocupación de quirófanos y anestesistas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto de mejora en septiembre-octubre de 2015 una vez pasado el período vacacional.
Incorporación de la sedación con propofol a la práctica diaria y evaluación anual de resultados, que se incluiran en la memoria anual de actividad de la Unidad.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 107

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA SEDACION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 340

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA BARRIGA CONDE
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LASUS AGRAZ SUSANA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ SANCHEZ BELEN MARIA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· HERNANDEZ MORENO ELENA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ GOMEZ CONCEPCION. MEDICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BETRAN ESCARTIN ANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· COSTA CATALAN PALOMA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ ARREGUI NATALIA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el laboratorio de microbiología actualmente se utilizan unas etiquetas indentificativas que se obtienen desde un excel que realizó en su día informática para poder identificar y empezar a trabajar la muestra en el momento que se recibe. Cada muestra tiene un tratamiento distinto y se utilizan distintas placas y medios para su siembra. El personal de nueva incorporación tiene que funcionar al principio con referentes colocados en el lugar de siembra, para hacerlo correctamente, pues un error en la elección de la placa necesaria, supone el retraso en la obtención del resultado, de 24 ó 48 horas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Facilitar el aprendizaje a los TEL de nueva incorporación, evitando errores en la siembra de la muestra.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Hacer la petición al servicio de informática del Hospital de la necesidad de añadir un nuevo campo a las etiquetas que ya utilizamos.
Realizar un registro de errores en la siembra de placas.
Contabilizar el tiempo de aprendizaje en las nuevas incorporaciones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Disminución del tiempo de aprendizaje
- Facilitar el trabajo del personal
- Disminución de errores en la siembra de placas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De Junio a Septiembre, petición de la ampliación de un campo en la etiqueta, al servicio de informática.
Primera quincena de Junio, creación de una tabla para el registro de errores en la siembra de placas.
Primera quincena de Junio, creación de un tabla registrando nombre y periodo de aprendizaje de los TEL de nueva incorporación.
Segunda quincena de Junio hasta Septiembre de 2015, registro de errores en la siembra de placas y contabilización del periodo de aprendizaje del TEL sustituto de vacaciones.
De Octubre de 2015 a Mayo 2016, actuación con las nuevas etiquetas.
Junio a Septiembre de 2016, registro de errores en la siembra de placas y contabilización del TEL sustituto de vacaciones.
Octubre de 2016 conclusiones finales

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 505

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA UNIFICAR CRITERIOS EN LA DEMANDA DE EXPLORACIONES DE ABDOMEN

2. RESPONSABLE ..... ANDRES BITRIAN ELCACHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLLADA LUQUE ROSANA. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· EITO CUELLO JUAN JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· FONDEVILA CANCER MARTA. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· GARCIA PRIETO YOLANDA. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· GARCIA ZALDUA CRISTINA. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· SALUDAS SERENA CARLOTA. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las pruebas complementarias son útiles cuando contribuyen a modificar la conducta terapéutica o a confirmar el diagnóstico.
La normalización de los procesos evita exploraciones innecesarias o no indicadas, optimizando la relación beneficio/riesgo para el paciente, y da mayor seguridad en la orientación diagnóstica.
Las exploraciones radiológicas de abdomen son una técnica muy frecuente dentro de la actividad habitual de los servicios de Radiodiagnóstico y Urgencias. Si bien son pruebas de gran utilidad diagnóstica, dado el elevado número de estudios realizados suponen también una alta dosis global de radiación para los pacientes atendidos.
Por ello, y ante la disparidad de criterios a la hora de solicitar exploraciones de abdomen, creemos en la necesidad de establecer un protocolo que unifique su práctica entre los distintos facultativos, consiguiendo de este modo aumentar en lo posible la relación beneficio/riesgo para el paciente, a la vez que nuestra eficacia y eficiencia en el diagnóstico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. o Evitar exploraciones innecesarias o no justificadas que no van a aportar información relevante para el manejo clínico del paciente.
o Reducir la radiación del paciente, puesto que son dosis acumuladas a lo largo de la vida.
o Optimización de los recursos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. o Análisis de la actividad realizada hasta ahora.
o Realización de un protocolo de actuación.
o Implantación de dicho protocolo en colaboración con el servicio de urgencias.
o Evaluación.
o Realizar una charla informativa en el servicio de urgencias en la que se defina las indicaciones de cada exploración.
o Realización de un “guía” con las indicaciones adecuadas para cada exploración.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Proyecciones de abdomen indicadas en patología digestiva
---------- *100
Proyecciones totales de abdomen

Proyecciones de abdomen indicadas en patología urinaria
---------- *100
Proyecciones totales de abdomen

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Recogida de datos: 15 de mayo al 31 de julio de 2015
Análisis: 1 de agosto al 31 de octubre de 2015
Implantación: 1 de noviembre al 31 de enero de 2016
Valoración de resultados: 1 de febrero al 31 de mayo de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 460

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE CALIDAD PARA CUBRIR LA NECESIDAD QUE TIENEN LOS PACIENTES DE RECIBIR INFORMACION SOBRE LA PRUEBA RADIOLOGICA QUE SE LE VA A REALIZAR

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION BONED DEFIOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTARLENAS TOMAS JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· CASTRO SAURA NURIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· TORRES PARDINA MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. _ Buena parte de los pacientes que acuden a nuestro servicio desconocen la prueba y hemos detectado situaciones de temor y ansiedad ante la exploración que se le va a realizar.
_ Desconocen también los efectos adversos y iatrogenicos de la administración de contraste yodado así como la alerta sobre la toma de Metformina , insuficiencia renal, alergias y otras contraindicaciones.
_ La falta de información personalizada es la causa principal de este problema.
_ Consideramos que puede ser útil principalmente para poder darle al paciente mayor calidad asistencial así como el máximo aprovechamiento en la gestión de citas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. _ El objetivo fundamental que queremos conseguir es mejorar los flujos de información entre los sanitarios, el paciente y sus acompañantes en los momentos de incertidumbre que se pueden generar cuando una persona acude a realizarse una prueba compleja.
_ Intentar rentabilizar al máximo el número de pacientes atendidos reduciendo así el tiempo de espera.
_ Conseguir también una coordinación de horarios con otros servicios a los que el paciente debe acudir para poner tratamiento el mismo día de la prueba.
_ A largo plazo implantar una consulta de enfermería radiológica (CER) desde la que se lleve a cabo dicha información definiendo competencias que debe desarrollar la enfermera que esté a cargo de esa consulta.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. _ En estos momentos parte de la informacion se entrega con la cita por parte del personal administrativo.
_ Mediante llamadas telefónicas el día anterior a la exploración, nos aseguraremos de que el paciente este bien informado sobre el día, hora, preparación, y todo lo necesario sobre posibles alergias al contraste, tratamientos con antidiabéticos orales, insuficiencia renal y otras contraindicaciones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de pacientes atendidos
---------- X100
Numero de pacientes programados

Numero de pacientes que entienden la informacion
---------- X100
Numero de pacientes que reciben la informacion

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. _ Recogida de datos: Del 1 de Junio al 31 de Agosto
_ Implantacion: 1 de Septiembre al 30 de Noviembre
_ Recogida de datos y valoracion del proyecto:Del 1 de Diciembre al 31 de Enero.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 466

1. TÍTULO

PROTOCOLO IDENTIFICACION DE LOS RN CON PULSERAS MADRE-HIJO

2. RESPONSABLE ..... JAVIER CABRERO LASIERRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PARTOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALINAS ALTEMIR ANA ROSA. TCAE. H BARBASTRO. PARTOS
· COSCOJUELA SANTALIESTRA INMACULADA. TCAE. H BARBASTRO. PARTOS
· ALABALL CONDEMINAS CARMEN. TCAE. H BARBASTRO. PARTOS
· MARCO GORMAZ SABINA. TCAE. H BARBASTRO. PARTOS
· CALVO RUBIRA TERESA. TCAE. H BARBASTRO. PARTOS
· SABES SOLANO ESTHER. TCAE. H BARBASTRO. PARTOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad de los pacientes es una estrategia mundial y prioritaria en los Sistemas de Salud, siendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien lidera la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, mediante el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, promueve la formación de los profesionales en gestión de riesgos como requisito indispensable para conseguir una asistencia sanitaria más segura. Con el Proyecto Séneca, se elaboró un modelo de estándares de calidad de cuidados de enfermería para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud basados en los criterios de EFQM de Excelencia, concluyendo que, entre otras áreas, la correcta identificación de pacientes presentaba carencias y era susceptible de mejora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - implantación de la pulsera madre-hijo en el Hospital de Barbastro.
- Aumentar el porcentaje de RN correctamente identificados con pulsera.
- Que el RN lleve una pulsera con los datos de la madre legibles.
- Utilizar una pulsera adaptada a la anatomía del RN en cuanto a tamaño y composición ya que esta almohadillada

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Colocación en el Servicio de partos de una impresora preparada para la realización de la pulsera madre-hijo
- Respaldo informático para la puesta en marcha y seguimiento de la realización de las pulseras
- Formación por parte del Servicio de admisión en la realización de pulseras identificativas.
- Adaptación del protocolo de identificación de pacientes en la que se incluya dicha mejora.
- Difusión del cambio de pulsera entre el personal implicado de otras unidades del Hospital. URPA, planta de materno-infantil, quirófano…
- Medida de indicadores de resultado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Porcentaje de RN identificados con la pulsera madre-hijo.
-Porcentaje de RN correctamente identificados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Preparación de las impresoras por el servicio de informática (junio)
-Información al personal del Servicio de partos (septiembre)
-Puesta en marcha de la realización de las pulseras. (octubre)
-Medición de indicadores (diciembre

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. CORRECTA IDENTIFICACION NEONATAL

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. MADRES-HIJOS
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 141

1. TÍTULO

INFORMATIZACION HOJA CONTROL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO. (CONTINUACION)

2. RESPONSABLE ..... ALICIA CAMPO SIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JAIME PAUL ROSARIO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA
· SANCHEZ URIA LUCIANO. ANESTESISTA. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ARANA LENIS MARIA CONSTANZA. ANESTESISTA. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· IRICIBAR MIR LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA
· GALLEGO FRANCO JAVIER. ANESTESISTA. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El manejo del dolor agudo postoperatorio (DAP) es un proceso complejo que precisa de un abordaje global y multidisciplinario, para integrar las actuaciones de los cirujanos, los anestesiólogos, el Servicio de Farmacia, la Enfermería especializada y la Enfermería de las plantas.
Por todo ello, tratar de una forma eficaz y segura el dolor postoperatorio significa un reto que pone a prueba la capacidad y la flexibilidad organizativa de los hospitales, así como la comunicación y colaboración entre especialistas y entre médicos y Enfermería.

El dolor agudo postoperatorio se define como un dolor de inicio reciente, duración probablemente limitada y que aparece como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la intervención quirúrgica sobre los distintos órganos y tejidos. La característica más destacada del DAP es que su intensidad es máxima en las primeras 24 horas y disminuye progresivamente.

El objetivo del tratamiento del dolor agudo postoperatorio es reducir o eliminar el dolor y la sensación de malestar del paciente con la menor incidencia posible de efectos adversos. Existen evidencias de que el control adecuado del dolor agudo postoperatorio aumenta la satisfacción de los pacientes y contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria e incluso la estancia hospitalaria. Sin embargo, el control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico.

Para conseguir un óptimo manejo del Dolor Agudo Postoperatorio en el Hospital de Barbastro se han ido desarrollado estrategias encaminadas a optimizar el manejo del dolor postoperatorio, como son:

- Implementación de protocolos Analgésicos
- Elaboración una hoja del control del DAP, midiendo nivel del dolor, efectos adversos, grado de seguimiento de los protocolos analgésicos, nivel de satisfacción del paciente etc.
- Realización de sesiones informativas sobre el dolor para médicos y enfermeras.

En este proceso hemos detectado un área de mejora, disponemos de un registro en formato papel en el que se realiza el control de los tratamientos, pero no podemos hacer un seguimiento de los resultados ni la explotación de los datos, por lo que tampoco podemos evaluar los resultados o implantar posibles mejoras en el manejo del DAP.
Por lo que nos hemos planteado la informatización de estos registros.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actividades realizadas.

- Se obtuvo el permiso del servicio de documentación e historias clínicas.

- Están codificados todos los ítems de la hoja formato papel que queremos informatizar y desglosado todas la variables.

- Toda la documentación se puso a disposición de la persona responsable del servicio de informática.

- El servicio de informática ha elaborado el formulario correspondiente dentro del programa HP-Doctor.

- Durante varios meses se realización las pruebas del formulario, se corrigieron errores y modificador apartados ampliando ítems y variables.

- Ya disponemos de la hoja de de control de Dolor Agudo Postoperatorio informatizada que esta incluida en el programa operativo HP Doctor.

- El formulario y el registro resultante se mostraron a los miembros del equipo de mejora y al resto del personal de la unidad.

- Están solicitadas las claves informáticas para acceder al HP Doctor y a este formulario para todos los anestesistas y las enfermeras de la unidad tanto de la URPA como de la CMA

- Las enfermeras de la unidad responsables del control de los tratamientos DAP, Incluidas en el proyecto de mejora, estamos trascribiendo los datos en formato papel, del año 2014, al nuevo formato informático. Ya se

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 141

1. TÍTULO

INFORMATIZACION HOJA CONTROL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO. (CONTINUACION)

han pasado a formato informático mas del 80% del total de hojas de UDA del año 2014 así como la totalidad de las realizadas durante el año 2015.

• También se ha conseguido una tablet para poder registrar los datos directamente en la cabecera del paciente y así evitar la duplicidad de trabajo.

• El servicio de informática ha conseguido compatibilizar los sistemas operativos de la tablet con el HP-Doctor.

• En este momento estamos pendientes de poder empezar a usar la tablet en la recogida de datos y abandonar el formato papel, el servicio de informática esta cambiando (migrando) la aplicación del servidor para acceder desde las tablets.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos que nos hemos planteado son:

• Conseguir la informatización de la hoja de de control de Dolor Agudo Postoperatorio y su inclusión en el programa operativo HP Doctor. (Conseguido)
• Difundir entre los profesionales de la unidad Anestesistas y enfermeras esta herramienta de trabajo y su manejo.
• Transcribir a formato informático todos los registros papel desde el 1 de enero del 2014.
• Realizar un primer análisis de los datos recogidos.
• Divulgar los resultados obtenidos.
• Establecer aéreas de mejora, si fuera necesario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Método y actividades para mejorar.

1. Difusión del formulario entre los miembros del servicio. Miembros equipo de mejora.
2. La comunicación continua con el servicio de informática para concretar el inicio de utilización de las Tablets y nuevas actualizaciones del formulario si fueran necesarias. Por las enfermeras de la unidad y el anestesista responsable.

3. Continuar con la recogida de datos informatizada de todos los pacientes a los que se administra analgesia postoperatoria por el servicio de anestesia. Enfermeras y anestesistas de la unidad
4. Finalización de la trascripción de los datos del año 2014 al nuevo formato. Enfermeras de la unidad responsables del control de los tratamientos DAP.
5. Exportación, análisis de datos y evaluación de resultados. Miembros equipo de mejora.
6. Divulgación de los resultados 1º en el área quirúrgica y posteriormente sesión general en el hospital. Miembros del equipo de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Nº de pacientes con tratamiento DAP/
Nº de pacientes con tratamiento DAP con registro informatizado

• Nº de pacientes con tratamiento DAP
Total pacientes intervenidos en la unidad

• Control de asistencia con firmas de las sesiones informativas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Tenemos pendiente acabar de pasar al formato informático el 20% de los registros del 2014. Enfermeras de la unidad responsables del control de los tratamientos DAP. Finales de mayo.

Continuar con la recogida de datos informatizada de todos los pacientes a los que se administra analgesia postoperatoria por el servicio de anestesia. Enfermeras y anestesistas de la unidad.

Exportación, análisis de datos y evaluación de resultados. Miembros equipo de mejora. Tercer trimestre del 2015.

Divulgación de los resultados en el área quirúrgica. Tercer trimestre del 2015. Miembros equipo de mejora.

Sesión general en el hospital. Miembros del equipo de mejora. Tercer trimestre del 2015.

Establecer aéreas de mejora, si fuera necesario. Miembros equipo de mejora.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora de la calidad asistencial

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes intervenidos quirurgicamente

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 141

1. TÍTULO

INFORMATIZACION HOJA CONTROL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO. (CONTINUACION)

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 334

1. TÍTULO

INCIDENCIA DE HEMOPATIAS MALIGNAS EN EL SECTOR DE BARBASTRO, DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS

2. RESPONSABLE ..... VERONICA CAMPUZANO SAAVEDRA
· 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
· PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ESTEVE MORLAN MILAGROS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
· DOMINGUEZ ATARES BEATRIZ. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
· SIERRA PEREZ MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El envejecimiento poblacional es una característica demográfica de nuestro sector. La incidencia de hemopatías malignas presenta un pico de incidencia a partir de los 60 años. Es necesario disponer de una referencia de la incidencia real de estas entidades de cara a conocer las necesidades asistenciales y para una correcta adecuación de recursos sanitarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer la incidencia en nuestro sector de cada una de las patologías previamente detalladas en el área de Barbatro y su distribución por grupos de edad (mayor y menor de 60 años) y área de procedencia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se creará una base de datos para recoger datos demográficos (edad, sexo, procedencia rural/urbana, comarca de procedencia), fecha de diagnóstico y diagnóstico de los pacientes atendidos en el Servicio de Hematología del Hospital de Barbastro entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2014. Para la obtención de dichos datos se utilizará la historia clínica de los pacientes y el registro de casos de que dispone el servicio de Hematología.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Incidencia de Hemopatias malignas en el Sector de Barbastro en los últimos 5 años.
Incidencia de Hemopatías malignas por grupos de edad (mayores y menores de 60 años) durante los últimos 5 años.
Incidencia de leucemias agudas en el Sector de Barbastro durante los últimos 5 años.
Incidencia de linfomas en el Sector de Barbastro durante los últimos 5 años.
Incidencia de neoplasia de células plasmáticas en el Sector de Barbastro durante los últimos 5 años.
Incidencia de Síndromes mieloproliferativos crónicos en el Sector de Barbastro durante los últimos 5 años.
Incidencia de Síndromes linfoproliferativos crónicos en el Sector de Barbastro durante los últimos 5 años.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Generar una base de datos que incluya los datos clínicos y demográficos durante el mes de junio de 2015.
Búsqueda e introducción de los datos durante los meses de julio a octubre de 2015 .
Analizar la incidencia de las diferentes patologías durante los meses de noviembre y diciembre de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Estudio epidemiológico descriptivo con fines de gestión de recursos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes hematológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 337

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CATENA LACOMA
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIRON CEBOLLERO PILAR. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO BIOQUIMICA
· GONZALEZ PAVON LAURA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO BIOQUIMICA
· CARRILLO PRADA JOSEFINA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO BIOQUIMICA
· VENTEO FRANCO CARMEN. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO BIOQUIMICA
· PEREZ PEREZ ANA BELEN. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO BIOQUIMICA
· BOLTAINA GUARDIA ESTELA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO BIOQUIMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Anualmente se realiza una programación de reactivos de bioquímica que se desglosa mensualmente, tras recibir los pedidos mensuales programados, según el gasto estimado, es frecuente la necesidad de realizar pedidos extras para cubrir el trabajo hasta terminar el mes y por el contrario se puede llegar a tener un stock en ocasiones excesivo y en otras inexistentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantación en el SIL – MODULAB de una aplicación para realizar pedidos, la cual nos permitirá prever con más exactitud y antelación en el tiempo:
- El gasto estimado en un mes, evitando realizar pedidos extras.
- Tener un estocaje más ajustado a las necesidades.
- Controlar de forma automática las caducidades de los productos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Contactar con MODULAB para poner en marcha la aplicación del programa.
Hacer una estimación del gasto de consumibles, reactivos, controles y calibradores, valorando en el año 2014.
Introducción de datos obtenidos en la aplicación del Modulab.
Distribuir el material según la metodología.
Establecer las alarmas de aviso de estocaje máximo, mínimo y caducidad próxima.
Decidir responsables de dar entrada y salida a los reactivos, calibradores, controles y consumibles.
Decidir responsables de revisar y valorar mensualmente la aplicación, para asegurar la concordancia entre el stock real y el que nos muestra el programa.
Realizar reuniones formativas e informativas del nuevo proyecto al personal de bioquímica y urgencias implicado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Comparativa de pedidos extras realizados entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y los realizados entre Abril y Septiembre del 2015.
Comparativa de stock entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y stock entre los meses de Abril a Septiembre del 2015.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De Enero a Febrero del 2015, instalación del programa y estimación del gasto de material.
En Marzo del 2015, información y formación al personal que vaya a hacer uso del programa y asignar responsables.
De Abril a Septiembre, puesta en marcha y seguimiento.
En Octubre realizar evaluación comparativa de pedidos extras realizados entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y los realizados entre Abril y Septiembre del 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 548

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES COMES GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ONCINS TORRES MARIA ROSA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· VALLES GALLEGO VICTOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIRECCION ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ BONILLA AGUSTIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· CALDERERO ARAGON VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA
· GRASA CORTINA DOLORES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. CITACIONES
· GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir las colposcopias realizadas en la consulta de patología cervical.
Disminuir el intervencionismo innecesario en el control de las mujeres con HPV positivas.
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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actualización del Protocolo de cribado conjunto Primaria-Especializada.
Reuniones con los médicos de Primaria y especializada para informar del Protocolo y del estudio.
Información a las matronas de Primaria.
Puesta en funcionamiento de la consulta de patología cervical para cerrar el circuito asistencial
Historia informatizada de la patología cervical accesible a todos los Niveles Asistenciales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. o Cobertura programa screening.
o Nº de CIN3 diagnosticados.
o Nº de ASC-US.
o Nº de LSIL.
o Nº de test positivos de HPV.
o Nº de colposcopias.
o Porcentaje de lesiones que progresan.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015. Presentación del Protocolo.
Desde Junio a Diciembre recogida de datos en Anatomía Patológica.
Noviembre 2015 Evaluación del Proyecto

11. OBSERVACIONES. La utilización de una técnica sencilla y barata, permitirá disminuir el número de colposcopias y la ansiedad de las pacientes con poco riesgo de desarrollar CCU a pesar de ser portadoras del virus del papiloma.
También favorecerá un uso más eficiente de los recursos disponibles y mayor colaboración con Atención Primaria en el desarrollo del programa de cribado.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 548

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. 30/65 años
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes del programa de cribado de cáncer de cérvix

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 266

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL SCREENING NEONATAL DE CARDIOPATIA CONGENITA MEDIANTE PULSIOXIMETRIA AL ALTA DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PLANA FERNANDEZ MARIANO. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· VARA CALLAU MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· MINGUEZ SORIO JULIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· MONTORI ANAYA CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· PALACIO LIESA MIRYAN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· ABADIAS CUELLO YOLANDA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 cardiaco en los casos de estenosis del tracto de salida del ventrículo derecho (circulación pulmonar) o del ventrículo izquierdo (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 pulsioximetria 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 pulsioximetria asciende al 83%. La pulsioximetria 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,..).
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 pediátrica (HUMS) para realización de ecocardiografía urgente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el riesgo de dar de alta a un neonato potencialmente grave
Reducción de morbimortalidad asociada a estas patologias en caso de retraso diagnostico mejorando el pronóstico y la supervivencia
Seleccionar a los pacientes candidato de valoración cardiológica pediátrica urgente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medida de pulsioximetria con sensor en mano derecha (preductal) y otra en cualquiera de los dos pies (postductal)
La medición se realizara entre las 2 y 72 horas con el recién nacido tranquilo, evitando el sueño profundo y los momentos de alimentación.
Onda de pletismografia adecuada
Personal entrenado en toma de pulsioximetria en neonatos
Tiempo estimado < 10 minutos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero total de recién nacidos
Numero de recién nacido a los que se realiza pulsioximetria entre las 24-72 horas previo al alta de maternidad sobre el total de recién nacidos.
Numero de recién nacidos a los que se detecta el screening alterado.
Número de recién nacidos a los que se deriva a la consulta de Cardiología pediátrica del Hospital infantil Miguel Servet
Número de recién nacidos con screening alterado a los que se diagnostica cardiopatía.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo junio 2015:
Revisión bibliográfica
Diseño de anexo de pulsioximetria en la Hoja de cuidados de recién nacido.
Julio septiembre 2015
Formación al personal de enfermería sobre pulsioximetria neonatal pre y postductal.
Inclusión de pulsioximetria en las rutinas de recién nacido
A partir de Octubre de 2015; puesta en marcha del programa de screening neonatal y mantenerlo de forma indefinida

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 266

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL SCREENING NEONATAL DE CARDIOPATIA CONGENITA MEDIANTE PULSIOXIMETRIA AL ALTA DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

·EDAD. recien nacidos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. recien nacidos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 465

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRIMERA VISITA, POR MEDIO DE VIDEO CONFERENCIA, A LOS PACIENTES DEL CENTRO DE FRAGA QUE INICIEN CON ANTICOAGULANTES ORALES

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA CORED NASARRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEVE MORLAN MILAGROS. 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

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente los pacientes del Centro de Fraga que inician con anticoagulante orales, deben acudir al hospital a realizar la primera visita por la enfermera de la consulta de hemostasia. El DUE responsable le explica para que esta tomando esa medicación y los hábitos alimentarios a seguir, posibles sangrados que pueda tener y recomendaciones y precauciones a tener en cuenta mientras se este con los TAO. Tambien la información que debe de dar al DUE en su posterior visita. Es una incomodidad tener que desplazarse hasta el Hospital de Barbastro y además algunos de estos pacientes son de avanzada edad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que los pacientes del Centro de Fraga no tengan que desplazarse hasta la consulta de hemostasia del Hospital de Barbastro. Tengan la primera visita en el Centro de Fraga, con idéntica calidad y la máxima comodidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A través de video conferencia. Utilizando las herramientas informáticas ya existentes tanto en el Centro de Fraga como en el Hospital de Barbastro.
Se mandará una nota interior informativa a todos los médicos especialistas del Centro de Fraga para poner en su conocimiento la incorporación de esta herramienta.
También se les notificará la manera de solicitar esa primera visita en nuestra consulta de hemostasia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se elaborará una tabla contabilizando:
- los pacientes del Centro de Fraga que precisan primera visita y acuden al Hospital durante los tres meses de trabajo sin video conferencia y los que precisan primera visita y la realizan a través de la video-conferencia, transcurridos los tres meses.
- Se creará un apartado en el cual registraremos el grado de comprensión y de satisfacción del paciente de antes de la video conferencia y despues.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un mes para elaborarar la tabla de contabilización de pacientes atendidos, grado de comprensión y grado de satisfacción.
Tres meses para contabilizar los pacientes del Centro de Fraga que acuden a la consulta de Hemostasia en el Hospital de Barbastro.
Un mes para el diseño de la notificación que se enviará a los médicos del Centro de Fraga.
Un mes para definir con informatica la elaboración de la agenda y diseño del procedimiento de primeras visitas por video-conferencia.
Tres meses trabajo de campo.
Un mes evaluación de datos y conclusiones.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 154

1. TÍTULO

MEJORA EN LA UTILIZACION DE LAS AULAS Y DEL MATERIAL DE FORMACION

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTROS (ESPECIFICAR)
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUELLO RIVAS CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CAMPO MONCLUS MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PUYUELO CUELLO CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CARRUESCO BUETAS PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ TORRENTE MARIANO. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Hospital de Barbastro dispone de 2 aulas,1 biblioteca y un salón para impartir formación que están a disposición, previa solicitud de todos los trabajadores del Sector Barbastro, esto conlleva a un uso frecuente y por una gran variabilidad de personas. El uso tanto de los recintos como del material no siempre es como debería. La mejora consiste en a marcar unas pautas a seguir para conseguir la optimización de los recursos de que disponemos que deberán seguir todos los solicitantes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Solicitud para el uso del material de formación
-Existencia de un responsable cuando se utilicen las aulas.
-Uso responsable de las aulas y del material de formación.
-Mantenimiento perfecto de la distribución del mobiliario y del material

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Elaboración de un modelo de solicitud del material de formación.
-Elaboración de un modelo para firma del responsable del material.
-Elaboración de un protocolo de uso y manejo de las aulas y del material de formación que incluya:
-manual de uso del ordenador.
-manual uso de las pantallas.
-manual de mantenimiento de la correcta temperatura.
-manual para la correcta distribucion del mobiliario
-manual para el uso general de aula
-Difusión del protocolo entre el personal.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Conocer la frecuencia de uso de las aulas
dias de aula ocupada/dias de alula libre*100
-Correcto uso de la aulas
días con incidencias/dias de uso de las aula*100
-Mantenimiento adecuado de las aulas
dias de correcta limpieza/dias de uso de las aulas*100
dias mantenimiento correcto(segun protocolo)/dias de uso*100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: mes de mayo
-Elaboración de los documentos de solicitud y de responsabilidad del material solicitado.
-Elaboración de los manuales
-Elaboración del Protocolo
-Difusión del Protocolo
-Recogida de resultados
Final: mes de diciembre

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD.
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 309

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA

2. RESPONSABLE ..... PILAR GABARRE ORUS
· Profesión ..... TEAP
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR. TEAP. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR. TEAP. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MALDONADO MUÑOZ CRISTINA ROCIO. TEAP. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una muestra de biopsia de mama (BAG) en nuestro laboratorio después del procesamiento normal de la muestra: (inclusión en parafina, realización del bloque, corte de la muestra y tinción de la preparación histológica) más las nuevas técnicas inmunohistoquimicas que solicita la patóloga, para un estudio mas completo, tiene un tiempo de trabajo hasta obtener el resultado de tres ó cuatro días.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adelantar en 24 horas mínimo el diagnostico de una muestra de de mama (BAG).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cribado de informe según clasificación del radiólogo: altamente sospechoso de malignidad. Con anotación de la hora de llegada, que nos servirá de guía para el tiempo que está la muestra en formol (aconsejable entre 6-12h) y además para controlar el tiempo transcurrido hasta la obtención del resultado.
Descripción macroscópica de la muestra.
Solicitar las técnicas predeterminadas a través del SIL Patwin.
A las 12 horas se trabaja la muestra (corte del bloque, tinción de la preparación histológica, realización de las técnicas de inmunohistoquimica).
Finalmente pasar a la patóloga para el diagnostico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registrar hora y día de llegada de los volantes del 2015.
Registro de fecha del resultado emitido del 2015.
Obtener del SIL patwin numero de BAG del 2014 y fecha de recepción de la muestra y fecha de emisión de resultado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un mes para obtención y conclusión de resultados del 2014.
Un mes para la creación de una tabla en el ordenador en la que anotaremos la fecha y hora de llegada y emisión de informes.
Un mes para la evaluación de los datos.
Nueve meses para actuar de la manera propuesta.
Un mes para hacer comparativa de resultado 2014 y 2015.
Un mes para conclusiones y final de proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 644

1. TÍTULO

CONTROL DE LA EXPOSICION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS GARCIA RONQUILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ TRIVEZ PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GONZALEZ IGLESIAS CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GONZALEZ CORTIJO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· LOPEZ GONZALEZ ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· PUJADO OLIVA MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· BALLARIN GIMENEZ MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Existe escaso control de la exposición radiológica de los pacientes en la UCI. Estos son sometidos de forma frecuente a múltiples estudios radiológicos, estando sometidos a importante exposición radiológica. Aunque los efectos nocivos sobre el organismo es compleja, es conocido que a mayor exposición en un corto espacio de tiempo, mayor probabilidad de padecer un efecto adverso asociado a la radiación. Por ello, proponemos un plan dirigido a contabilizar la exposición radiológica sufrida durante el ingreso en UCI e iniciar la protección radiológica del tiroides.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Por el momento, no se realiza ningún control reglado de la exposición radiológica de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Cuantificación de la exposición radiológica que ha sufrido el paciente durante el ingreso, en función de los estudios radiológicos realizados y la cantidad de radiación asociada a cada uno de ellos, así como, el tiempo en que se han realizado. Esta cuantificación esperamos que sea del 80% de los pacientes al menos.
Utilización de medidas de protección radiológica en la glándula tiroides debido a:
El tiroides es un glándula muy radiosensible,
La técnicas radiológicas más usadas en nuestra unidad son la Rx tórax y la escopia torácica, quedando en ambas técnicas el tiroides expuesto a la radiación durante el procedimiento.
Con ello, esperamos disminuir de forma significativa en al menos el 40%, la exposición radiológica de nuestros pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Utilización en los estudios radiológicos en UCI, protectores homologados tiroideos, ya existente en nuestra unidad.
Emplear fundas protectoras desechables, que permita utilizar los protectores con todos los paciente que lo precisen, Evitando la transmisión de enfermedades infecciosas. Esto será especialmente cuidadoso en caso de paciente ingresados en UCI por enfermedades infecciosas y/o presenten cultivos a gérmenes multiresistentes.
La protección tiroides se realizara en los estudios torácicos siempre que no interfiera en la valoración del estudio. Será el medico que haya solicitado el estudio, el que indicará si se puede realizar la protección radiológica.
Realizar un registro escrito y/o informático, que quedará en la historia clínica, donde quedará reflejado el número de pruebas realizadas, la dosis de radiación estimada recibida, la fecha de los estudios y si se ha podido realizar protección radiológica.
Ante la dificultad de realizar una medida exacta de la dosis recibida por los órganos y tejidos, siguiendo la recomendación de la sociedad española de protección radiológica, se estimará según la tabla existente en el servicio de radiología de este centro. Esta tabla, establece una aproximación a la dosis recibida, según el estudio realizado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Mensualmente, el médico responsable, Dr García Ronquillo, revisará los registros realizados de la exposición recibida por los paciente ingresados en la UCI.
Durante el mes de diciembre de 2015, se realizará la valoración definitiva del proyecto realizado.
Si el proyecto obtuviese los datos esperados, en un próximo proyecto, se intentará junto al servicio de radiología, crear un sistema de protección y registro de exposición radiológica a todos los pacientes en los que se lleven a cabo estudios radiológicos en el Hospital de Barbastro.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Del 1 junio de 2015 hasta 30 de junio de 2015 proceso formativo en la UCI. Se realizaran sesiones formativas para el 100% del personal médicos, de enfermería y auxiliares de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del hospital de Barbastro.
Del 1 de julio de 2015 hasta el 30 de noviembre de 2015, se iniciará el proyecto de calidad de protección radiológica de los paciente ingresados en la UCI.
Del 1 de diciembre al 23 de diciembre se realizará el estudio definitivo de los datos recogidos, que permitan establecer las conclusiones del proyecto de calidad.

11. OBSERVACIONES. El proyecto no implica ningún gasto económico.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 644

1. TÍTULO

CONTROL DE LA EXPOSICION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 373

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION DE FORMACION MULTIDISCIPLINAR EN EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... PILAR GIRON CEBOLLERO
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CATENA LACOMA MARIA JOSE. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO BIOQUIMICA
· BIELSA MOLINA PATRICIA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO BIOQUIMICA
· RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL. TAE. H BARBASTRO. CONSULTA EXTRACCIONES
· VENTEO FRANCO CARMEN. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO DE BIOQUIMICA
· LOPEZ SANCHEZ BELEN MARIA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO MICROBIOLOGIA
· SASUS AGRAZ SUSANA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA
· LALUEZA ESCARIO JOSEFINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. SECRETARIA LABORATORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la decisión de trabajar siguiendo las pautas de calidad, hace muchos años. En este laboratorio de análisis clínicos, siempre se ha tenido muy presente la formación interna impartida por los propios profesionales del laboratorio. Al comenzar el año se piensan muchos proyectos y objetivos, con respecto a charlas, sesiones....., que luego se va diluyendo hasta que se acaba el año, habiendo hecho en realidad pocas cosas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Crear una comisión de formación con responsables de todas las secciones y todas las categorías.
Su responsabilidad será organizar, evaluar y programar los temas a tratar o debatir.
Implantar un calendario mensual para todo el año, donde participen todas las secciones del laboratorio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Una reunión general de todo el servicio para informar sobre el proyecto de la creación de una comisión de formación.
Reuniones con las distintas secciones para nombrar responsable de la sección y temas a exponer.
Reunión con los responsables de las secciones para la creación de la comisión de formación, definiendo cual es el objetivo y líneas a seguir.
Crear un calendario con una charla mensual seleccionando los temas de las distintas secciones.
Hacerlo público en el laboratorio, colgando el planning en el tablón de informaciones del servicio.
Creación de una tabla, en la que la comisión de formación, registrará titulo de la charla y asistentes.
Creación de una carpeta en la que estará la documentación completa de todas las sesiones realizadas, estará ubicada en el ordenador de urgencias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Participación de todas las secciones del laboratorio.
Participación del 60% como mínimo del personal del laboratorio
Contabilizar participación de ponentes, secciones y asistencia de los años 2015-2016.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio de 2015 reunión general de todo el servicio para hacer público el proyecto.
Julio-Agosto para nombrar responsables y definir objetivos y seleccionar temas a exponer.
Septiembre y Octubre creación del calendario con los temas seleccionados:
- Colgar el calendario en el tablón informativo
- Crear la tabla para documentar el proyecto.
- Creación de la carpeta para ubicar las sesiones.

Noviembre 2015 hasta Noviembre 2016 exposición de las charlas.
Diciembre de 2016, estudio de datos obtenidos y final del proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 239

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO EN EL PARTO NORMAL, FAVORECER LA ATENCION INDIVIDUALIZADA Y ESTABILIZACION DE LA TASA DE CESAREAS

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GONZALEZ BALLANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUARDIA DODORICO LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARAGON SANZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NOGUES TOMAS FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· REMACHA GARCIA MARIA JOSEFA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FENES GRASA MERCEDES. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SATUE SALAMERO ELSA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AMARO JARILLA ELISA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Servicio de Materno-Infantil del Hospital de Barbastro, desde 2006 realizamos intervenciones y cambios asistenciales que nos permitieron conseguir el galardón IHAN en 2009. Se trabaja para mantener los requisitos aconsejados por UNICEF cumpliendo los 10 pasos para la promoción de la lactancia materna y para ofrecer una atención de calidad a las madres.

Los profesionales del Servicio estamos implicados en la atención individualizada de la mujer, se sigue la Estrategia de Atención al Parto Normal y la Guía de Atención al Parto Normal. Se promueve una atención al parto y embarazo respetando la fisiología del proceso y se tienen establecidos Protocolos conjuntos con Atención Primaria para facilitar la accesibilidad de las mujeres al Sistema. Se realiza control coordinado del embarazo de bajo riesgo con las matronas de Primaria y se dispone de Protocolo de Atención al parto normal consensuado con Pediatría, Anestesia y Atención Primaria.

Desde 2006 que iniciamos la monitorización de los indicadores de calidad, se han conseguido cambiar bastantes rutinas asistenciales y promover la cultura de intervenir sólo cuando es necesario.

Consideramos imprescindible analizar los resultados obtenidos anuales y estudiar las áreas susceptibles de mejora.

Vemos necesario seguir trabajando para promover una Atención Amigable con las madres en la atención al parto y alumbramiento para conseguir la reevaluación y mantener el Galardón IHAN en 2015. Tenemos una tasa elevada de inducciones, es imprescindible el control de calidad de las cesáreas realizadas y la formación en la atención al parto normal para respetar su fisiología y disminuir el intervencionismo (número de episiotomías, amniorrexis, oxitocina

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. PARTOS 2014

TOTALES: 620
EUTOCICOS: 450 (72,58%)
DISTOCICOS 58 (9,35%)
CESAREAS 112 (18,06%)
EUTOCICOS
-Sin episiotomía 317 (70,44%)
- Con episiotomía 133 (29,55%)
DISTOCICOS
-Sin episiotomía 9 (15,51%)
-Con episiotomía 49 (84,48%)

En el 70% de los partos eutócicos asistidos no se ha realizado episiotomía. Se ha invertido el tipo de atención ya que en 2007 se realizaba episiotomía profiláctica en el 69,51% de los partos.

Alumbramiento dirigido para disminuir el riesgo de Hemorragia Obstétrica Aguda se ha realizado en el 89,56% de los partos y en el 2011 sólo se realizaba en el 39% de los mismos.
En 2014 se han realizado 112 cesáreas sobre 620 partos, lo que supone una tasa del 18,06%. Un 1% más que en 2013.
El 73,21% son urgentes y el 26,8% programadas. Las cesáreas urgentes permanecen estables respecto al año 2013.

El 93,75% de las cesáreas se realizan con anestesia loco-regional y el 94,64% dan lactancia materna al alta.
Se han complicado19 cesáreas, lo que supone un 17,22% un 5,5% menos que el año anterior.

La complicación más frecuente ha sido la herida quirúrgica un 7,14% y en segundo lugar la transfusión con un 5,35%, se ha disminuido en un 4% las cesáreas que precisan transfusión.
En 2014 han disminuido las endometritis hasta un 0,89% sólo se ha complicado una cesárea, frente a 5 en 2013. Ha habido un absceso pélvico grave.
Las complicaciones de la herida quirúrgica han aumentado un 4,42%.
Se produce 1 atonía uterina grave y HOA (un(borrar) 1,78%) se ha realizado 1 histerectomía post parto.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 239

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO EN EL PARTO NORMAL, FAVORECER LA ATENCION INDIVIDUALIZADA Y ESTABILIZACION DE LA TASA DE CESAREAS

La profilaxis antibiótica ha aumentado un 7,32%, se realiza en el 97,3% de las cesáreas.
La estancia media es 4,25 días, se ha incrementado en 0,26 días.
Las causas de las cesáreas urgentes han sido:
RPBF: 27 cesáreas, lo que supone un 32,92% de las realizadas urgentes. Se han incrementado en un 14,7% las cesáreas realizadas con esta indicación, respecto al año 2013
Se realizan 16 cesáreas por parto estacionado, un 6,7% menos que en 2013, 13 por fallo de inducción aumentan y 7 por DPC un 8,53%.
Las cesáreas por fallo de inducción aumentan en un 9,49%, es necesario revisar las indicaciones de las mismas.

Con respecto a las cesáreas programadas, la causa más frecuente es por podálica (21), lo que supone el 70% de las programadas, se han aumentado las cesáreas por podálica en un 42%.
Cesárea iterativa y cesárea anterior son 4 pacientes .
Con respecto a los criterios de idoneidad se observa que un 78,04% de las cesáreas urgentes cumplen criterios, un 7,33% menos que en 2014. No cumplen criterios de idoneidad 18 cesáreas.
En 2014 se ha disminuido la tasa de inducción en un 2,27%. Pero estamos lejos del 10% recomendado por la OMS. El 70% de las inducciones son por bolsa rota y embarazo prolongado y serán difíciles de disminuir esos dos factores, pero el 30% restantes son susceptibles de mejora.
La tasa de cesáreas en los partos inducidos es del 18,70% similar a la de los partos eutócicos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El Objetivo General del Proyecto es Mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas

Objetivos específicos:
Potenciar las Buenas Prácticas
Monitorizar toda la actividad asistencial del Servicio
Mantener la colaboración entre los profesionales del Servicio
Facilitar el acompañamiento continuo de la embarazada
Permitir ingesta de líquidos durante el parto
Animar a las mujeres a utilizar métodos no medicamentosos para el momento del parto
Favorecer la deambulación durante la dilatación
Disminuir la amniorrexis artificial
Disminuir la tasa de episiotomías
Disminuir la tasa de inducciones
Control y estabilización de la tasa de cesáreas
Disminuir la tocurgia
Facilitar la información a la mujer de todos los procedimientos que se le realicen
Disminuir los registros cardiotocográficos en los embarazos de bajo riesgo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de los Protocolos
Registro informático de los datos
Organizar un grupo de Calidad del Servicio para el control de los indicadores
Reuniones conjuntas con las matronas de Primaria y especializada para ver el desarrollo del Proyecto
Revisar todas las cesáreas realizadas en el Servicio y ver si se adecuan a los criterios de idoneidad
Revisión de las indicaciones de inducción en la sesión diaria del Servicio
Encuesta de satisfacción de las mujeres
Revisión de la mortalidad perinatal cada trimestre

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasa de cesáreas
Porcentaje de cesáreas urgentes que cumplen criterios de calidad mayor del 90%
Tasa de inducciones
Porcentaje de fallos de inducción
Tasa de tocurgia
Porcentaje de partos normales sin episiotomía
Partos sin anestesia epidural

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2015: Revisión Protocolo de inducción al parto
Junio 2015: Valoración de las inducciones realizadas
Sesión mensual para valorar las cesáreas realizadas
Noviembre 2015: Revisión Proyecto y de los indicadores

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 239

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO EN EL PARTO NORMAL, FAVORECER LA ATENCION INDIVIDUALIZADA Y ESTABILIZACION DE LA TASA DE CESAREAS

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 613

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL CON MEDICIAMENTOS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTESIVOS. PASO DE LA VIA INTRAVENOSA A LA VIA ORAL

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.
· ALLUE FANTOVA NATALIA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GALLEGO BARRABES SUSANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GARCIA CLAU SUSANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GASTON AÑAÑOS JUAN. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los pacientes ingresados en la UCI es frecuente iniciar los tratamientos de la mayoría de los fármacos mediante administración intravenosa ya que la situación clínica al ingreso no suele permitir o aconsejar la utilización de la vía oral. Con la mejoría de los pacientes hemos observado que muchos de ellos continúan con la administración IV de fármacos, que tienen presentación oral, a pesar de tener una ingesta oral adecuada.
Las causas pueden ser: olvido en la trascripción de la pauta de medicación; por la rapidez en la administración del fármaco y la consecución del efecto deseado o desconocimiento de la similitud de efectos
Es innecesario en la mayoría de los casos perpetuar la vía IV cuando la eficacia de la vía oral está demostrada.
La utilidad del proyecto se basa en 3 aspectos importantes:
- Seguridad del paciente: disminuyendo la manipulación de la vía intravenosa y con ello el riesgo de infección.
- Reducción de costes ya que generalmente las formulas para administración oral son más económicas que las de administración intravenosa (menos material fungible de infusión)
- Readaptación del paciente a la toma de medicación oral que es posible que sea necesario administrar al alta del centro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dentro de la amplia gama de fármacos utilizados en los pacientes críticos nos vamos a centrar en esta primera iniciativa en 3 grupos de fármacos frecuentes en una unidad de cuidados intensivos y en los que la vía oral del mismo principio activo u otro equivalente tiene una adecuada biodisponibilidad, por lo que es sencillo realizar la conversión de la vía de administración y con una eficacia similar:
GRUPO 1: ANALGESICOS.
GRUPO 2: PROTECTORES GÁSTRICOS.
GRUPO 3: FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS.

Objetivo principal: aumentar la vía de administración oral en los pacientes de UCI.

Objetivos secundarios:
- Habituar a los F.E.A de Medicina Intensiva a pautar los fármacos de estos 3 grupos usando la vía oral, siempre que las condiciones del paciente lo permitan
- Disminuir el tiempo de permanencia de las vías de administración intravenosa.
- Enviar a los pacientes de alta a las plantas de hospitalización con la medicación oral necesaria de los grupos de fármacos elegidos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Explicar el Proyecto al personal implicado: médicos, enfermeras, farmacéuticos. Responsable del Proyecto. Método: Sesión audiovisual

Generar un listado de fármacos para la visualización de la conversión y las posibles alternativas a utilizar. Responsable: F.E.As Farmacia Hospitalaria.

Pauta en los tratamientos de medicación oral. Responsables: F.E.As Medicina Intensiva.

Revisión diaria de realización de conversión y sugerencia al médico responsable para que la realice. Responsable: Médicos y enfermeras de la unidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº pacientes con paso de analgesia convencional a vía oral / Nº pacientes con analgesia convencional IV candidatos a pasar a vía oral. Objetivo 80%.

Nº de pacientes con paso de protectores gástricos a vía oral /Nº pacientes con protectores gástricos IV candidatos a pasar a vía oral. Objetivo: 80%

Nº de pacientes con paso de antihipertensivos a vía oral /Nº pacientes con antihipertensivos IV candidatos a pasar a vía oral. Objetivo: 85

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 613

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL CON MEDICIAMENTOS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTESIVOS. PASO DE LA VIA INTRAVENOSA A LA VIA ORAL

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio del Proyecto: JUNIO 2015. Preparación del proyecto, sesión clínica informativa y generar el listado de fármacos.

Periodo de realización: JULIO-DICIEMBRE 2015.

Recogida preliminar de resultados y recordatorio del proyecto: septiembre 2015.

Recogida de resultados e informe: 2ª quincena de DICIEMBRE 2015.

Difusión de los resultado: sesion informativa, congresos ... Año 2016

11. OBSERVACIONES. Los pacientes han de cumplir los pacientes para realizar el cambio:
- Tracto gastrointestinal funcionante.
- Capacidad de deglución con ingesta oral las últimas 24 h.
- Ausencia de nauseas, vómitos o riesgo de broncoaspiración.
- Clínicamente estables.

Los medicamentos prescritos han de cumplir:
- Formulación oral disponible.
- Buena biodisponibilidad por v.oral.
- Frecuencia de administración.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes Ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Terapia Secuencial
OTRA PALABRA CLAVE 2. Via oral
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 221

1. TÍTULO

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS

2. RESPONSABLE ..... LAURA GONZALEZ PAVON
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BIELSA MOLINA PATRICIA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO
· CARRILLO PRADA JOSEFINA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO
· RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL. TAE. H BARBASTRO. LABORATORIO
· VILLACAMPA BUIL ROSA. TAE. H BARBASTRO. LABORATORIO
· SANZ GARRIDO SARA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL AUMENTO DE RECEPCION DE MUESTRAS DEL HOSPITAL QUE SE DERIVAN A OTROS CENTROS Y EL AUMENTO DE MUESTRAS QUE RECIBIMOS DE OTROS CENTROS O LUGARES QUE DEBEMOS GUARDAR EN CONDICIONES OPTIMAS PARA POSTERIORMENTE REALIZAR SU ENVIO, HACEN NECESARIO LA CREACION DE UN ESPACIO REFERENTE.
HAY T.E.L. RESPONSABLES DE ESTOS ENVIOS, PERO EL PROBLEMA SURGE CUANDO NO ESTAN ESTAS PERSONAS RESPONSABLES, Y AUNQUE LOS PROCEDIMIENTOS ESTAN EN PAPEL RESULTA INCOMODA SU LOCALIZACION.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. CREACION DE UNA CARPETA EN EL ORDENADOR DE URGENCIAS DEL LABORATORIO, ES EL LUGAR IDONEO Y PRACTICO DONDE LOCALIZAR LOS PROTOCOLO ADECUADO DE ENVIO O RECEPCION.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - DEFINIR PROCEDIMIENTOS.
- SELECCIONAR RESPONSABLES.
- ELECCION DEL ORDENADOR DONDE ESTARAN UBICADOS.
- CREACION DE UNA CARPETA DONDE ESTARAN AGRUPADOS TODOS LOS PROCEDIMIENTOS, RESPONSABLES Y COMPROMISO DE ACTUALIZACION.
- CREACION DE UN INDICE PARA FACILITAR LA LOCALIZACION DEL PROCEDIMIENTO. ESTARA UBICADA EN LA CARPETA.
- CREACION DE UNA HOJA SOBRE LA DIFICULTAD EN EL ENVIO Y SUGERENCIAS DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO QUE TAMBIEN SERA UTILIZADO PARA LA TRAZABILIDAD DE LA MUESTRA.
- EVALUACION Y PUESTA EN MARCHA DE NUEVAS ACCIONES.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - REALIZACION Y ACTUALIZACION DEL 100% DE PROCEDIMIENTOS.
- INCLUSION DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS EN LA CARPETA.
-REALIZACIÓN DEL HOJA DE OBSERVACIONES Y TRAZABILIDAD.
-REALIZACION DEL INDICE.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - DE JUNIO A JULIO DE 2015, ELECCION DE RESPONSABLES.
- DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2015 RECOPILACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.
- DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 2015, CREACIÓN DE LA CARPETA E INTRODUCCIÓN DE PROCEDIMIENTOS. CREACION DE LA HOJA DE OBSERVACIONES Y TRAZABILIDAD.
- DE ENERO A ABRIL 2016, VALORACION DEL RESULTADO.
- MAYO 2016,PUESTA EN MARCHA.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 587

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA FACILITAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE IO EN LA MUJER EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

2. RESPONSABLE ..... LORENA GUARDIA DODORICO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· CARCELLER TEJEDOR ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· VAZQUEZ TORGUET ANA MARIA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· MOCTEZUMA VELAZQUEZ JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· ACIN GARCIA SANTIAGO. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ CARRILLO JUAN. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida del control vesical e implica un importante impacto psicológico y social. Puede condicionar el estilo de vida del paciente, aunque es común que el paciente afectado de incontinencia no le dé la importancia que merece, sin intentar aclarar el tipo y determinar si es pasajera, reversible o simplemente buscar una opinión especializada.
Se estima que la incontinencia urinaria -pérdida involuntaria de orina- afecta a un 30% de las mujeres adultas. Es un problema infra diagnosticado, por varios motivos; las pacientes no lo reconocen ya que supone un estigma (solo “pasa en gente mayor”, se lo asocia a mala higiene, a personas con déficit cognitivo) y gracias a la dinámica de la sanidad actual muchas veces no se indaga si la paciente no lo manifiesta.

El preguntar si la mujer tiene pérdidas involuntarias de orina y problemas miccionales que afectan a su calidad de vida, debe formar parte de la práctica diaria de los médicos de atención primaria, ginecólogos y urólogos. En el caso afirmativo, debe ponerse en marcha todo el proceso diagn

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Según las estadísticas actuales el porcentaje de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) oscila entre 1- 47% (datos de diferentes Hospitales según la SEGO (sociedad española de ginecología y obstetricia), de vejiga hiperactiva (VH) 3-10%, Incontinencia urinaria mixta (IUM) 5-18%. En nuestro Hospital se realizaron en 2010 35 cirugías de incontinencia, 2012 :24; 2013: 15; 2014: 30. Pero no contamos con datos concretos de incidencia de IUE, IUM, ni IUU.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocer la incidencia de IU en nuestra población e identificar su etiología.
- Conocer el número de pacientes con IU con tratamiento médico y/o quirúrgico.
- Desarrollo de un protocolo conjunto urología- ginecología y atención primaria para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de IU.
- Facilitar la accesibilidad de las pacientes a la consulta especializada
- Involucrar en una segunda fase del proyecto a matronas y fisoterapeutas para la creación de una unidad multidisciplinar del suelo pélvico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reuniones de los miembros del equipo de mejora para unificar criterios
- desarrollo protocolo de acción para diagnóstico básico y derivación a consulta especializada
- Creación de consulta especializada para agilizar derivación.
- Monitorización de cirugías de IU, técnicas y complicaciones a mediano y largo plazo
- Monitorización de los tratamientos médicos instaurados
- Realización de sesiones informativas en los centros de salud
- Realización vía clínica hospitalaria para IU

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % mujeres diagnosticas de IU
- % de derivaciones desde primaria a consulta especializada
- % de mujeres con tratamiento médico
- % de mujeres con tratamiento quirúrgico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio: reunión del equipo de mejora y esquematización del protocolo de acción
Julio: decisión del protocolo definitivo
Setiembre: inicio de consulta especializada
Noviembre: reunión para valorar problemas en el funcionamiento asistencial
Febrero: recolección de datos y discusión de los mismos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. 35-100 años
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 587

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA FACILITAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE IO EN LA MUJER EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 710

1. TÍTULO

PROYECTO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... NURIA GUIRAL FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· RUIZ MONTES FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· ANIA LAHUERTA MARIA ALDONZA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· GOÑI LOPERA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· COLL CLAVERO JUAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA
· SIERRA CALLAU MODESTO. INGENIERO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA
· POLO MARTINEZ MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes que atendemos en nuestro sistema sanitario tienen cada vez mayor edad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas. La colaboración entre los distintos niveles asistenciales proporciona una mayor calidad en la atención al paciente. Por ello, queremos desarrollar un programa de colaboración que mejore la comunicación entre profesionales para lograr una mayor accesibilidad al sistema y garantizar la continuidad de cuidados.
Tras un año de experiencia en la realización de sesiones conjuntas entre Medicina Interna y el Centro de Salud de Barbastro con un resultado muy satisfactorio, se trata de establecer sesiones clinicas entre Medicina Interna y el Centro de Salud de Monzón. Este programa de colaboración pretende mejorar la comunicación entre profesionales aportando beneficios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Menor derivación de pacientes al S. Urgencias.
2. Disminuir la demora asistencial.
3. Reducir los desplazamientos evitables de los pacientes al hospital.
4. Control conjunto de pacientes crónicos y/o complejos.
5. Menor realización de pruebas complementarias.
6. Disminución de la duplicidad de derivación de pacientes a Consultas de Medicina Especializada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones clínicas de carácter mensual en el Centro de Salud de Monzón. Además se facilitará una dirección de correo electrónico para mantener el contacto continuo entre profesionales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Numero de reuniones presenciales/año.
2. Número de pacientes consultados en las sesiones.
3. Número de mails atendidos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en Octubre de 2015 , con periodicidad mensual.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 016

1. TÍTULO

BLOQUEO INTERPECTORAL (PEC I/PEC II) ECOGUIADO PARA ANALGESIA PERIOPERATORIA TRAS CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO HUICI GERMAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD SANZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAVARRO CASTAÑ HERMINIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BENTUE OLIVAN LUCIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ARANDA OROS SARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· ESPIN UTRERA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer de mama es el tumor maligno mas frecuente entre las mujeres del mundo desarrollado.En España se diagnostican alrededor de 16.000 casos anualmente.
En los últimos años se han descrito nuevos bloqueos anestésicos técnicas para analgesia de la pared torácica sobre todo para analgesia en cirugía de mama.

La adecuada analgesia tras una cirugía reconstructiva de mama permite deambular precozmente previniendo fenómenos tromboembólicos,mejorar la satisfacción del paciente y además permitir un alta precoz.

Actualmente se considera que el bloqueo anestésico ecoguiado interpectoral (PEC i/PECII) ,por donde transcurren gran parte los nervios encargados de la inervación de la mama, presentaría claros beneficios en el control del dolor postoperatorio asociado a los protocolos de analgesia perioperatoria ya existente en nuestro centro , pero que a menudo resultan insuficientes o presentan incómodos efectos secundarios.

Utilidad del proyecto

Mejorar la calidad asistencial a los pacientes intervenidos de cirugía reconstructiva de mama de forma programada garantizando la completa analgesia de la zona durante las primeras horas del postoperatorio, evitando y minimizando las
posibles complicaciones derivadas de la analgesia sistémica que se administra actualmente, y que muchas veces supera a la establecida en el protocolo.

Mejoraría el control del dolor, la comodidad de la paciente,la deambulación evitando fenómenos tromboembolicos y facilitaría altas precoces.

Métodos de detección y priorización

Pacientes intervenidas en el Hospital de Barbastro de cirugía reconstructiva de mama programada , que cumplan criterios para
realizarse el bloqueo anestésico interpectorall ecoguiado.

Serán excluidos aquellos pacientes que no acepten la técnica o que presenten algún tipo de contraindicación para su realización. (alteraciones de la coagulación, alteraciones anatómicas de la pared torácica, alergias a anestésicos locales e inestabilidad hemodinámica).

Situación de partida

Actualmente en el Hospital de Barbastro las pacientes sometidas a cirugia reconstructiva de mama inician en la unidad de reanimación un protocolo de analgesia postoperatoria, consistente en una bomba elastomérica que contiene medicación intravenosa
con cloruro mórfico, analgésicos no esteroideos y antieméticos. También existe la opción de administrar dosis adicionales de estos en caso de no controlar el dolor.

Posibles causas

La cirugía reconstructiva de mama con implantes es una intervención dolorosa sobretodo durante el primer día postoperatorio. En ocasiones la medicación
administrada por protocolo resulta insuficiente o no se puede administrar en casos de alergia a los medicamentos usados. También puede provocar efectos colaterales como hipotensión, mareo, náuseas y vómitos, lo que haría que la paciente estuviera incómoda y débil, para iniciar la deambulación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución de la estancia del paciente en la unidad de reanimación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 016

1. TÍTULO

BLOQUEO INTERPECTORAL (PEC I/PEC II) ECOGUIADO PARA ANALGESIA PERIOPERATORIA TRAS CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

postoperatoria y alta temprana a planta (comparada con el tiempo de estancia actual).

Disminución del número de rescates de cloruro mórfico en la unidad de reanimación postoperatoria.

Mejora de la analgesia postoperatoria las primeras 24 horas con una disminución del requerimiento de analgésicos de efecto sistémico (rescates).

Disminución de los efectos secundarios debidos a la analgesia sistémica (hipotensión, somnolencia,mareos, nauseas y vómitos).

Deambulacion precoz para evitar fenómenos tromboembolicos

Ausencia de complicaciones derivadas de la técnica.

Alto grado de satisfacción de la paciente respecto a esta técnica anestésica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A las pacientes seleccionadas que no presenten contraindicaciones se les realizará el bloqueo interpectoral ecoguiado siguiendo los siguientes pasos:

1.- Monitorización no invasiva del paciente (PANI,ECG, pulsioximetría) en sala de reanimación postoperatoria.

2.-Se colocará el paciente en decúbito supino y en condiciones de asepsia se colocará un transductor lineal de ultrasonidos 5-10 MHz (alta frecuencia) paralelo a la clavícula encima de la mama a intervenir,a nivel del 2º espacio intercostal, localizando la unión de los vientres musculares del musculo pectoral mayor y musculo pectoral menor

3.-Introducción una aguja biselada 19,5G × 120 ó 80 mm (Stimulong Plus set, Pajunk®, Geisingen, Alemania) en plano respecto a la sonda, hasta la unión de ambos músculos.

4.-Administación de 20 o 30 ml de Levobupivacaína al 0.25% previa aspiración negativa de sangre, observando la correcta
distribución del anestésico.

5.- Se iniciará protocolo analgesia sistemática postoperatoria,a dosis inferiores de las utilizadas hasta ahora.

6.-Transcurridos 15 min comprobar la efectividad del bloqueo.

7 .- Una vez comprobada la ausencia de complicaciones anestésicas y quirúrgicas se dará el alta a planta a la paciente.

8.- Se realizará visita a planta a la paciente a las 12 horas y 24 horas de la intervención para la valoración del dolor durante el primer día y la necesidad de rescate analgésico.

Todo el procedimiento será registrado en una hoja de recogida de datos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Monitorización del dolor según la escala visual analógica EVA a los15 minutos de la realización del bloqueo, al alta y a las 12 y 24 horas de la intervención.

2.- Necesidad de rescates análgesicos en la unidad de reanimación y en la planta.

3.- Valoración de complicaciones derivadas de la absorción de los anestesicos locales usados en el bloqueo.

4.- Frecuencia de nauseas y vómitos postoperatorios.

5.- Frecuencia de hipotensiones arteriales

6.- Satisfacción de la paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en Mayo del año 2015 con una duración de un año.

Se realizarán sesiones de formación para el personal que participe en dicho proceso asistencial.

11. OBSERVACIONES. El servicio de Anestesia de Barbastro cuenta con los medios y equipación necesaria para la realización de este proyecto de mejora de calidad.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 016

1. TÍTULO

BLOQUEO INTERPECTORAL (PEC I/PEC II) ECOGUIADO PARA ANALGESIA PERIOPERATORIA TRAS CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 028

1. TÍTULO

IDENTIFICACION Y EVALUACION DE RIESGOS DEL LUGAR DE TRABAJO (CONSULTA Y QUIROFANO) DEL FACULTATIVO ESPECIALISTA DEL S. DE OFTALMOLOGIA DEL H. DE BARBASTRO Y USUARIOS. MEDIDAS CORRECTORAS RECOMENDADAS

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS IGLESIA RODRIGUEZ
· Profesión ..... OTROS
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REY PORCA CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. OFTALMOLOGIA
· GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En ocasiones, tanto en consulta de oftalmología como en quirófano, algunos usuarios y oftalmólogos, han resultado dañados por accidentes, principalmente caídas o golpes con objetos inmóviles.
En primer lugar, procederemos a la descripción física del lugar de trabajo e identificación de factores de riesgo.
La importancia de este proyecto radica en la identificación, y eliminación o minimización de peligros o fuentes potenciales de daño para la salud en el lugar de trabajo, de oftalmólogos y usuarios.
Para ello, se analiza:
--La probabilidad de que ocurra el daño, que se clasifica en: baja, media y alta.
--La severidad del daño, que se ordena en: ligeramente dañino, dañino, y excesivamente dañino.
--La estimación del nivel de riesgo, que se mide en: trivial, tolerable, moderado, importante, e intolerable.
Los riesgos identificados son los siguientes:
--Caída de personas al mismo nivel.
--Caída de objetos por desplome o derrumbamiento.
--Choques y golpes contra objetos inmóviles (orden y limpieza).
--Golpes y cortes por objetos o herramientas.
--Contactos eléctricos.
--Incendio.
--Disconfort acústico.
--Condiciones de humedad, temperatura e iluminación.
La utilidad de este proyecto estriba en el intento de eliminar o minimizar los riesgos prevenibles, partiendo de la descripción física del lugar de trabajo del oftalmólogo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. --Minimizar los riesgos del lugar de trabajo (consultas externas y quirófano de oftalmología), disminuyendo la probabilidad de caídas de personas y caídas de objetos.
--Disminuir los riesgos de golpes y cortes.
--Modificar actitudes para favorecer un lugar de trabajo lo más seguro posible en cuanto a contactos eléctricos e incendio.
--Promover un ambiente de trabajo óptimo en relación al disconfort acústico, condiciones de humedad, temperatura e iluminación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. --Estudio de las instalaciones de las consultas externas de oftalmología (consulta en el Hospital de Barbastro, y en el centro de especialidades de Monzón).
--Estudio de las instalaciones del quirófano del Hospital de Barbastro.
--Mediciones de temperatura, humedad relativa e iluminación de consultas y quirófanos.
--Medición e idoneidad de mobiliario, accesorios e instrumental de trabajo de consulta.
--Medición y valoración del mobiliario, accesorios e instrumental de quirófano.
A partir de estos datos, se determinan las posibles actividades de mejora, en cuanto a diversos aspectos:
--Asientos con respaldo para evitar caídas (responsabilidad del área de mantenimiento/dirección).
--Mobiliario adecuado para evitar caídas por desplome o derrumbamiento (responsabilidad del área de mantenimiento/dirección).
--Canalización de cableado (responsabilidad del área de mantenimiento).
--Humedad relativa dentro de parámetros adecuados (responsabilidad del área de mantenimiento).
--Modificar actitudes respecto al abandono del hábito de fumar en el lugar de trabajo o estancias anexas –pasillo de emergencias adyacente a las consultas externas de oftalmología del Hospital de Barbastro- (responsabilidad de los propios usuarios y profesionales y de las administraciones públicas –campañas de concienciación ciudadana-).
--Implantar mecanismos de bioseguridad para evitar cortes (responsabilidad del servicio de salud laboral/dirección).
--Verificar y/o implementar el plan de autoprotección y emergencia (responsabilidad del área de mantenimiento/ dirección).
--Verificar y/o implementar las instalaciones de detección de incendios, alarma, extinción y señalización de evacuación (responsabilidad del área de mantenimiento/ dirección).
--Determinar la posible existencia de disconfort acústico, y mejorar las infraestructuras de aislamiento acústico (responsabilidad del área de mantenimiento/ dirección).
--Valorar la humedad y temperatura adecuada, y analizar/ mejorar los mecanismos de climatización y

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 028

1. TÍTULO

IDENTIFICACION Y EVALUACION DE RIESGOS DEL LUGAR DE TRABAJO (CONSULTA Y QUIROFANO) DEL FACULTATIVO ESPECIALISTA DEL S. DE OFTALMOLOGIA DEL H. DE BARBASTRO Y USUARIOS. MEDIDAS CORRECTORAS RECOMENDADAS

termorregulación (responsabilidad del área de mantenimiento).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. --Mediciones de mobiliario y espacio libre. Ergonomía. Se monitorizaran por la aplicación del RD 488/1997, y la nota técnica de prevención (NTP) 602.
--Instalaciones eléctricas. Datos de cableado, alargaderas, conexiones múltiples, aparataje externo. Se monitorizaran mediante la aplicación del reglamento electrotécnico de baja tensión y sus instrucciones técnicas complementarias (ITC).
--Disconfort acústico. Se realizan encuestas y mediciones. Se monitorizará a tráves de la aplicación del RD286/2006, y la nota técnica de prevención (NTP) 503. Se propondrán acciones (por disconfort acústico) por encima de 40-50 dB.
--Medición de temperatura y humedad. Se realizan mediciones mediante instrumental disponible para ello en el servicio de prevención de riesgos laborales de nuestro centro. Se monitorizará a tráves del RD 486/1997. Se propondrán acciones si la temperatura no se encuentra en el rango de 17º-27º C, y si la humedad relativa no se halla entre el 30%-70%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. --El proyecto se extiende desde el 15 de Septiembre de 2014 al 15 de Septiembre de 2015.
--En el último trimestre de 2014 se constituye el grupo de trabajo y se analiza la situación.
--En el primer trimestre de 2015 se produce el estudio de las instalaciones, y se realizan las mediciones pertinentes (identificación de riesgos).
--En el segundo trimestre de 2015 se realiza la monitorización de los indicadores obtenidos (evaluación de riesgos).
--En el tercer trimestre de 2015 se proponen las acciones o actividades a realizar (medidas correctoras recomendadas).

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales y población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. OFTALMOLOGÍA
OTRA PALABRA CLAVE 2. RIESGOS
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 234

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE TRANSICION DEL PACIENTE PEDIATRICO CON DIABETES TIPO 1 A LA UNIDAD DE DIABETES DE ADULTOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... PAULA LALAGUNA MALLADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BURGASE ESTALLO IRENE. MEDICO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA
· BLASCO GONZALEZ ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA
· MUR LASPALAS SARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA
· PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· CONGOST MARIN SOFIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· GARCIA LACOMA MERCEDES. PSICOLOGO/A. CS BARBASTRO. USMIJ
· CONDE BARREIRO SANTIAGO. MEDICO/A. CS BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La transición de los pacientes pediátricos con diabetes tipo 1 (DM1) a Unidades de adultos puede conllevar efectos adversos para la salud de los pacientes si no se hace de forma adecuada. El paso tiene lugar durante la adolescencia, periodo especialmente crítico de la vida caracterizado por cambios específicos tanto psicológicos como fisiológicos, durante el que se incrementa además el riesgo de aparición y progresión de las complicaciones crónicas así como de los ingresos relacionados con la DM1. Coincidiendo con el cambio de equipo médico se han objetivado pérdidas en el seguimiento de los pacientes y un empeoramiento en su grado de control metabólico que debemos intentar evitar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Los pacientes diabéticos que se diagnostican en el Sector de Barbastro en la edad pediátrica se controlan en una consulta específica de diabetes pediátrica donde se realiza la educación diabetológica y se realizan controles con visitas periódicas cada 3 meses. A lo largo del seguimiento tienen contacto puntual con la Unidad de diabetes de adultos donde acuden a realizarse el control de hemoglobina glicosilada capilar, pero hasta el momento del alta pediátrica no acuden allí para otro tipo de visitas ni para el seguimiento. Actualmente el alta de pediatría se realiza a una edad sin determinar, dependiendo de la madurez y la autonomía del paciente, habitualmente sobre los 16-17 años, mediante la realización de un informe y una hoja de consulta para programar la primera cita en la Unidad de adultos, es decir, la transición es un hecho puntual, no un proceso como recomiendan Las sociedades Científicas internacionales y entre ellas la Sociedad Española de diabetes y la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica.
Por otro lado, hemos constatado que a esta edad la mayoría de los pacientes presentan algún problema de adaptación a su enfermedad y muchos son derivados a la consulta de salud mental infanto-juvenil. Pero no hay una sistemática de actuación ni una coordinación entre servicios.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disponer de un programa planificado, progresivo y estructurado que incluya la participación del individuo, de la familia y del servicio de salud para que la transición del paciente diabético pediátrico a adultos sea lo más favorable posible.
- Creación de una “consulta de transición” coordinada entre los profesionales de pediatría y de endocrinología de adultos para atender al paciente adolescente con diabetes tipo I durante el periodo de transición.
- Coordinación con la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ) para planificar las visitas de seguimiento necesarias y establecer un plan de actuación conjunto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión de la bibliografía sobre las recomendaciones nacionales e internacionales sobre el tema.
- Reuniones periódicas del equipo de mejora.
- Diseño del programa de transición: edad, información que se aportará a los pacientes, actividades a realizar, número de citas de consultas conjuntas, objetivos metabólicos y abordaje de la enfermedad.
-Planificación del programa de reeducación de los pacientes antes de la transición.
- Crear un modelo de informe de pediatría y establecer los requisitos que debe incluir.
- Planificación del modelo de seguimiento en la USMIJ.
- Crear una agenda administrativa “consulta de transición” para codificar y registrar la actividad asistencial
- Elaborar una encuesta de satisfacción para los pacientes y las familias que permita evaluar el programa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes mayores de 14 años que se incluyen en el programa.
- Número de citas de la agenda Consulta de transición diabetes.
- Encuesta de satisfacción realizada a los pacientes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2015-Julio 2015
- Revisión de bibliografía y reuniones del equipo de mejora.
Agosto 2015-Diciembre 2015
- Diseño del programa de seguimiento, de reeducación y del modelo de informe.
- Diseño de la encuesta de satisfacción
- Creación del código en la agenda del hospital “consulta de transición de diabetes”.
A partir de Enero 2016
Puesta en marcha del programa y a partir de entonces se mantendrá en activo para todos los pacientes

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 234

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE TRANSICION DEL PACIENTE PEDIATRICO CON DIABETES TIPO 1 A LA UNIDAD DE DIABETES DE ADULTOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

susceptibles de utilizarlo de forma indefinida.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Diabetes tipo 1
OTRA PALABRA CLAVE 2. Transición
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 288

1. TÍTULO

FORMACION EN TRANSPORTE PEDIATRICO Y NEONATAL PARA UNA MEJORA EN LA CALIDAD DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES PEDIATRICOS DESDE NUESTRO HOSPITAL A OTROS CENTROS

2. RESPONSABLE ..... PAULA LALAGUNA MALLADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· VARA CALLAU MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· DEFIOR SANTAMARIA SARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· CABRERO LAFUENTE MAITE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· VALERO OROS MARIA PILAR. MEDICO/A. UME BARBASTRO. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· SATUSTEGUI DORDA PEDRO JOSE. ENFERMERO/A. UME BARBASTRO. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· BUSQUETA ARDANUY JUAN ANTONIO. TECNICO SANITARIO. UME BARBASTRO. URGENCIAS Y EMERGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El transporte pediátrico y neonatal es un momento crítico en la evolución de la enfermedad del paciente que se encuentra hospitalizado y requiere cuidados específicos en un centro de nivel asistencial superior. Se trata de pacientes con patología compleja o de mayor gravedad que no pueden recibir los cuidados definitivos en el centro hospitalario en el que se encuentran, requiriendo por ello su traslado a un centro de referencia. Dicho traslado pediátrico en la Comunidad Autónoma de Aragón es realizado por médicos del servicio de emergencias (061), y siendo el Hospital de Barbastro el centro emisor, conllevará un tiempo mínimo de 90 minutos que puede determinar en gran medida el pronóstico de salud del paciente.
Consideramos necesaria una formación adecuada del personal, tanto del centro emisor como del encargado del paciente durante el traslado (061). Una correcta preparación del paciente previo al transporte, un tránsfer de información completo a la Unidad encargada del traslado y un correcto manejo del paciente durante el mismo, conllevará una mejora en la calidad del servicio y con ello una disminución de la morbimortalidad asociada y mejora del pronóstico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Una mayor formación específica en trasporte pediátrico y neonatal, tanto del personal del Servicio de pediatría del Hospital de Barbastro como del Servicio de Urgencias y del equipo encargado del traslado (médicos, enfermeros y técnicos sanitarios del 061), con el fin de mejorar la calidad del servicio prestado.
- Coordinación entre los profesionales de pediatría del Hospital (centro emisor) y el 061 Aragón (Urgencias y emergencias sanitarias) para establecer una adecuada comunicación, así como cursos de formación común que conlleven una mejor asistencia.
- Mejorar el sistema de transporte pediátrico y neonatal en Aragón, atendiendo a las peculiaridades específicas de este grupo de población, para lograr una disminución de los riesgos sanitarios derivados del propio traslado y un descenso de la morbimortalidad asociada, mejorando así mismo la tasa de supervivencia libre de secuelas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión retrospectiva de la casuística para determinar los motivos más frecuentes de traslado desde nuestro centro, y así definir y diseñar el programa formativo.
- Revisión de la bibliografía sobre las recomendaciones nacionales e internacionales en transporte pediátrico.
- Reuniones periódicas del equipo de mejora.
- Realización de un curso de formación que incluya al equipo hospitalario y extrahospitalario, impartido por pediatras con experiencia en el trasporte.
- Revisión y elaboración de métodos de sujeción durante el traslado del paciente neonatal (incubadora) y pediátrico (camilla) para minimizar los riesgos.
- Creación de una base de datos informática que registre los traslados realizados desde nuestro centro para su posterior evaluación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes trasladados al año, estado basal del paciente y preparación en el centro emisor, complicaciones surgidas durante el traslado, y situación a su llegada al hospital receptor (datos extraídos de la base de datos creada).
- Valoración del proyecto de mejora y de la formación recibida a través de cursos y reuniones, mediante una encuesta de satisfacción realizada por los distintos profesionales implicados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo-Agosto 2015
- Revisión retrospectiva de los casos trasladados en los últimos años.
- Revisión de bibliografía y reuniones del equipo de mejora.
Septiembre 2015-Diciembre 2015
- Realización de un curso de formación en transporte pediátrico y neonatal.
Enero–Mayo 2016
- Evaluación de la formación y reuniones periódicas del equipo, para la puesta en común de problemas que vayan surgiendo en los distintos traslados.
- Revisión de casos recogidos en la base de datos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 288

1. TÍTULO

FORMACION EN TRANSPORTE PEDIATRICO Y NEONATAL PARA UNA MEJORA EN LA CALIDAD DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES PEDIATRICOS DESDE NUESTRO HOSPITAL A OTROS CENTROS

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes neonatos y pediátricos que requieren traslado a otro hospital.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. TRANSPORTE PEDIÁTRICO Y NEONATAL
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 192

1. TÍTULO

COMUNICACION DE VALORES CRITICOS DE ANALISIS CLINICOS DE PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE CORREO ELECTRONICO

2. RESPONSABLE ..... MARTA LALANA GARCES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TAPIA LANUZA AMADO. FEA ANALISIS CLINICOS. H BARBASTRO. SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS
· SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES. FEA ANALISIS CLINICOS. H BARBASTRO. SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS
· LARREA ORTIZ-QUINTANA MARIA DEL MAR. FEA ANALISIS CLINICOS. H BARBASTRO. SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS
· HERNANDEZ MORA EMILIO. FEA ANALISIS CLINICOS. H BARBASTRO. SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS
· CORED NASARRE ROSA MARIA. SUPERVISORA LABORATORIO. H BARBASTRO. LABORATORIO
· CANALEJO MENDOZA LUIS. DIRECTOR MEDICO. H BARBASTRO. DIRECCION
· DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO. SUBDIRECTOR DE ATENCION PRIMARIA. H BARBASTRO. SUBDIRECCION DE ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los valores críticos son resultados de diferentes magnitudes del laboratorio que están muy alejados del rango de referencia y pueden indicar una situación crítica que requiera la atención inmediata del clínico solicitante.
La comunicación regular, fluida y sistemática entre personal facultativo del laboratorio y los médicos asistenciales es importante para la utilización efectiva de los servicios de diagnóstico. Esta acción debe tener lugar en la fase postanalítica del proceso.
Se estima (según Carrano y colaboradores) que los errores cometidos en la fase postanalítica suponen aproximadamente el 20% del total, donde la mayoría están relacionados con problemas de comunicación. El error más importante tiene que ver con la no comunicación de resultados críticos, este error tiene consecuencias potencialmente graves para la seguridad del paciente. Según Howanitz casi el 5% de las llamadas para notificar estos valores fueron abandonadas después de intentar localizar al profesional responsable durante más de 45 minutos.
Actualmente, en nuestro laboratorio disponemos de un sistema de comunicación de valores críticos mediante comunicación telefónica al facultativo solicitante. Si la solicitud procede de atención primaria y no está disponible la consulta de resultados vía Intranet, se envía un fax al centro de salud correspondiente. Es necesario que se confirme la recepción correcta de la información por parte de la persona con la que se contacta. Cuando se trata de solicitudes del Servicio de Urgencias, el TEL se asegura mediante llamada telefónica de la correcta recepción del informe de resultados en la impresora remota del mencionado servicio. El facultativo responsable del área correspondiente es el encargado de detectar y notificar los valores críticos. En la ficha del paciente debe dejarse constancia de la persona que lo comunica, el valor crítico y a quién se notifica.
Sin embargo la comunicación de estos valores es costosa en el tiempo debido a la dificultad de localizar al médico peticionario sobre todo cuando procede de Atención Primaria. Esto se debe a diferentes causas: salida del médico a domicilios, desplazamiento a consultorios de otras localidades…
Por todo ello surge la necesidad de establecer un sistema de comunicación de valores críticos de pacientes de primaria que sea rápido y eficaz.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantación de un sistema de comunicación de valores críticos de pacientes de Atención Primaria a través de nuestro sistema informático. Se realiza mediante el envío del informe del laboratorio a través de correo electrónico al centro correspondiente. Se pretende garantizar la notificación de estos resultados en un tiempo inferior a 24 horas desde la realización del análisis. Así como la comprobación del correcto envío y recepción mediante un listado de notificaciones enviadas proporcionado por el sistema infromático del laboratorio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión del documento “Valores Críticos de Análisis Clínicos” PTG-05_BA(E)B_L de nuestro sistema de calidad basado en la norma UNE-EN ISO 15189.
Implantación del envío de resultados de valores críticos mediante correo electrónico a través de nuestro sistema informático Modulab.
Control del envío y recepción de resultados a centros de atención primaria
Comunicación y formación al personal implicado en el proceso, tanto facultativos del laboratorio como personal de atención primaria.
Revisión mensual de número de notificaciones de valores críticos y tiempos de recepción de dichas notificaciones
Detección de posibles fallos en el sistema de envío de valores críticos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Indicador: tiempo desde que se realiza el análisis hasta que el facultativo de Análisis Clínicos realiza el envío del valor crítico al centro de atención primaria.
Estándar: <24h
Análisis: mensual
Evaluación: anual
2. Indicador: tiempo desde que se realiza el envío del valor crítico hasta que la persona encargada de atención primaria abre el correo.
Estándar: <24h

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 192

1. TÍTULO

COMUNICACION DE VALORES CRITICOS DE ANALISIS CLINICOS DE PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE CORREO ELECTRONICO

Análisis: mensual
Evaluación: anual
3. Indicador: número de notificaciones o correos no abiertos
Estándar: 0
Análisis: mensual
Evaluación: anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Implantación del nuevo sistema de comunicación de valores críticos mediante SIL: junio- diciembre 2015
Formación facultativos Análisis Clínicos: septiembre 2015
Formación personal Atención Primaria: septiembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. VALORES CRÍTICOS
OTRA PALABRA CLAVE 2. LABORATORIO
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 449

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: DESARROLLO 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. MEDICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA
· MALO FERRER MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA PREVENTIVA
· NADAL ABADIAS NATALIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· HERNANDEZ MORENO ELENA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA
· BARRIGA CONDE ANA MARIA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA
· MIRANDA PEREZ LOURDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el proyecto de calidad (num 399) del año 2014 “Implantación de una vía clínica para manejo de pacientes con SARM, con el objetivo de reducir su prevalencia”, se analizaron los factores de riesgo de ser portador de SARM al ingreso.
El parámetro de actuación más eficiente en cuanto a la detección ha resultado ser el estudio de pacientes procedentes de las residencias de ancianos; estudiando a un 15% de los pacientes se hubiera conseguido detectar un 50% de los portadores. Por ello, en este nuevo estudio se plantea la detección activa de portadores que cumplan estos criterios, su ubicación en cohortes y la realización del protocolo de descontaminación correspondiente. De esta manera se pretende disminuir la densidad de transmisión de SARM en la planta, y en consecuencia, la densidad de incidencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la transmisión de SARM, optimizando los aislamientos y mejorar la atención del paciente portador mediante el uso de protocolos y vías clínicas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las medidas previstas serán la detección activa de portadores (Enfermería y Microbiología), su ubicación en cohortes (Enfermería y Med. Preventiva) y la realización del protocolo de descontaminación correspondiente (Enfermería, Med. Preventiva y Microbiología). El proyecto iniciado el año anterior, continuará en planta de Especialidades y según los resultados se extenderá a otras plantas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores serán (en la planta de Especialidades): 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.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Información al personal de la planta implicado: 2 meses
Recogida datos a lo largo de todo el año

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. En residencias

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SARM
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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 760

1. TÍTULO

MEJORA DE MANEJO DE GERMENES MULTIRRESISTES EN LA UCI Y EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... PILAR MARTINEZ TRIVEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENDIARA BERBIELA YOLANDA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GRASA LANAU JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GONZALEZ CORTIJO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· LOPEZ GONZALEZ ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· GALLEGO BARRABES SUSANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los centros hospitalarios, de forma especial en unidades especiales como UCI,unidades de Diálisis, pero también en centros sociales (geriátricos, residencias de ancianos...), la incidencia creciente de infecciones causadas por gérmenes nosocomiales resistentes a múltiples antibióticos , es uno de los problemas más relevantes de la atención sanitaria en la actualidad. Se considera a las UCI,como el lugar donde deben intensificarse los esfuerzos
dirigidos a reducir la aparición y la diseminación de las infecciones causadas , por patógenos multirresistentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el manejo de estos gérmenes, tanto en nuestra unidad , como en el resto del hospital, creemos que puede mejorar , el control de este problema ,un problema de salud cada vez más emergente, tanto a nivel hospitalario,como extrahospitalario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1 Realizar sesiones de formación, en nuestra unidad.
2 Realizar sesiones,dirigidas al resto de especialidades, residentes personal sanitario y no sanitario a supervisoras de planta y personal
de la dirección, para insistir, en la importancia de mejorar el manejo de estos patógeno,y de hacerlo de una forma multidisciplinar,con el apoyo necesario de la dirección.
3-Realizar sesiones (previas,durante,y tras la finalización del programa),con los servicios más implicados :microbiología , preventiva y otra especialidades, para, intercambiar información y
poder realizar,ó mejorar los protocolos ya existentes.
4-Realizar, una recogida de datos en nuestra unidad, sobre: incidencia de Multirresistentes, gérmenes más frecuentemente aislados, la procedencia de los pacientes , colonizaciones,
infecciones, y de como ha sido el seguimiento,de nuestro protocolo
5- Realizar una actualización de nuestro protocolo ,siguiendo las recomendaciones actuales,el programa de Resistencia zero, en el que participamos, con la adecuación necesaria,a las características de nuestro entorno, y nuestro hospital.
6- Tras la realización del programa de mejora,una nueva recogida de
datos,para poder valorar el impacto,y nuevas sesiones con los servicios más implicados para valorar los resultados obtenidos,los
problemas encontrados, y volver a formular,nuevas oportunidades
de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Realizar,previo al inicio del programa de mejora,una recogida de datos en nuestra unidad,sobre: incidencia de Multirresistentes, gérmenes más frecuentemente aislados, procedencia de los pacientes,y como ha sido el seguimiento de nuestro protocolo .
2- Realizar 2 sesiones de formación en nuestra unidad.
3- Realizar 1 sesión general del hospital, dirigida al resto de especialidades, residentes, personal sanitario y no sanitario , a supervisoras de planta y personal de la dirección.
4-Realizar 3 sesiones con los servicios más implicados : (1 previa, otra durante y otra posterior a la realización del programa).
5-Realizar al menos 50% de aislamientos de contacto preventivos , con toma de muestras de cultivo periféricos ,del total de pacientes en los que estaba indicado.
6-Tras la realización del programa,una nueva recogida de datos, para valorar el impacto de nuestro programa , y nuevas sesiones con los servicios más implicados, para valorar los resultados
problemas encontrados y poder volver a formular nuevas oportunidades de mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1- Presentación e inicio del programa:Abril-Mayo 2015
2- Recogida de datos de nuestra unidad, previa al inicio del programa:1 abril - 30 de junio de 2015.
3. Realización de 2 sesiones en la UCI :Mayo-Junio de 2015.
4- Sesión general del hospital :Mayo -Junio de 2015.
5- 3 sesiones Servicios más implicados:Mayo -Octubre de 2015
6- Nueva recogida de datos, tras la realización del programa, para
valorar los resultados obtenidos:Octubre 2015
7-Finalización del proyecto y memoria :Noviembre-Diciembre 2015

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 760

1. TÍTULO

MEJORA DE MANEJO DE GERMENES MULTIRRESISTES EN LA UCI Y EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. incluye varios: Prevencion.detención precoz, continuidad asistencial distintos servicios, formacion de los profesionales.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 468

1. TÍTULO

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. UNIDAD DE NEUROLOGIA
· DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE. MEDICO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DE NEUROLOGIA
· GARCIA FERNANDEZ LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. UNIDAD NEUROLOGIA
· CORTINA LACAMBRA RAQUEL TRINIDAD. MEDICO/A. CS MONZON URBANO.
· COLL CLAVERO JUAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Existencia de importante 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 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 s. de urgencias e incluso de hospitalizaciones en muchos casos
Registro de una actividad que ya se realiza informalmente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Crear con s. de informática una adecuada herramienta de "interconsulta telemática" a traves de HCE
Cada interconsulta será personalizada para cada neurólogo(excepto en perido vacacional) con el compromiso de resolución de dicha interconsulta en 3-5d laborables
Se iniciárá el proyecto con los Centros de Salud de Monzón Rural y Urbano

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registro de las interconsultas realizadas
Escalas de satisfacción (primaria, neurología, pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Julio-agosto: Coordinación con primaria, informática del H. Barbastro para optimizar el formato de interconsulta
Septiembre: Sesion informativas en los C. de salud seleccionados
Octubre: Inicio del programa // solventación problemas (si los hay

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 111

1. TÍTULO

UBICACION, DISTRIBUCION Y USO DE CAMAS ARTICULADAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

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.
· ANDRES ALIERTA MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUOPERVISION UCIAS
· ALONSO AYERBE LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION 4TA DCHA
· MINGUEZ SORIO JULIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION 3RA DCHA
· UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA 3RA IZQ
· MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION 5TA IZQ
· SILLES ESFORZADO MONTSERRAT. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE HEMODIALISIS
· BALLABRIGA GONZALEZ MONICA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La diversificación y dotación de camas articuladas del Hospital de Barbastro dificultan el ajuste a las necesidades de nuestros pacientes. Ello repercute en la calidad de la atención dispensada, depauperando el tiempo asistencial de nuestros trabajadores, ya que deben invertir parte de él en el ajuste de las mentadas necesidades con los recursos disponibles. La oportunidad de mejora incide en mejorar la atención al paciente ajustando el tipo de cama que necesita a sus necesidades y en optimizar el tiempo de nuestros profesionales clarificando la actuación a adoptar con una hoja de ruta para la gestión de dichas camas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la reunión del Grupo de Hospitalización del Hospital de Barbastro del 20 de Abril de 2015 se manifestó como preocupación común la detección de la necesidad de homogeneización en el proceder del uso de las camas articuladas y la variabilidad de dotación de elementos de éstas.
Impulsados por ello, el 28 de Abril de 2015 se realizó un corte de inventariado simultáneo para conocer el número y estado de las camas articuladas, así como de sillas de ruedas de las que disponía nuestro centro hospitalario. El mentado corte se realizó en las plantas de hospitalización (3ra Dcha, 3ra Izq, 4rta Dcha, 4rta Izq, 5ta Dcha y 5ta Izq), CMA y URPA, UCIAS (SOU, boxes y camas de reserva), Servicio de Hemodiálisis, Hospital de Día de Oncología, Partos y taller de mantenimiento.
El 5 de Mayo de 2015 se puso en común en nueva reunión del Grupo de Hospitalización los resultados obtenidos, transferidos a una hoja Excel para una mejor comparativa. Actualmente se están estudiando las diferentes opciones con las que podemos contar para llevar a cabo el proyecto propuesto.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. * Conocer e inventariar las camas articuladas y sillas de ruedas del Hospital de Barbastro, pormenorizando su dotación específica.
*Valorar las necesidades de compra de elementos anexos de los que actualmente pueda estar carente el hospital, siendo gestionado en colaboración directa con RRMM.
* Unificar la ubicación, distribución y uso de las camas articuladas y sillas de ruedas del Hospital de Barbastro
* Optimizar el tiempo de nuestro personal y el uso de los recursos materiales que disponemos
* Aumentar el ajuste de las necesidades de nuestros pacientes a los dispositivos más adecuados para ellos, mejorando la calidad del cuidado dispensado

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. * Inventario y corte simultáneo de las camas y sillas de ruedas y dotación de éstas en el Hospital de Barbastro
* Valoración de los resultados obtenidos en el corte efectuado
* Brainstorming entre los componentes del Grupo de Hospitalización en colaboración y trabajo directo con la Supervisora de Hemodiálisis y la Supervisora de UCIAS , dilucidando las posibles mejoras de las que se puede ver beneficiado nuestro proyecto
* Valoración de la reubicación de las diferentes camas disponibles en el hospital e intentar compra de aquellos elementos que se consideren necesarios
* Establecer flujograma de la gestión de las camas y su uso
* Hacer conocedores a los trabajadores del hospital de los cambios efectuados, siendo gestionado por los supervisores de cada unidad, el jefe de celadores y la coordinadora de RRMM

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. * Porcentaje de pacientes ingresados usuarios de camas con barandilla/pedal/colchón de viscolástica pre-actuación
* Número de cambios de cama/colchón de los pacientes ingresados pre y post actuación
* Porcentaje de pacientes ingresados usuarios de camas con barandillas/pedal/colchón de viscolástica post-actuación
*Porcentaje camas con pedal pre-actuación versus post-actuación
* Porcentaje camas con barandillas pre-actuación versus post-actuación
*Porcentaje de colchones de viscolástica en camas pre-actuación versus post actuación
* Porcentaje de pacientes ingresado con Norton menor o igual a 14 con colchón de viscolástica/aire
* Evaluación de los resultados y repercusión en la dinámica asistencial mediante encuesta de opinión del personal tras actuación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. * Inventario/corte de dotación de camas articuladas/sillas de ruedas y elementos adicionales (Abril-Mayo 2015)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 111

1. TÍTULO

UBICACION, DISTRIBUCION Y USO DE CAMAS ARTICULADAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

* Brainstorming sobre gestión de los elementos inventariados (Mayo 2015)
* Corte evaluativo de los pacientes ingresados chequeando características de las camas y anejos de éstas (barandillas, pedal y colchón)
* Creación de flujograma de actuación (Mayo-Junio 2015)
* Realización de los cambios acordados (Mayo-Septiembre 2015)
* Formación del personal (sanitario y celadores) sobre las modificaciones hechas y el modo de actuación acordado
* Evaluación mediante encuestas e indicadores de los resultados obtenidos (Enero 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 350

1. TÍTULO

INCORPORAR LA ANALGESIA EPIDURAL EN BAJAS DOSIS PARA FAVORECER LA DEAMBULACION DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DEL PARTO

2. RESPONSABLE ..... HERMINIA NAVARRO CASTAÑ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARANA LENIS MARIA CONSTANZA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· UNGRIA MURILLO JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· FENES GRASA MERCEDES. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ADILLON ROURERA ASUNCION. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ ANIDO ENCARNA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· REMACHA GARCIA MARIA JOSEFA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BALASCH TERES MARIA JESUS. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Sector de Barbastro tiene una cobertura demográfica de unos 110.000 habitantes.50% mujeres.El Número de partos en 2014 fue de 620. Eutócicos 450, Distócicos 58. Cesáreas 112. Una de las recomendaciones de UNICEF en la atención al parto es facilitar a las mujeres a caminar y moverse durante el trabajo de parto. La analgesia epidural es el método más eficaz para el alivio del dolor. En la actualidad las mujeres con anestesia epidural permanecen en decúbito supino.
Para favorecer esta recomendación se propone el siguiente Proyecto de Mejora de Calidad, basado en la administración de analgesia epidural a bajas dosis, para compatibilizar el proceso fisiológico del nacimiento con el confort de la gestante.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo General: Mejorar la atención al parto.
Objetivos específicos:
Disminuir la percepción del dolor facilitando la deambulación.
Beneficios fetales
Disminuir la tasa de partos distócicos.
Facilitar el contacto piel con piel.
Potenciar la lactancia materna.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Coordinación entre un equipo multidisciplinar integrado por 7 ginecólogos, 5 Anestesiólogos ,7 comadronas con reuniones periódicas.
-Formación del personal .Protocolos, cursos y sesiones.
-Elaboración de los criterios de inclusión de la gestante para la walking epidural.Consentimiento informado.
-Realización de hojas de registro..
-Verificar mensualmente el cumplimiento del protocolo para aplicar las medidas de mejora oportunas.
Técnica anestésica: Colocación de un catéter epidural a través del cual se administrará una dosis de prueba con lidocaína al 2% 60 mg. Bolus inicial: Ropivacaina 0.1% 5 cc ó Bupivacaina 0.1% 5 cc, más Fentanilo 1 mcg/kg.
A los 10 minutos de la dosis test,perfusión continua de Levobupivacaina 0.0625% más fentanilo 2 mcg/ml entre 5-10 ml/h.
El manejo de las dosis en la epidural ambulante es más individualizado. La experiencia nos irá dando las pautas de dosificación.
Una vez el bloqueo se haya establecido, con un curso de parto y monitorización fetal normal, los criterios aceptados para que la gestante pueda andar serán: fuerza muscular (escala de Bromage de 4 + flexión de las rodillas en posición erecta), propiocepción conservada, capacidad subjetiva para andar, función vestibular y visión normales.EVA <5. Siempre debe ir acompañada.
Monitorización materna y Cardiotocográfica del feto: Mantener la monitorización cardiotocográfica continua durante al m

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de partos con epidural total.
Número de partos con epidural a bajas dosis.
Grado de dolor de la embarazada.
Numero de refuerzos de la Epidural para control del dolor.
Duración del periodo de dilatación.
Duración del expulsivo.
Efectos en el feto y maternos.
Número de cesáreas en partos con epidural a bajas dosis.
Número de inducciones con epidural a bajas dosis.
Número de mujeres que paren sin episiotomía.
Tiempo en realizar la primera toma.
Satisfacción de la mujer.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio del 2015. Presentar el Protocolo en el Servicio, ginecólogos, anestesistas y matronas.
Sesión de formación en junio.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 350

1. TÍTULO

INCORPORAR LA ANALGESIA EPIDURAL EN BAJAS DOSIS PARA FAVORECER LA DEAMBULACION DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DEL PARTO

Inicio a finales junio.
Creación de una hoja Excel de recogida de datos.
Noviembre 2015. Evaluación de datos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. 15-44 años
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 378

1. TÍTULO

SEMIAUTOMATIZACION DEL BANCO DE SANGRE EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN OLIVA ARMISEN
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUINTILLA BARDAJI MARIA JOSE. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO HEMATOLOGIA
· ROMERO ARPA MILAGROS. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO HEMATOLOGIA
· MARRO GRACIA NIEVES. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO URGENCIAS
· SOLA HERRERA TRINIDAD. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO URGENCIAS
· PUYALTO MURILLO BLANCA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO URGENCIAS
· PEREZ PEREZ ANA BELEN. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO DE HEMATOLOGIA
· CLUSA BARRABES CONCEPCION. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ACTUALMENTE LAS TECNICAS DE BANCO DE SANGRE SE REALIZAN DE FORMA MANUAL, LO QUE CONLLEVA LA POSIBILIDAD DE ERRORES HUMANOS TANTO EN LA TECNICA COMO EN LA VALORACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - MEJORAR LA FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS.
- TENER CONSTANCIA DE LOS RESULTADOS EN UNA BASE DE DATOS
- MEJORAR LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - ELABORACION DE LA SOLICITUD DE AUTOMATIZACION DE BANCO DE SANGRE
- ADQUISICION DEL EQUIPO ADECUADO.
- FORMACION DEL PERSONAL IMPLICADO, EN EL MANEJO DEL EQUIPO.
- ELABORACION DE UNA TABLA DE REGISTRO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - COMPARACION DE ERRORES OBTENIDOS ENTRE TÉNICAS MANUALES Y AUTOMATICAS
- COMPROBACION DE LA FIABILIDAD DE LAS COPIAS DE SEGURIDAD DE LA BASE DE DATOS
- COMPROBACION DE LA ASISTENCIA A LA FORMACIÓN DEL 100% DEL PERSONAL IMPLICADO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. SOLICITUD EN ENERO DEL EQUIPO.
FEBRERO Y MARZO ADAPTACION DE TECNICAS MANUALES A LAS TECNICAS AUTOMATICAS Y COMPROBACION EN PARALELO.
ABRIL FORMACION DEL PERSONAL IMPLICADO EN BANCO DE SANGRE.
MAYO A DICIEMBRE REALIZACION DE LAS TECNICAS AUTOMATICAMENTE.
ENERO A MARZO VALORACION DE LOS RESULTADOS Y DE LA FIABILIDAD OBTENIDA.
ABRIL Y MAYO, CONCLUSIONES Y FINAL DEL PROYECTO.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TERRE FALCON RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ROQUE TAVERAS LUCRECIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· BERNAT GILI ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes sometidos a laringuectomias totales y traqueotomias definitivas/temporales ven comprometida su calidad de vida, por la incapacidad que presentan al no poder hablar normalmente y la existencia de un estoma permanente/temporal o una cánula permanente/temporal y los cuidados que esto conlleva. Esto genera gran estrés en los pacientes y familiares, que demandan nuevas necesidades psicológicas como físicas.
La enseñanza y motivación del paciente y familiares en esta nueva situación ayudara a superar sus limitaciones. La intervención principal será la información y el apoyo psicológico al paciente y a la familia del paciente.
Así pues nuestro objetivo es realiza un programa de educación para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicológicamente la aceptación de su nueva situación, así como una mas rápida incorporación de estos pacientes a la sociedad y a sus nuevas rutinas.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Asi pues nuestro objetivo es realiza un programa de educacion para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicologicamente la aceptacion de su nueva situacion, asi como una mas rapida incorporacion de estos pacientes a sus nuevas rutinas y mejora de sus capacidades vocales.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqeuotomia utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Al ingreso del paciente se valorara el temor y la incertidumbre del proceso mediante la utilización de escalas validadas (Escala de depresión de hamilton), que se realizara antes y después de la intervención.

Posteriormente se realizara la escala “The Voice Handicap Index (VHI)” para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente según el modelo de voz erigmofónica utilizado, en aquellos casos que sea aplicable.

Se trata de un estudio descriptivo transversal y prospectivo. La muestra de pacientes estará compuesta por todos aquellos que por motivos médicos requieran de una laringuectomia total o de la necesidad de portar de forma definitiva o parcial de una cánula de traqueostomia. Se tendrá como criterio de exclusión todo paciente que no quiera recibir dicha EPS.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqeuotomia utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se utilizaran dos indicadores:

La Escala de Hamilton (Ham-a) para monitorizar el estado emocional del paciente antes y después de la realización de la EPS.

“The Voice Handicap Index (VHI)” para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente según el modelo de voz erigmofónica utilizado.

Ambos cuestionarios serán realizados previamente a la intervención, y posteriormente a la misma , siendo la escala “The Voice Handicap Index (VHI)” únicamente aplicable a pacientes con voz erigmofonica.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Laringuectomizados y/o traqueotomizados temporales o definitivos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 589

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA PROTOCOLIZAR LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA GINECOMASTIA EN LA UNIDAD DE MAMA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... SANDRA PATERNA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRASQUER SESE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE CIRUGIA
· BURGASE ESTALLO IRENE. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA
· PUYALTO MURILLO BLANCA. TEL. H BARBASTRO. SERVICIO DE BIOQUIMICA
· RUIZ PIÑERO ROSA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO.
· VILLALTA CABERO JUAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE CIRUGIA
· CABRERO LAFUENTE MAITE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la Unidad de Mama del Hospital de Barbastro hemos intentado identificar problemas u oportunidades de mejora que conllevasen soluciones factibles y económicas fácilmente implantables, que no supusiesen un exceso de trabajo en el equipo y que permitieran obtener resultados a corto-medio plazo.

Tras la reunión del grupo de trabajo se realizó un brainstorming identificando varios problemas de mejora, entre ellos el de la ginecomastia.

Aplicando la agrupación por pares, el problema que se ha priorizado ha sido la protocolización en el estudio de la ginecomastia en la consulta externa de la Unidad de mama.

La Ginecomastia es el aumento de volumen mamario en el varón a consecuencia de la proliferación benigna de la glándula mamaria.

Se trata del trastorno benigno más frecuente en la mama masculina, según las series que se consulten hay descritos entre un 37 y 60% de varones afectos de ginecomastia en una exploración rutinaria.

Cuando acude un paciente con ginecomastia a nuestra consulta, generalmente los profesionales nos encontramos un poco perdidos, y no sabemos por dónde empezar el estudio, pues si bien es una patología muy frecuente, no lo es tanto la existencia de pacientes que pierdan su timidez y decidan consultar con un profesional. De esta forma hemos comprobado que ante un paciente con ginecomastia, los distintos miembros de la Unidad de Mama afontan la situación de distinta forma, siguiendo pasos distintos y solicitando pruebas diagnósticas distintas, muchas de ellas innecesarias, no contando con una asistencia estandarizada. Sobra decir que la variabilidad en esta asistencia no sólo ocasiona inseguridad en el profesional sino también en el paciente, por lo que creemos que una medida tan sencilla como la creación de un protocolo en la asistencia sanitaria de la ginecomastia evitaría problemas de seguridad clínica así como una reducción en el gasto sanitario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Reducir la variabilidad que existe actualmente en el estudio de la Ginecomastia en la Unidad de Mama del Hospital de Barbastro

-Reducir el número de pruebas diagnósticas innecesarias que se realizan en el estudio de la Ginecomastia en la Unidad de Mama del Hospital de Barbastro

-Mejorar la calidad asistencial y la seguridad clínica en el estudio de la Ginecomastia en la Unidad de Mama del Hospital de Barbastro

-Evitar revisiones en consultas y pruebas innecesarias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reunión del grupo de trabajo para elaboración de un protocolo basado en la evidencia clínica actual mediante revisión bibliográfica

-Coordinación con el Servicio de Bioquímica para la elaboración de un perfil analítico específico de estudio hormonal en la ginecomastia (Dra. Paterna, Blanca Puyalto)

-Coordinación con el Servicio de Radiodiagnóstico para determinar los criterios de realización de pruebas de imagen complementarias. (Dr. Carrasquer, Dr. Villalta, Dra. Abril)

-Coordinación con el Servicio de Endocrinología para determinación de estudio hormonal necesario en este tipo de patología (Dra. Burgase, Dra. Paterna)

-Elaboración de peticiones en papel predeterminadas para el estudio de la ginecomastia que se encontrarán en la consulta de Unidad de Mama.(Maite Cabrero, Rosa Ruiz)

-Elaboración de un protocolo de diagnóstico práctico y sencillo en formato electrónico disponible tanto en la

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 589

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA PROTOCOLIZAR LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA GINECOMASTIA EN LA UNIDAD DE MAMA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Intranet del hospital como en formato papel en la consulta de la Unidad de Mama que facilite su seguimiento ante cualquier paciente que acude con esta patología. (Todo el grupo de trabajo)

-Aplicación estrica del protocolo de trabajo elaborado

-Establecimiento de un programa de evaluación y control de la actividad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -% varones diagnosticados de ginecomastia verdadera
-% varones que acuden a consulta con diagnóstico de sospecha de ginecomastia que realmente la tienen
-nº de revisiones realizadas tras el diagnóstico de auténtica ginecomastia
-% varones diagnosticados de ginecomastia verdadera que siguen el protocolo elaborado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015 - Reunión del grupo de trabajo y distribución de tareas
Julio 2015 - Elaboración del protocolo definitivo
Agosto 2015 - Implementación del protocolo
Febrero 2016 - Reunión del grupo de trabajo y recogida de resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 704

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCION DE ACCIDENTES BIOLOGICOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... SANDRA PATERNA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VINYAS ORUS ENRIQUE. MEDICO/A. H BARBASTRO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· CASALS GARRIGO RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CARRASQUER SESE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· VILLALTA CABERO JUAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ABAD SANZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CUSTARDOY MOTILVA ANGEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SALAMERO UBIERGO GEMA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo hemos intentado identificar problemas u oportunidades de mejora que conllevasen soluciones factibles y económicas fácilmente implantables, que no supusiesen un exceso de trabajo en el equipo y que permitieran obtener resultados a corto-medio plazo.

Tras la reunión del grupo de trabajo se realizó un brainstorming identificando varios problemas de mejora, entre ellos el de la seguridad clínica enfocado al riesgo de accidentes biológicos.

Aplicando la agrupación por pares, el problema que se ha priorizado ha sido la disminución de accidentes biológicos en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Barbastro.

La cirugía y el riesgo de adquirir VIH, hepatitis B o C están íntimamente ligados. Los tres virus se transmiten de forma similar siendo la sangre el tejido con mayor potencial infectante y el de mayor manipulación en un servicio de Cirugía General.

Recientemente hemos vivido varios casos de accidente biológico en nuestro Servicio en los que se desconocía que el paciente era portador de alguna de las tres infecciones arriba mencionadas.

Si bien el test preoperatorio es controvertido por su coste y por la posible vulneración de los derechos del paciente, se ha demostrado que cada día más se entremezclan los grupos llamados de riesgo, identificando estas infecciones en pacientes que no se incluirían en ninguno de estos grupos.

Reducir los accidentes biológicos no sólo disminuye la morbimortalidad de los pacientes y trabajadores sanitarios sino que supone un ahorro importante para el sistema sanitario, constituyendo un punto importante en la prevención primaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Reducir en número de accidentes biológicos en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo

-Estandarizar el empleo de las medidas de bioseguridad universales

-Normalizar el estudio preoperatorio en todo paciente que va a ser sometido a una cirugía mayor en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital de Barbastro

-Detectar activamente aquellos pacientes portadores de VIH, VHC y VHB que van a ser intervenidos de cirugía mayor en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital de Barbastro

-Mejorar la Serguridad Clínica en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital de Barbastro

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reunión del grupo de trabajo para elaboración de un protocolo basado en la evidencia clínica actual mediante revisión bibliográfica

-Coordinación con el Servicio de Bioquímica para la elaboración de un perfil analítico específico de estudio serológico de VIH, VHC y VHB incluido en el estudio preoperatorio de los pacientes del Servicio de Cirugía que van a ser sometidos a cirugía mayor. (Dra. Paterna, Dr. Casals)

-Elaboración de peticiones en papel predeterminadas para el estudio serológico preoperatorio. (Gemma)

-Educación en las medidas universales de bioseguridad al personal del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo (Dr. Custardoy, Dr. Villalta)

-Incorporación de un apartado de solicitud de serologías en los consentimientos informados de cirugía mayor.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 704

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCION DE ACCIDENTES BIOLOGICOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

-Aplicación estrica del protocolo de trabajo elaborado

-Establecimiento de un programa de evaluación y control de la actividad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -% accidentes biológicos ocurridos durante el tratamiento de aquellos pacientes sometidos a cirugía mayor programada
-% serologías realizadas en pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor programada
-% de pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor programada que son diagnosticados de infección por VIH, VHC o VHB

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015 - Reunión del grupo de trabajo y distribución de tareas
Julio 2015 - Elaboración del protocolo definitivo
Agosto 2015 - Implementación del protocolo
Febrero 2016 - Reunión del grupo de trabajo y recogida de resultados

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad clínica

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 372

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TRANSFUSION DE SANGRE FENOTIPADA EN PACIENTES CON SINDROME MIELODISPLASICO

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
· CAMPUZANO SAAVEDRA VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ALONSO SANCHEZ JORGE JOSE. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARRO GRACIA NIEVES. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PEREZ ESLAVA ANTONIA. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· SOLA HERRERA TRINIDAD. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· BOLTAINA GUARDIA ESTELA. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1) Los pacientes diagnosticados de Síndrome Mielodisplásico (SMD) precisan, a lo largo de la evolución de su enfermedad, frecuente transfusión de concentrados de hematíes. Debido a la politransfusión, en un porcentaje significativo de dichos pacientes se producen aloanticuerpos antieritrocitarios, lo cual conlleva:
- Dificultad en la evaluación serológica de los pacientes.
- Dificultad para la obtención de hematíes compatibles, con potenciales retrasos críticos.
- Aumento del riesgo de reacciones hemolíticas transfusionales agudas y retardadas.

2) No existe registro de los pacientes diagnosticados de SMD.
3) No existe registro de los pacientes con aloanticuerpos antieritrocitarios.
4) No se realiza de forma rutinaria el fenotipo/genotipo eritrocitario de los pacientes, ni se transfunde sangre fenotipada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Estandarización del fenotipado/genotipado eritrocitario en pacientes con SMD.
- Disminución de la incidencia de anticuerpos antieritrocitarios.
- Disminución del riesgo de reacciones hemolíticas.
- Optimización del tiempo de trabajo en el banco de Sangre.
- Mejoría de la eficiencia en la gestión de componentes sanguíneos de pacientes con SMD, así como disminución del tiempo necesario para encontrar hematíes compatibles.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realización de fenotipo eritrocitario (y genotipo si procede) en todos los pacientes con SMD de nuevo diagnóstico.
- Realización de fenotipo eritrocitario (y genotipo si procede) en los pacientes previamente diagnosticados de SMD, y con requerimiento transfusional en el momento actual.
- Transfusión de sangre con fenotipo compatible con el paciente (al menos Rh completo y Kell) en todos los pacientes con SMD.
- Creación de un registro de pacientes con diagnóstico de SMD.
- Registro de los aloanticuerpos antieritrocitarios en estos pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Evaluación de la realización de fenotipo eritrocitario: (nº fenotipos realizados/nº pacientes diagnosticados de SMD) x 100
- Evaluación del % de aloanticuerpos en pacientes con SMD de nuevo diagnóstico: (nº aloanticuerpos nuevos/ pacientes diagnosticados de SMD) x 100
- Comparación de la incidencia de aloanticuerpos antieritrocitarios en pacientes con SMD de nuevo diagnóstico vs una cohorte histórica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - 10 meses para realización de fenotipado de pacientes con SMD ya diagnosticado y para la recogida de datos de pacientes con SMD de nuevo diagnóstico.
- 1 mes para evaluación de los datos obtenidos.
- 1 mes para conclusiones.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con diagnóstico reciente o antiguo de SMD

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 372

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TRANSFUSION DE SANGRE FENOTIPADA EN PACIENTES CON SINDROME MIELODISPLASICO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 370

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN TRABAJADORES QUE PRESENTEN EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE GUANTES EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... JOSEFA PUY FORADADA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUYAL MELE ANA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIRECCION DE ENFERMERIA
· VINYAS ORUS ENRIQUE. MEDICO/A. H BARBASTRO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· MUÑOZ MUR EUGENIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ALMACEN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los guantes constituyen una medida de prevención primaria frente al riesgo biológico. Deben garantizar un nivel de eficacia protectora y a su vez no generar riesgos ni efectos adversos al trabajador.
El tipo de guante utilizado estará en función de la tarea a realizar, evitando el uso indiscriminado, lo que no conlleva una mayor protección .
Por parte de la UB PRL se ha detectado un aumento de la prevalencia en la sensibilización al látex y dermatosis por el uso de guantes en los profesionales sanitarios del Sector. Resulta de interés hacer un seguimiento de dichos trabajadores y una recomendación del guante adecuado en cada caso.
En el estudio de consumos del Sector en 2013 se detectó un incremento importante en el uso de guantes de nitrilo, disminuyendo el de guantes de vinilo o polietileno. El guante de nitrilo está indicado en la manipulación de productos químicos, citostáticos y alérgicos al látex. Existe una variabilidad en los criterios de utilización del guante sanitario, lo que supone un mayor gasto sanitario .

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal es establecer un protocolo de actuación entre la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales, el Departamento de Recursos Materiales de la Dirección de Enfermería, el Almacén del Hospital de Barbastro y los trabajadores afectados. De tal forma que el trabajador que presente algún problema o efecto adverso por el uso de guantes pueda disponer del guante que se le recomiende.
- Objetivos para el trabajador: mejorar la seguridad del trabajador en la práctica diaria, disminuir la incidencia de problemas derivados del uso de guantes, detección precoz, seguimiento y evaluación de medidas adoptadas.
- Objetivos para la organización: Fomentar el uso racional de guantes, haciendo un uso adecuado de los mismos, disminuyendo de esa forma el gasto sanitario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Definir el circuito a seguir por parte de los servicios implicados, UBPRL, Supervisión de Recursos Materiales y Almacén para lograr la correcta distribución de los guantes indicados a los profesionales que lo precisen.
- Análisis por parte de la UBPRL , Vigilancia de la Salud, de la situación actual en el Sector. Reevaluación de trabajadores que figuren en el registro de la Unidad a los que se les indicó guantes de Nitrilo. Contrastar la información con la Supervisión de RRMM y Almacén, confirmando el correcto suministro de dichos guantes.
- Distribución de cartelería y folletos informativos por los distintos servicios del Hospital y Centros de Salud. Información a los responsables de los servicios para que deriven a UB PRL a los profesionales con problemas y soliciten el material adecuado.
- Sesión clínica sobre el correcto uso de guantes
- Captación de nuevos casos y valoración de los profesionales en la consulta de Vigilancia de Salud (Historia clínico-laboral, cuestionario de dermatosis por el uso de guantes, pruebas complementarias, derivación a otros especialistas si precisan, recomendaciones, seguimiento y posterior evaluación de las medidas propuestas)
- Elaboración de un registro por parte de UB PRL de trabajadores que precisen un tipo de guante concreto (servicio, tipo de guante recomendado, talla,…). Comunicación del registro a la Supervisión de RRMM y Almacén
- Control de consumo de guantes de Nitrilo en todo el Sector y en los trabajadores que figuren en el registro.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº trabajadores con efectos adversos por guantes que acude a Cta / nº total de trabajadores del Sector x 100
- Nº trabajadores que disponen de guantes de Nitrilo / Nº trabajadores con indicación de guantes de Nitrilo por parte de PRL x 100
- Consumo de guantes de Nitrilo en el Sector / consumo total de guantes en el Sector x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: 1 Junio 2015
Fin proyecto: 30 Junio 2016
Actividades:
- Diseño del circuito, información a los responsables de los servicios, difusión de cartelería. Junio 2015
- Sesión informativa general. Junio 2015
- Análisis y revisión de los casos detectados hasta la fecha y reevaluación en Cta de Vigilancia de Salud. Junio-Julio 2015.
- Elaboración de un registro por parte de UB PRL de trabajadores especialmente sensibles que precisen un tipo de guante concreto. A partir de Junio 2015
- Captación de nuevos casos, estudio y seguimiento. A partir de Julio 2015

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 370

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN TRABAJADORES QUE PRESENTEN EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE GUANTES EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

- Monitorización trimestral del consumo de guantes de Nitrilo. Junio, Septiembre, Diciembre de 2015 y Marzo y Junio 2016
- Memoria final. Junio 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 618

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE LOS APARATOS DE RADIOLOGIA CONVENCIONAL DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA PUY TOMAS
· Profesión ..... TER
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUEYO GUILLEN ELENA. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· LOPEZ RAMON JOSE LUIS. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· ARIÑO SALLAN JOSE ANTONIO. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· ALVARO BOSCH VICTORIA. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· LANASPA BENITEZ ROCIO. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· CARRERA RUIBAL ENCARNACION. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· RUPIN PUEYO JOSE MARIA. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cada apartado de radiologia lleva unos parametros asociados que van relacionados con la calidad de la radiografia, estos parametros son para un tipo de pacientes estandar, para el resto de pacientes, que es mas del 60% de la poblacion, se utilizan parametros que estan sin protocolizar y que son basicos para el desempeño de nuestras funciones. por ello hay que protocolizar estos parametros especiales a traves de tablas y soportes tecnicos que sean facilmente aplicables en cada una de las salas de radiologia por los tecnicos que ahora mismo trabajan en el servicio y para los que vienen a ocupar cualquier tipo de baja, contrato eventual o plaza fija.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora en la calidad de las radiografias aumentando la nitidez, disminucion de la cantidad de radiografias que se deben repetir en pacientes universalizacion dentro de nuestro servicio de los parametros optimos para la realizacion de las diferentes radiografias en diferentes pacientes. Acortar tiempos de aprendizaje de los nuevos trabajadores al estar todos los datos protocolizados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los metodos y las actividades a realizar seran mediante tablas, bibliografias y casos practicos del propio hospital

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los iindicadores van a ser los globales de la calidad en radiodiagnostico con el control de la dosis impartida al paciente, conjuntamente con la calidad de la imagen en exploraciones de radiodiagnostico, puede constituir un primer estimador sobre el estado global del sistema a partir del cual se decidan actuaciones de verificacion dirigidas a elementos concretos para corregir comportamientos anomaos. Hay indicadores de dosimetria en pacientes con exploraciones simples que son dedicadas a las exploraciones sin escopia y con un reducido numero de proyecciones y hay indicadores de exploraciones complejas como la urografia, digestivo, con varias exploraciones . Despues tambien estan los indicadores de la calidad de la imagen con la evaluacion de parametros que permiten objetivar la calidad de imagen podra llevarse a cabo con una o ambas de siguientes opciones: a) a traves de los criterios anatomicos del grupo de expertos de la comision europea u otros analogos propuestos por el radiologo. b) con objetos de prueba que permitan valorar los parametros fisicos basicos de la imagen constando por escrito la evaluacion realizada y las tolerancias establecidas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duracion: junio
Realizacion de tablas septiembre
Aplicacion y revision noviembre

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 381

1. TÍTULO

AUTOMATIZACION DEL CIRCUITO DEL SERVICIO DE TRANSFUSIONES DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE QUINTILLA BARDAJI
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMERO ARPA MILAGROS. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO HEMATOLOGIA
· OLIVA ARMISEN JOAQUIN. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO HEMATOLOGIA
· ALONSO SANCHEZ JORGE JOSE. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO URGENCIAS
· CLUSA BARRABES CONCEPCION. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO URGENCIAS
· PEREZ ESLAVA ANTONIA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO URGENCIAS
· SANZ GARRIDO SARA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO URGENCIAS
· SOBREVIELA RUIZ ANA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - EN EL LABORATORIO DE NUESTRO HOSPITAL, ACTUALMENTE ESTAMOS ACTUANDO CON UN CIRCUITO EN EL QUE LA TRAZABILIDAD ES MANUAL. LO CUAL CREA PROBLEMAS DE OLVIDOS DE FIRMAS, PETICIONES MAL CUMPLIMENTADAS, TUBOS CON IDENTIFICACION INCOMPLETA,. CREEMOS NECESARIA LA IMPLANTACION DE UN CIRCUITO AUTOMATIZADO PARA EVITAR ERRORES.

- EN LOS TURNOS DE TARDE-NOCHE Y FESTIVOS, EN NUESTRO LABORATORIO TRABAJAN T.E.L (TURNO DE NOCHE 1), ELLOS SUBEN LA UNIDAD DE SANGRE A LA PLANTA DE HOSPITALIZACION Y ES EL DUE RESPONSABLE DEL PACIENTE A TRANSFUNDIR, EL QUE INICIA LA TRANSFUSION, LO CUAL IMPLICA QUE ALGUNAS VECES LA TRANSFUSION SE DEMORA EN EL INICIO. CON LA AUTOMATIZACIÓN ESTO SE SOLUCIONARIA, PUES EL T.E.L. SUBIRIA CON EL LECTOR Y EL DUE DEBERA COMENZAR LA TRANSFUSION INMEDIATAMENTE

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. CON LAS PULSERAS Y LECTORES SUMINISTRADOS REALIZAR LA TRAZABILIDAD DE FORMA SEGURA, SIN ERRORES Y CON CUMPLIMIENTO DEL REAL DECRETO 1088/2005

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - IMPLANTACION DE LAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS A LOS PACIENTES A TRANSFUNDIR.
- IMPLANTACION DE TRES LECTORES DE TRAZABILIDAD.
- CONCLUIR EL CIRCUITO DE LA TRANSFUSIÓN EN EL LABORATORIO, BAJANDO LA BOLSA Y FINALIZANDO CON EL LECTOR.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - IMPLANTACION DE LAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS A LOS PACIENTES A TRANSFUNDIR.
- IMPLANTACION DE TRES LECTORES DE TRAZABILIDAD.
- FINALIZAR EL CIRCUITO DE LA TRAZABILIDAD CON LA ENTREGA DE LA BOLSA TRANSFUNDIDA AL SERVICIO DE TRANSFUSIONES.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - DOS MESES DE RECOPILACION DE DATOS.
- UN MES PARA DEFINIR EL CIRCUITO DE ACTUACIÓN.
- UN MES PARA LA ELABORACION DE UNA TABLA SENCILLA, EN LA CUAL SE ENUMERARAN LOS ERRORES Y LOS DEFINIREMOS, (SOLO HABRA QUE CRUCEAR). TAMBIEN SE CONTABILIZARA EL TIEMPO TRANSCURRIDO EN CADA TRANSFUSION.
- UN MES DE EVALUACION DE DATOS
- SEIS MESES PUESTA EN MARCHA DE LA AUTOMATIZACION.
- DOS MESES DE EVALUACION DE DATOS DESDE LA PUESTA EN MARCHA Y CONCLUSION FINAL.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 027

1. TÍTULO

IDENTIFICACION Y EVALUACION DE RIESGOS DEL PUESTO DE TRABAJO (CONSULTA Y QUIROFANO) DEL FACULTATIVO ESPECIALISTA DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. MEDIDAS CORRECTORAS RECOMENDADAS

2. RESPONSABLE ..... CARLOS REY PORCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IGLESIA RODRIGUEZ JUAN CARLOS. TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES. H BARBASTRO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. . A lo largo de la vida profesional de un oftalmólogo, se producen una serie de riesgos laborales, que pueden conducir a patología o accidente.

En primer lugar, nos encaminaremos a la descripción de las tareas, actividades y circunstancias del puesto de trabajo de oftalmólogo, e identificación de factores de riesgo.

Este proyecto es relevante para identificar peligros para la salud del oftalmólogo de diversa índole; debidos a malas posturas, circunstancias del trabajo u otros condicionantes.

Para ello, se realiza un análisis de:

--La probabilidad de que ocurra el daño, que se clasifica en: baja, media, alta.

--La severidad del daño, que se divide en: ligeramente dañino, dañino, y excesivamente dañino.

--La estimación del nivel de riesgo, que se ordena en: trivial, tolerable, moderado, importante, e intolerable.

Los riesgos identificados son los siguientes:

--Sobreesfuerzos, posturas forzadas o movimientos repetitivos

--Biológicos

--Daños causados por seres vivos

--Atropellos o golpes con vehículos

--Carga mental y riesgos derivados de factores psicosociales u organizacionales.

--Caídas de personas al mismo nivel.

La utilidad del proyecto radica en identificar riesgos subyacentes al puesto de oftalmólogo, y promover acciones correctoras, si fuera necesario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. --Detectar y corregir sobreesfuerzos o posturas forzadas, que se realizan en la práctica clínica del oftalmólogo; especialmente en miembros superiores (brazo, antebrazo y muñecas), y también en piernas, tronco y cuello.

--Minimizar los riesgos biológicos.

--Evitar agresiones (daños causados por seres vivos).

--Disminuir al máximo los atropellos o golpes con vehículos (en los desplazamientos entre Barbastro y el centro de especialidades de Monzón).

--Promover un adecuado ambiente de trabajo.

--Favorecer la seguridad en el trabajo, en cuanto a prevención de caídas al mismo nivel (resbalones).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. --Estudio de posturas forzadas o sobreesfuerzos, que más habitualmente suceden en el puesto de oftalmólogo. Utilizaremos para ello, el método RULA (Rapid Upper Limb Assessment) para

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 027

1. TÍTULO

IDENTIFICACION Y EVALUACION DE RIESGOS DEL PUESTO DE TRABAJO (CONSULTA Y QUIROFANO) DEL FACULTATIVO ESPECIALISTA DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. MEDIDAS CORRECTORAS RECOMENDADAS

el
análisis de distintos grupos musculares. El grupo A analiza las puntuaciones de miembros superiores. El grupo B estudia los movimientos de piernas, tronco y cuello. También, se requiere la evaluación del número de usuarios que visitamos en consulta, y el número de intervenciones quirúrgicas que realizamos por semana.

--Estudio de los dispositivos existentes en cuanto a bioseguridad.

--Evaluar la incidencia de agresiones.

--Analizar la incidencia de accidentes de tráfico en desplazamientos Barbastro-Monzón.

--Los riesgos derivados de factores psicosociales y la carga mental, quedan a expensas de la evaluación psicosocial.

--Análisis de la incidencia de caídas de personas al mismo nivel (resbalones).

Teniendo en cuenta este análisis de datos, determinaremos las posibles actividades de mejora:

--Según el método RULA, obtendremos una serie de puntuaciones para posturas concretas. Cuando la puntuación obtenida sea de nivel 3, se necesitará rediseño de la tarea (será necesario realizar actividades de investigación). Si la puntuación es de nivel 4, se requerirán cambios urgentes en el puesto o tarea (responsabilidad de la unidad de prevención de riesgos laborales).

--Implantar o mejorar mecanismos de bioseguridad (responsabilidad de unidad de salud laboral / dirección).

--Mecanismos de prevención de agresiones, como por ejemplo campañas de concienciación promovidas por las administraciones públicas (responsabilidad de salud laboral/ dirección/ administraciones públicas).

--Mayor concienciación mediante campañas de seguridad vial en la población general y en los profesionales. Asimismo, verificar el adecuado descanso reglamentario de los trabajadores en sus jornadas laborales, estipulado en el estatuto marco (responsabilidad de salud laboral/ dirección / administraciones públicas).

--La evaluación psicosocial para determinar la carga mental y factores psicosociales se realizaría mediante cuestionarios adaptados para los oftalmólogos -evaluación compleja-(responsabilidad del área de salud laboral).

--La prevención de resbalones y caídas requiere un análisis de las causas de las mismas. También es importante una descripción del procedimiento en las tareas de limpieza, una adecuada señalización de la tarea, la utilización de un calzado adecuado en los profesionales, y una adecuada organización (responsabilidad del servicio
de limpieza/ dirección).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. --Número de lesiones o consultas a salud laboral/ año.

--Puntuación final de posturas forzadas mediante el método RULA, del 1 al 7, y una puntuación en niveles (del 1 al 4), que determinarán si se requieren actividades de investigación, rediseño de la tarea, o cambios urgentes.

--Número de accidentes biológicos/año.

--Número de agresiones físicas/año.

--Número de accidentes de tráfico "in itinere"/ año.

--Número de accidentes (caídas)/ año en el lugar de trabajo notificadas al servicio de salud laboral.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. --El proyecto abarca desde el 15 de Septiembre de 2014 al 15 de Septiembre de 2015.

--En el último trimestre de 2014 se constituye el grupo de trabajo y se produce un análisis de la situación.

--En el primer trimestre de 2015 se produce el estudio del puesto de trabajo de oftalmólogo, y se identifican los riesgos.

--En el segundo trimestre de 2015 se realiza la monitorización de los indicadores obtenidos (evaluación de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 027

1. TÍTULO

IDENTIFICACION Y EVALUACION DE RIESGOS DEL PUESTO DE TRABAJO (CONSULTA Y QUIROFANO) DEL FACULTATIVO ESPECIALISTA DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. MEDIDAS CORRECTORAS RECOMENDADAS

riesgos).

--En el tercer trimestre de 2015 se proponen las acciones o actividades a realizar (medidas correctoras recomendadas).

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Oftalmología
OTRA PALABRA CLAVE 2. Prevención
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 117

1. TÍTULO

PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA
· 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. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· ARRIBAS MARCO TERESA. MEDICO/A. H BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· BUIL LANASPA LAURA. MEDICO/A. H BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· GONZALEZ BALLANO ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· GUARDIA DODORICO LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· CAMPO BROTO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· TAPIA LANUZA AMADO. OTROS. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· LALANA GARCES MARTA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· LERMA PUERTAS DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GENETICA
· RODRIGUEZ VALLE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GENETICA
· MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GENETICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En enero de 2013 se introdujo en muchos centros privados españoles el estudio de ADN fetal en sangre materna. En la actualidad, los tests de Diagnóstico Prenatal No Invasivo (DPNI) son la prueba de cribado más eficaz para el diagnóstico de síndrome de Down, con una sensibilidad del 99% y avalado por múltiples estudios. A lo largo del año 2014 comenzamos un proyecto que culminó con la realización de los primeros tests de DPNI en nuestro hospital en marzo de 2015. El objetivo en este año es monitorizar los resultados de la prueba en el primer año de mejora en el cribado y colaborar con el resto de los hospitales de Aragón para que se incorpore a todos los centros del SALUD.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Sesión clínica conjunta Ginecología-Análisis Clínicos Hospital de Barbastro, marzo de 2014 y enero 2015.Sesión clínica conjunta de todos los centros de Aragón-Genética HUMS, marzo 2015.Sesión informativa DPNI Hospital de Barbastro, abril 2015.Publicación de nuestros resultados, pendiente de aprobación en Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, febrero 2015.Presentación en las Jornadas de Calidad del Hospital de Barbastro, marzo 2015.Poster en el Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia, junio 2015. Revisión del protocolo de cromosomopatías en el Hospital de Barbastro, marzo 2015.Modificación del consentimiento informado de cribado bioquímico de anomalías cromosómicas y de DPNI, marzo 2015.Modificación del folleto de Diagnóstico Prenatal que damos como información a las embarazadas del sector, marzo 2015.Impresión de 2500 trípticos sobre Diagnóstico Prenatal en los centros de Atención Primaria, distribución en mayo 2015.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Monitorizar los resultados en el primer año de incorporación del estudio de ADN fetal al Diagnóstico Prenatal No invasivo.
Ampliar las indicaciones de DPNI a los casos de riesgo intermedio en el cribado combinado de anomalías cromosómicas. En última instancia y lo más importante, disminuir el número de técnicas invasivas y con ello, el número de abortos post-amniocentesis, sin por ello disminuir nuestras tasas de detección de aneuploidías (hoy en día, el 90%).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones conjuntas con los responsables del Diagnóstico Prenatal de los demás centros públicos de Aragón para incorporar el DPNI a la Estrategia de cribado de cromosomopatías de Aragón. De acuerdo con el servicio de Informática del Hospital de Barbastro, incorporar los resultados del cribado combinado y del DPNI a la Intranet del sector.Realizar un estudio coste-beneficio sobre el gasto que supondría la incorporación de estas pruebas en las pacientes con riesgo intermedio de cromosomopatía por el cribado combinado (riesgos entre 1/271-1/1000) y el ahorro teórico por la disminución de pruebas invasivas y el aborto asociado a las mismas.Publicar nuestros resultados en revistas científicas tras la incorporación del ADN fetal al año de seguimiento.Comunicaciones y posters a congresos.Optar al galardón "Buenas Prácticas en atención al parto normal y salud reproductiva" que organiza el Ministerio de Sanidad en la convocatoria de 2016, cuando llevemos un año de aplicación de la prueba.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de cribados combinados positivos, tasa de falsos positivos. Tasa de detección de cromosomopatías.Número de estudios de ADN fetal realizados.Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal.
Número de amniocentesis.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio del proyecto: mayo 2015.
Fecha de finalización: mayo 2016.
Mayo 2015: reunión conjunta de todos los responsables de Diagnóstico Prenatal de los centros públicos de Aragón.
Mayo 2015: divulgación del nuevo folleto informativo de Diagnóstico Prenatal en los centros de Atención Primaria.
Junio 2015: publicación de los resultados obtenidos hasta el momento con el cribado combinado en revistas científicas.Junio 2015: asistencia al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao y comunicación en forma de poster. Septiembre 2015: incorporación de los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector. Septiembre 2015: reunión conjunta con el resto de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 117

1. TÍTULO

PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

responsables del Diagnóstico Prenatal de otros centros públicos de Aragón. Enero 2016: reunión conjunta Ginecología-Análisis Clínicos para revisión de los resultados en el primer año de la prueba. Marzo 2016: comunicación de los resultados en las jornadas de calidad del sector. Marzo 2016: incorporar los casos de cribado combinado con riesgo intermedio al DPNI, de acuerdo con la Gerencia del sector.-Abril 2016: convocatoria para la identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas en la Estrategia del SNS de Atención al parto normal y Salud Reproductiva.Abril 2016: envío a publicaciones científicas de los resultados obtenidos en el primer año de DPNI en nuestro sector.Reuniones periódicas con las matronas de Atención Primaria para poner en común la información que debemos dar a las embarazadas del sector.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Diagnóstico Prenatal No Invasivo
OTRA PALABRA CLAVE 2. Cromosomopatías
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 023

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA RESOLUCION DE INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

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.
· FALCON TERRE RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· TERRERO AYERBE VIRGILIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· BERNAT GILI ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GIL PARAISO PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las interconsultas hospitalarias constituyen un servicio que se ofrece de unas especialidades medicas a otras con la función de ayudar al enfoque diagnostico y terapéutico de los pacientes ingresados en las distintas unidades del hospital. La interconsulta hospitalaria es un trabajo no programado, discontinuo, no registrado en la actividad hospitalaria, falto de estímulos y muchos casos complejo. Se realiza fuera del ámbito de trabajo ordinario y con personal diferente al habitual de la especialidad consultada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Identificar los problemas mas frecuentes que se presentan en la realizacion de las interconsultas hospitalarias. Consensuar la metodologia de solicitud, transmision bidireccional de la informacion, toma de decisiones y seguimiento del paciente.
Conseguir un protocolo de consulta Unificado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desde el servicio de ORL se plantea una mejora en la resolución de las interconsultas hospitalarias mediante el método de tormenta de ideas se identificaran las debilidades en la resolución de interconsultas solicitadas al servicio de ORL. Por consenso se propondrán mejoras y se establecerá un plazo para llevarlas a cabo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Listado de oportunidades de mejora detectados.
Numero de interconsultas mensuales individualizadas por servicio.
Tipo de consulta según la prioridad (porcentajes de urgentes, preferentes y normales).
Promedio del numero de visitas necesarias para la resolución de cada interconsulta.
Resultado y destino del paciente al termino de la interconsulta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en mayo-junio y finalización en noviembre diciembre.
Duración de 6 meses

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 247

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE SESIONES CLINICAS CONJUNTAS ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA. UNA FORMA DIFERENTE DE RELACION ENTRE EL HOSPITAL Y EL CENTRO DE SALUD (CONTINUACION PROYECTO 2014)

2. RESPONSABLE ..... PABLO SANCHEZ-RUBIO LEZCANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ MONTES FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· POLO MARTINEZ MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· VALLES GALLEGO VICTOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIRECCION ATENCION PRIMARIA
· BLASCO OLIETE MELITON. MEDICO/A. CS BARBASTRO.
· TORRES CLEMENTE ELISA. MEDICO/A. CS BARBASTRO.
· LUEZA LAMPURLANES CRISTINA. MEDICO/A. CS BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestra opinión, tras una año de experiencia la realización de sesiones conjuntas entre M. Interna y Atención Primaria permite una mejor comunicación entre los distintos niveles, lo que redunda en una mejor asistencia al paciente. Ha existido una buena acogida por todas las partes, con comunicación fluida en las reuniones y con mejora del seguimiento de pacientes, aportando datos que en ocasiones no se comentan en los informes y resolviendo dudas que surgen posteriormente.
Existen publicaciones al respecto por parte de proyectos similares
en otras regiones con una aceptación favorable por parte de internistas, médicos de AP y pacientes, como está sucediendo ahora.
Con estas sesiones conjuntas se pretenden adoptar actitudes similares ante un mismo paciente y consensuar y acordar la conducta a seguir con los mismos. Es una manera de realizar una intervención más temprana y posteriormente realizar un mejor seguimiento de los pacientes. Además también permite un ahorro económico ya que se evita la duplicidad de visitas a especialistas, se pueden evitar ingresos o acortar la duración de los mismos así como disminuir la realización de pruebas diagnósticas en ocasiones innecesarias o repetir las que ya se han realizado.

Referencias bibliográficas:

1.- La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención Médica. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC)*. Med Clin (Barc) 2004;122(2):46-52.

2.- Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. Juan Gérvasa, Ana Ricob y Seminario de Innovación 2005. Med Clin (Barc). 2006;126(17):658-61.

3.- El especialista en medicina interna como consultor de atención primaria. Ramon Pujol Farriols y Xavier Corbella Virós. Med Clin (Barc) 2004;122(2):60-1

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se han realizado 9 reuniones en las que se ha comentado el caso de pacientes para decidir si había que remitirlos a Urgencias o a Consultas o seguir con control ambulatorio.
Se han mandado un total de 44 mails a lo largo del año
Se han comentado un total de 31 pacientes vía mail o presencial en las reuniones, algunos de ellos en ambas situaciones

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Menor derivación de pacientes a Urgencias

2.- Menor número de ingresos de pacientes desde Urgencias

3.- Disminución de duplicidad de derivación de pacientes a Consultas de Medicina Especializada

4.- Menor realización de pruebas complementarias
5.- En caso de derivación del paciente a Consultas de Especialistas permitir una rápida resolución de las mismas al haber iniciado el estudio previamente por medio de las sesiones conjuntas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones Clínicas de carácter mensual en el Centro de Salud de Barbastro, en dichas sesiones además de comentar casos concretos de pacientes (posibles ingresos, dudas al alta de los pacientes..) se podrán realizar sesiones de temas concretos si así se acuerda.

Además de las sesiones clínicas se dispondrá de una dirección de mail específica para estas consultas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Número de pacientes consultados en las sesiones

2.- Número de mails atendidos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 247

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE SESIONES CLINICAS CONJUNTAS ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA. UNA FORMA DIFERENTE DE RELACION ENTRE EL HOSPITAL Y EL CENTRO DE SALUD (CONTINUACION PROYECTO 2014)

3.- Sesiones sobre patologías concretas

4.- Tiempo de resolución de pacientes derivados a la Consulta de Medicina

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en mayo de 2014, con periodicidad mensual.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 488

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESO DE EXCLUSION EN EL SERVICIO DE MATERNO-INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ELSA SATUE SALAMERO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPO BROTO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AMARO JARILLA ELISA. MATRONA. H BARBASTRO. SERVICIO DE PARTOS
· NOGUES TOMAS FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCIA LASHERAS ANA JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. GINECOLOGIA
· GUISTAU FERNANDEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CME MONZON. CONSULTA OBSTETRICIA
· MONFORT BUIL CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PLANTA MATERNO-INFANTIL
· LANZON CASTRO SUSANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PLANTA MATERNO-INFANTIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la labor diaria, en la atención a las mujeres de parto, observamos que en algunos grupos de riesgo (etnia gitana, inmigrantes, jóvenes con escasa formación, etc) El número de embarazos es demasiado seguido, impidiendo la recuperación materna y la atención infantil.
Observamos que en estos grupos, a pesar de tener accesibles los Centros de Atención Primaria, acuden tarde o no acuden a los cuidados preventivos, entre ellos la información sobre medidas anticonceptivas para espaciar una nueva gestación.
En la actualidad se informa de los métodos anticonceptivos en la planta de hospitalización y se utilizan folletos traducidos cuando las mujeres son inmigrantes y no entienden bien las explicaciones.
Se intenta canalizar a estas mujeres a la consulta de la matrona y si nos informan que desean un método que precisa la intervención médica, al alta se cita en la consulta del especialista para su inserción. Los métodos más solicitados son el DIU y el implante subdermico. Dado que los dos son muy seguros se intenta informar y facilitar la accesibilidad a las consultas para su inserción.
El implante hormonal, está bien aceptado entre las mujeres de etnia gitana e inmigrantes, 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.
Nos parece importante la implicación de enfermería, que puede controlar e incluso insertar los implantes subdermicos, simplificando la atención y no sobrecargando las con

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 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 materna.
Anticoncepción segura en el periodo de lactancia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Informar a las puérperas antes del alta hospitalaria de las medidas preventivas en anticoncepción por la matrona de planta.
Folleto escrito informativo y traducido si es preciso.
Citar a la paciente en las consultas de especialistas para la inserción de métodos al alta hospitalaria.
Dar los Consentimientos informados al alta para facilitar la atención en consulta
Valorar con enfermería la posibilidad de crear consulta para la inserción de Implantes subdérmicos.
Control y monitorización de los métodos insertados en las consultas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de mujeres que se informa sobre anticoncepción en Planta de puérperas.
Número de mujeres a las que se facilita Consentimientos Informado en Planta.
Número de DIUS insertos en consultas.
Número de implantes subdermicos.
Estudio de los datos socioeconómicos de las mujeres atendidas. Seguridad del método.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 3 años.
De Junio a Julio: Diseño del Proyecto.Información de Proyecto al equipo. Recopilar Material de apoyo
Diseño de excell para recogida de datos
organizar consulta de enfermería para inserción de implantes subdermicos.
Noviembre evaluación del Proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 488

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESO DE EXCLUSION EN EL SERVICIO DE MATERNO-INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

·EDAD. Mujeres en edad fertil de 15 a 45 años
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 437

1. TÍTULO

PROTECCION RADIOLOGICA EN PEDIATRIA CON EL LEMA "BAJA DOSIS

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ SERRA PUYAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ RAMON JOSE LUIS. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· LANASPA BENITEZ ROCIO. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· CARRERA RUIBAL ENCARNACION. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· ALVARO BOSCH VICTORIA. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· PIZARRO BARREIRO ESTIBALIZ. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· FERRER MARCEN VICTORIA. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· PUY TOMAS YOLANDA. TER. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los niños tienen mayor sensibilidad a la radiación que los adultos y mayor tiempo de vida por delante para manifestar los efectos biológicos. El número de exámenes radiológicos que se realizan en niños va en aumento a lo largo de los últimos años, sometiéndose a procedimientos cuya dosis son relativamente altas, tal como la tomografía computarizada. Este crecimiento ha derivado en un aumento de los costes económicos.
Para reducir la radiación y mantener la calidad diagnóstica de los procedimientos radiológicos se deberían planificar de manera individual y así lograr una mayor optimización, justificación y limitación de su uso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Optimización de la calidad de las imágenes con uso de parámetros técnicos específicos para niños, creando "protocolos pediátricos" según el tamaño y la edad.
-Usos de dispositivos de blindaje para órganos sensibles tales como los ojos, las gónadas, las mamas y el tiroides.
-Importancia del principio de justificación de la solicitud de pruebas radiológicas en pediatría, realizando solamente los exámenes necesarios, reduciendo el número de tomas en estudios multifase y solamente de las áreas indicadas clínicamente, considerando los exámenes anteriores, utilizando guías con criterios de idoneidad y métodos alternativos (US, RM).
-Unificación de criterios entre el personal del Servicio de Radiodiagnóstico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Revisar los protocolos de los equipos de radiología convencional y tomografía computarizada entre el personal del Servicio de Radiodiagnóstico y adaptarlos al tamaño y edad de los niños, con el nombre de "PROTOCOLOS PEDIÁTRICOS".
-Introducir cambios en la práctica diaria mediante el trabajo en equipo entre radiólogos, técnicos, servicios médicos que solicitan exámenes y los tutores del paciente, creando guías de criterios de idoneidad de las pruebas solicitadas e información útil a los tutores sobre la radiación médica.
-Divulgar a los Servicios médicos implicados los riesgos asociados a la exposición radiante, la dosis efectiva característica, la equivalencia de las exploraciones solicitadas con el número de radiografía de tórax y el equivalente aproximado de radiación natural de fondo.
-Comprobar el adecuado uso de los blindajes por el servicio de Radiodiagnóstico.
-Hacer del mensaje "BAJA DOSIS" un lema y una prioridad en nuestro departamento y Hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Indicador: % pacientes con blindaje:
Radiografías simples de cadera y telemétrica con blindaje en pacientes pediátricos.
----------x100
Radiografías simples totales de cadera y telemétrica en pacientes pediátricos.

2-Indicador: % de radiografías de columna completa positivas.
Nº de radiografías de columna completa solicitadas desde Atención Primaria en pacientes pediátricos que sean positivas
----------x100
Total de radiografías -de columna completa en pacientes pediátricos

3-Indicador: % de TC craneales pediátricos con resultado positivo
Nº de TC craneales pediátricos con resultado positivo.
---------- x100
Nº total de TC craneales pediátricos realizados.

4-Indicador: % de protocolos pediátricos de RX convencional y TC ya existentes.
Nº de protocolos pediátricos de RX convencional y TC ya existentes
----------x100
Nº total de protocolos pediátricos en RX convencional y TC

5-Indicador: % de protocolos pediátricos de RX convencional y TC conseguidos en 6 meses.
Nº de protocolos pediátricos de RX convencional y TC-- conseguidos en 6 meses.
----------x100

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 437

1. TÍTULO

PROTECCION RADIOLOGICA EN PEDIATRIA CON EL LEMA "BAJA DOSIS

Nº total de protocolos pediátricos en RX convencional y TC

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1/07 al 31/08: Creación de guías de criterios de idoneidad de las pruebas solicitadas y crear folletos de información útil a los tutores sobre la radiación médica segura.
1/09 al 30/10: Divulgar a los Servicios médicos implicados los riesgos asociados a la exposición radiante.
1/11 al 30/12: Revisar los protocolos de los equipos y adaptarlos al tamaño y edad de los niños, con el nombre de "PROTOCOLOS PEDIÁTRICOS".
De forma continuada, comprobar el adecuado uso de los blindajes.
01/01/16 al 01/03/16: Recogida de datos y análisis.
02/03/16 al 01/05/16:Valoración de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Lactantes, niños y adolescentes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población pediátrica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 354

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE GESTION DE CAMAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... SILVIA SICART LONCAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUYAL MELE ANA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISOR DE RECURSOS MATERIALES
· GRACIA ASIN ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· CASTRO SAURA NURIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· CABRERO LASIERRA JAVIER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. RECURSOS HUMANOS
· CANALEJO MENDAZA LUIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIRECTOR MEDICO
· CAJA BUETAS ROSA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIRECTORA DE ENFERMERIA
· CLEMENTE ROLDAN EDUARDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. TECNICO SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La implementación de este protocolo de gestión de camas es un proceso que requiere de una planificación detallada y debe ser constantemente revisado para su adaptación a cada momento. Por todo ello creemos que este proceso de implementación es fundamental para que el protocolo de gestión de camas salga adelante.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Implementar en el 100%del Hospital de Barbastro el Protocolo de gestión de camas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Constitución de un equipo motor que se encargará de:
-Realización de un diagnóstico adecuado del entorno de los profesionales diana e implicarlos desde el principio.
-Sesiones de formación y difusión del protocolo gestión de camas mediante reuniones individualizadas y personalizadas con cada uno de los servicios implicados.
-Identificar los facilitadores y las barreras para la implementación del protocolo.
-Puesta en marcha del protocolo en el hospital.
-Recordatorio de este protocolo transcurrido un tiempo de la implementación para establecer así un Feedback de los resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de ingresos realizados por la mañana.
-Tiempo estructural en urgencias
-Tiempo estructural superior a 24 horas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Junio 2015: creación del equipo motor
-Septiembre 2015: Reuniones con los diferentes servicios implicados en la gestión de camas
-Noviembre 2015: Puesta en marcha del protocolo a implementar
- Enero/Febrero 2016: Observación de indicadores para así poder realizar reuniones con los servicios donde poder hacer incapié de los errores y los aciertos de la implementación.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 228

1. TÍTULO

CREACION DEL COMITE DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... RAMON TERRE FALCON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROQUE TAVERAS LUCRECIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE BARBASTRO
· ORTE ALDEA CARMEN. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· BERNAT GILI ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ABRIL AVELLANAS ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
· FLORIAN GERICO JESUS. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· ONCINS TORRES MARIA ROSA. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los comités de tumores de cabeza y cuello son reuniones formales y planificadas entre los distintos especialistas que tratan el cáncer de cabeza y cuello en el hospital de Barbastro, compuesto por Otorrinolaringología (ORL), Oncología Médica (OM), Diagnóstico por la Imagen (RX),Anatomía Patológica (AP) y Enfermería) y ocasionalmente un comité caso-específico (Medicina Interna, Hematología, Oftalmología…).
Los objetivos incluyen reunir todo el material diagnóstico pertinente al caso, asignar una estadificación definitiva y un plan de tratamiento recomendado y alternativo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se presentan casos nuevos no tratados, recidivas, revisiones de la anatomía patológica o bien, con el fin de determinar el tipo de respuesta tras tratamiento y la necesidad de posteriores intervenciones.
La presentación de casos nuevos debe ser precoz, idealmente una vez finalizado el proceso diagnóstico que incluye la confirmación histológica.
La propuesta clínica, aunque no es vinculante, queda en acta como la recomendada por los miembros del comité.
La pauta de actuación debe basarse en la evidencia médica, según guías clínicas y protocolos elaborados por el propio comité, dentro de las limitaciones de cada centro y la idiosincrasia del paciente.
Se precisa un espacio físico habilitado con acceso a la iconografía de los casos. La periodicidad de las reuniones es variable en función del volumen de casos, pero se estima de un promedio de una o dos mensuales dependiendo de la casuística.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La pauta de actuación debe basarse en la evidencia médica, según guías clínicas y protocolos elaborados por el propio comité, dentro de las limitaciones de cada centro y la idiosincrasia del paciente.
Se precisa un espacio físico y de las historias clínicas de los pacientes con acceso a la iconografía de los casos.
La periodicidad de las reuniones es variable en función del volumen de casos, pero se estima de un promedio de

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizara el seguimiento mediante:
La incidencia de tumores de cabeza y cuello en el sector de barbastro y su inclusion en el registro hospitalario de tumores del SALUD aragon.
Elaboración de protocolos terapéuticos por el propio equipo.
Elaboracion de plantillas de seguimiento y evolución de los pacientes tratados en el comité.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La creación de dicho comité se llevaría a cabo de forma inminente para poder empezar a tratar los casos ya existentes y los de nueva aparición con la máxima brevedad posible.

El proceso de creación se llevaría a cabo a finales de mayo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Tumores cabeza y cuello
OTRA PALABRA CLAVE 2. Oncologia cabeza y cuello
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. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 766

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE CANCER COLORRECTAL EN POBLACION DE RIESGO MEDIO Y ALTO Y SEGUIMIENTO DE LESIONES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... NOEMI VALDOVINOS FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HARB SAID YAMAL. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· MILLASTRE BOCOS JUDITH. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· GALLEGO MONTAÑES MARIA SOFIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· COSCOJUELA QUIROGA ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer colorrectal representa la segunda neoplasia más frecuente, y además es la segunda causa de muerte por cáncer más frecuente.
El diagnóstico en fases precoces mejora la supervivencia, por ello los programas de cribado poblacionales en grupos de riesgo tienen una alta importancia.
Tras la implantación de la "Estrategia de Prevención de Cáncer Colorrectal de la CCAA de Aragón" en nuestra población de referencia, se han producido algunos problemas:
- Aumento de la demora para colonoscopia en el paciente "no cribado"
- Dificultad para la unificación de criterios comunes de derivación entre AP y AE
- Aumento de la carga de trabajo por la incorporación de colonoscopias que provienen del Programa de Cribado, dado que en una proporción alta de casos son colonoscopias terapéuticas
- Demora generada debido a la implicación de diferentes servicios.

Para ello se plantean los siguientes objetivos para la mejora del Programa:
1. Sobre los pacientes
• Disminuir la incidencia y morbimortalidad con la detección precoz de lesiones precancerosas. Mejora en el seguimiento de lesiones colónicas
• Disminuir tiempos de espera para consulta/colonoscopia. 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 – ajuste de agendas a la situación actual
• Mejora de la coordinación AP-AE
3. Sobre la organización / recursos económicos
• Evitar la duplicación de consultas y pruebas diagnósticas
• Adecuar los recursos del Sector a las evidencias disponible

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Revisión y aprobación del Protocolo "Programa de prevención de cáncer colorrectal en población de riesgo medio en el sector sanitario de Barbastro"
- Revisión y aprobación del Protocolo "Programa de prevención de cáncer colorrectal en población de riesgo alto en el sector sanitario de Barbastro"
- Análisis de actividad generada por el programa de cribado (mayor número de respuesta del esperado, lo que está generando mayor actividad, por lo que las demoras están aumentando)
- Mejora de los registros derivados del cribado
- Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales. Mejora de la continuidad / seguimiento de pacientes entre AP – AE.
- Organización de las consultas y ajuste de agendas
- Análisis de tiempos de demora, tiempo hasta el diagnóstico
- Mejora del seguimiento de pacientes con lesiones precancerosas
- Análisis de resultados y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Análisis de situación (tiempos de espera, % de respuesta, % de colonoscopias terapeúticas,…)
- Consulta de alta resolución para pacientes sintomáticos con síntomas de alarma: definir criterios consensuados de interconsulta para alta resolución, circuitos de derivación
- Actualización de los protocolos de pacientes que toman sintom / ACOs ante una prueba programada de colonoscopia
- Aprobar los protocolos consensuados y colgarlos en la intranet
- Definir los criterios para indicación de pruebas diagnóstica desde atención primaria
- Aumento de la coordinación entre los diferentes servicios implicados: radiodiagnóstico (TAC solicitados para valorar extensión en un periodo de tiempo menor a 1 semana-15 días), estudios de extensión (anatomía patológica: actualmente estos estudios se realizan desde el hospital San Jorge y no se tiene acceso a la Intranet), comité de tumores, colonoscopias preferentes, preoperatorios (anestesia), tratamiento (cirugía y oncología)
- Ajuste de agendas según los resultados obtenidos al año de comienzo del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon: huecos destinados para colonoscopias del Programa y las que no proceden del Programa

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 766

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE CANCER COLORRECTAL EN POBLACION DE RIESGO MEDIO Y ALTO Y SEGUIMIENTO DE LESIONES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de participación en el Programa (Cobertura)
- % de pacientes con carcinoma de colon / % de pacientes con SOH+
- Tiempos de espera:
- Derivación de AP hasta colonoscopia (días)
- Colonoscopia hasta cirugía (días)
- % de pacientes que se tarda más de 1 mes desde el resultado de SOH+ (derivación desde AP) hasta colonoscopia
- Protocolos (2) aprobados y colgados en la Intranet (SI-NO)
- Protocolo de colonoscopia en pacientes que toman Sintom – ACOs realizado y colgado en la Intranet (SI-NO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma:
- Análisis de situación (primer trimestre 2015)
- Sesiones de formación-coordinación (segundo trimestre 2015)
- Aprobar protocolos consensuados y colgarlos en la intranet
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. >50 AÑOS
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PREVENCIÓN
OTRA PALABRA CLAVE 2. CANCER COLORRECTAL
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 069

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ESTERILIZACION DEL MATERIAL QUIRUGICO MEDIANTE CONTROLES QUIMICOS Y BIOLOGICOS

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.
· SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN MUÑOZ GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· ARMENGOD VALERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE PRADAS MARISA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· YUSTE VICENTE FELI. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· RUEDA PEREZ ANDRES. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· IGUAL CERCOS MARIA SOLEDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con la entrada de nuestro equipo de atención primaria en ISO, se hace necesario llevar un control más estricto de los registros, y por ello se decide crear un proyecto de calidad, para implicar a todo el equipo de enfermería en la importancia de registrar bien todos los datos de cada esterilización en una planilla preparada para ello, y la correcta realización del control químico y biológico, así como la correcta identificación y sellado del paquete esterilizado.
Por otra parte, el uso del control biológico y químico, nos permite controlar totalmente la calidad y seguridad de las esterilizaciones, anulando totalmente el riesgo de contaminación del material y por tanto, aumentando la seguridad y la calidad de atención al paciente con el que se use.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Control estricto de las esterilizaciones
Control de los registros, para que si en alguna ocasión se detectase algún fallo de la esterilización, se pudiese localizar y retirar el material afectado.
Implicación de todos los miembros del equipo de enfermería.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cada vez que se use el esterilizador, se colocará junto con el material, un control químico y se procederá al registro de forma correcta en la hoja destinada para ello.
Todos los lunes, se iniciará el proceso del control biológico, esterilizando la muestra y colocándola en el hornillo hasta el miércoles, día en que se leerá, se dará el ok a la esterilización, y se completará el registro.
Se realizará una sesión práctica sobre cómo realizar el proceso, y la forma de actuar ante posibles fallos de esterilización en Junio 2015.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Al final de mes, se revisará la hoja de registros, para comprobar que está correcta y detectar los posibles fallos en el registro, y se obtendrán los indicadores mensuales.
Indicadores de calidad:
Nº de esterilizaciones con control químico correcto / Nº de esterilizaciones totales en el mes.
Nº de controles biológicos correctos / Nº de controles biológicos realizados en el mes
Registros correctos / registros realizados en el mes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Junio 2015
Fecha fin: Mayo 2016
Cronograma: revisión mensual de los registros con el cálculo de indicadores.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 070

1. TÍTULO

TALLER DE PRVENCION DE ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN EL DOMILICIO EN MAYORES DEPENDIENTES Y ACTUACION ANTE ELLOS

2. RESPONSABLE ..... AMADID LEAL DELUQUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAMBRA
· Localidad ..... ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEBAN PEREZ NURIA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· ABADIA BERNUES CARMELO. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· RAMON ALONSO ESPERANZA. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· MADUEÑO DOMENECH JUAN. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· LOIS GARCIA AGUSTIN. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· CHUECA GORMAZ ISABEL. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hemos observado el aumento de la frecuencia de urgencias por accidentes domésticos en mayores de 70 años, tales como intoxicaciones con productos de limpieza, caídas accidentales, quemaduras, intoxicaciones por inhalación de CO2, atragantamientos, y la falta de conocimientos que ellos y sus cuidadores tienen sobre cómo actuar en esas situaciones.
Nos parece importante intervenir, ya que la información y la formación, podría ayudar a prevenir muchos de estos accidentes, que se producen por descuido o desconocimiento de la forma de prevenirlas.
Dada las características de nuestra población, con alto índice de envejecimiento, creemos que puede ser muy útil, recordar cuales son los accidentes más habituales (quemaduras, caídas, intoxicaciones...), la forma de prevenirlos y la actuación de urgencia más adecuada que pueden aplicar hasta la llegada de los sanitarios; para fomentar, en la medida de lo posible, la mayor independencia y la prevención de posibles secuelas.
Del mismo modo, queremos que el taller sirva de acercamiento y screening para la detección de nuevos pacientes que no estén incluidos en el programa de dependientes o que pudiesen ser susceptibles de teleasistencia u otra ayuda social.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar los conocimentos de los mayores de 70 años sobre la prevención de accidentes domésticos.
Mejorar conocimientos sobre la forma de actuar ante un accidente doméstico.
Mejorar y aumentar la captación de pacientes dependientes o ancianos de riesgo
Mejorar la asistencia social y sanitaria de pacientes susceptibles.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se elaborarán a lo largo del año varios talleres teórico-prácticos, llevados a cabo por los diferentes responsables que forman parte del equipo en los diferentes pueblos que pertenecen al Centro de Salud.
Antes de iniciar el taller, se autoadministrará el test de Barber a los participantes. Tras el taller, se comprobará si los ancianos de riesgo detectados, están incluidos en programa OMI como dependientes, y si no es así, se derivarán a su enfermera para seguimiento. También se les pasará un test inicial de conocimientos.
Tras el taller, se administrará el mismo test inicial, para comprobar la eficacia del taller.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Paciente detectado como anciano de riesgo mediante el screening con test Barber al inicio de la sesión / total de pacientes que acuden al taller
Paciente detectado como anciano de riesgo mediante screening con test Barber al inicio de la sesión/ total de pacientes que acuden al taller ya incluidos en OMI.
Número de respuestas acertadas en el test inicial / Número de respuestas acertadas en el cuestionario post-taller.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se iniciará en Junio, con la puesta en común de la información más relevante para incluir en el taller, y la elaboración de la presentación de la parte teórica, y las características de cómo va a llevarse a cabo el taller práctico.
En los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre, se llevarán a cabo los diferentes talleres, según la disponibilidad de los profesionales y los locales de los ayuntamientos.
En Enero de 2016 se finalizará el proyecto con los resultados de los indicadores y las conclusiones obtenidas.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES ANCIANOS DE RIESGO Y DEPENDIENTES

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 070

1. TÍTULO

TALLER DE PRVENCION DE ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN EL DOMILICIO EN MAYORES DEPENDIENTES Y ACTUACION ANTE ELLOS

3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 068

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL EAP DE ALFAMBRA

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.
· ABADIA BERNUES CARMELO. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ BRULL FRANCISCO JESUS. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· VILLARROYA VILLAGRASA BLANCA. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· VILLARMIN FELIPE ANA. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN MUÑOZ GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La atención primaria es el nivel básico e inicial de la atención sanitaria en nuestra comunidad, actuando como gestor, coordinación y regulador del flujo de pacientes. El contacto de los pacientes con el sistema sanitario se realiza fundamentalmente a través de la atención primaria, y solo en el caso de Urgencias o Emergencias, este contacto se establece a través del 061 o de las Urgencias Hospitalarias. En este sentido, la misión de los Equipos de Atención Primaria es satisfacer las necesidades de salud de la población utilizando los recursos de forma eficiente para conseguir una atención sanitaria de calidad, entendida, no solamente como control, sino también como sistema preventivo que permita la detección de errores reales y potenciales. Es por ello que en Aragón se está implantando un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001 en los EAP del Salud. El EAP de Alfambra inició dicha implantación en noviembre del año 2011, obteniendo la primera certificación en mayo de 2012. El funcionamiento bajo el esquema de trabajo ISO 9001 aporta control a la hora de llevar a cabo los procesos que conforman los Servicios de los EAP utilizando una metodología y una documentación estructurada en tres niveles, siendo el nivel III la documentación que se aplica a cada EAP. A través de las sucesivas auditorías llevadas a cabo en los tres últimos años se ha visto la necesidad de modificar y adaptar los registros de forma progresiva, con el fin de optimizar el sistema de control y así obtener un modelo de excelencia en una faceta de la atención primaria tan importante como es la atención a la urgencia.
En la mayor parte de las ocasiones, cuando de modo brusco se rompe el estado de salud, las urgencias de atención primaria son el primer punto de encuentro entre los pacientes y el médico. Discernir con rapidez el nivel de gravedad que subyace en cada ocasión adquiere gran importancia para poder aplicar los recursos apropiados en el intento de proporcionar la máxima sanación posible con las mínimas secuelas.
Es por ello que el Centro de Salud debe de contar con un área de urgencias diseñada estructural y funcionalmente de forma óptima para recibir al paciente, de manera que permita al personal sanitario la utilización de los recursos disponibles de forma eficiente y la toma de decisiones más oportunas. En definitiva, debe mantenerse una estructura de la sala de urgencias, del carro de paradas, del maletín de urgencias y del material del coche perfectamente organizada, documentada y revisada.
Finalmente, respetando la individualidad de la práctica clínica de cada profesional, el equipo ha considerado la elaboración de unos protocolos para determinadas patologías en función de su importancia y de su gravedad en cuanto a pronóstico vital. Estos protocolos establecen unos criterios de buena práctica en el ejercicio cotidiano, criterios que se traducen en unas pautas de actuación elaboradas a partir de las últimas revisiones de las patologías a las que se refieren y que se han consensuado y avalado científicamente con el fin de mejorar la calidad asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO GENERAL: optimizar la prestación de la atención a la urgencia a los usuarios del EAP de Alfambra, buscando la excelencia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:
1.- Describir la estructura y el funcionamiento de la sala de urgencias del Centro de Salud.
2.- Establecer un mecanismo de revisión y de reposición de los elementos del carro de parada, de la sala de urgencias, del maletín de urgencias domiciliarias y del material del coche.
3.- Desarrollar algortimos de actuación consensuados ante patologías de urgencia vital.
4.- Difundir la información a todo el personal del EAP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Elaborar un listado del contenido del carro de paradas, del maletín de urgencias y del coche.
2.- Establecer un turno rotatorio para la revisión mensual del contenido del maletín de urgencias y del material y fármacos de la sala de urgencias, con registro de firmas de cada revisión realizada.
3.-.Establecer la revisión diaria cuando comienza la atención continuada por parte de médico y enfermera, con registro de firmas, de la sala de urgencias (orden general, carro de curas, papel camilla, batería móvil, conexión desfibrilador, ECG sala, ECG portátil, aparato de ventiloterapia, balas O2, Pulsioxímetro, medicación carro de paradas).
4.- Establecer un control puntual y exhaustivo de stocks y caducidades de los fármacos según normas ISO.
5.- Registro del informe de verificación de los aparatos según normas ISO (ECGs, desfibrilador, tensiómetro, etc...).
6.- Sesiones clínicas formativas: difusión del proyecto de mejora, protocolos de actuación en las patologías

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 068

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL EAP DE ALFAMBRA

urgentes de mayor prevalencia y realización de talleres prácticos de RCP.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación del proyecto de mejora se llevará a cabo cada año, según los siguientes indicadores:
1.- Actividad del EAP de Alfambra en horario de atención continuada: nº de urgencias atendidas durante el periodo propuesto.
2.- Nº de revisiones firmadas en la hoja de registro “carro de parada, maletín de urgencia” / nº total de revisiones programadas
3.- Nº de revisiones firmada en la hoja de registro "revisión diaria de la sala de urgencias" /nº total de revisiones programadas
4.- Nº de revisiones firmadas en la hoja de registro "coche" x /nº total de revisiones programadas
5.- Nº de sesiones realizadas en relación con la atención urgente / nº total de sesiones en relación con la atención urgente programadas en el contrato de gestión 2015.
Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultados para cada uno de los indicadores es >95

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Revisión y optimización de los listados de medicamentos del maletín de urgencias, material del carro de parada y del contenido del coche: primer trimestre de 2015.
- Revisión y optimización de los listados de registro de la sala de urgencias: primer trimestre de 2015.
- Revisión y optimización de los listados de registro del control de stock y medicamentos caducados: primer trimestre de 2015.
- Revisión de protocolos: primer trimestre 2015.
- Sesiones informativas: la 1ª sesión en junio, 2ª sesión en octubre y 3ª sesión en diciembre de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. urgencia en atencion primaria
OTRA PALABRA CLAVE 2. registros sala urgencias
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 581

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS REPETIDA CON RECETA ELECTRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA

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.
· MIEDES FRIAS CARMEN. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MONCLUS AMPARO. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· TARTAJ TOMAS VICTOR. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hemos observado que para la renovación de la medicación crónica en la receta electrónica, se precisa un tiempo adicional de espara para el paciente y de consulta para el profesional que puede ser abreviado mediante la siguiente mejora del proceso:
El paciente deposita el documento dela receta electrónica en admisión ,recogiéndola actualizada al día siguiente para su dispensación en la oficina de farmacia.
El administrativo registra la consulta como consulta administrativa y a lo largo de la mañana, hace llegar la receta al médico responsable que la renueva y deposita nuevamente en admisión para que el paciente la recoja al día siguiente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducción del tiempo de espera de la consulta a demanda.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Disponer de un archivador- contenedor de entrada de recetas y otro de salida. Responsable auxiliar administrativo.
Prescripción el médico de cabecera.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1 Número de consultas administrativas.
2-NºConsultas administrativas / NºConsultas a demanda.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cada 6 meses medir indicadores.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 745

1. TÍTULO

MEJORA DEL BIENESTAR FISICO, PSICOLOGICO Y PERSONAL EN MUJERES CON MENOPAUSIA DE UN CENTRO DE SALUD RURAL CON MINDFULNESS (ATENCION PLENA)

2. RESPONSABLE ..... ETEL CAROD BENEDICO
· 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.
· RUIZ DOMINGO ROSA. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. MATRONA
· PLAZA GARCIA INMACULADA. INGENIERIA. UNIVERSIDAD DE TERUEL. DIRECTORA ESCUELA INGENIERIA, INVESTIGACION
· GASION ROYO VIRGINIA. PSICOLOGO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. INVESTIGACION EN AP
· ZAFRA CORELLA FRANCISCA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. MAP
· ASCOZ HERRANDO CARLOS. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. COORDINADOR MEDICO
· CERESUELA LOPEZ AMELIA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. MAP
· ESCUSA ANADON CORINA. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. EAP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La menopausia (del griego mens, que significa "mensualmente", y pausi, que significa "cese") se define como el cese permanente de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular.
En nuestras consultas de atención primaria se asocia con diversos síntomas que requieren en muchas ocasiones derivaciones a especializada y polifarmacia. En concreto llama la atención en el centro de salud la elevada prevalencia de dolor crónico mal controlado, ansiedad, insomnio y fatiga.
Las técnicas relacionadas con el mindfulness, compasión y reentrenamiento amigdalar (ver proyectos mejora 2014 y 2015 relacionados con el tema) proponen modificar el estilo de vida de forma que el paciente adquiera herramientas propias que le ayuden a gestionar mejor todos los síntomas asociados a este periodo, fomentando el bienestar, reduciendo la polifarmacia y mejorando su satisfacción.
La mayoría de los estudios relacionados con el mindfulness y la meditación, usados de forma complementaria al resto de técnicas o terapias conocidas, parecen confirmar que pueden producir beneficios en los enfermos y también en profesionales y empresas; motivo por el que consideramos que puede ser una buena herramienta en la gestión de situaciones difíciles y de estrés en menopausia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Capacitar a las mujeres en período de menopausia con herramientas sencillas obtenidas de psicoterapias de tercera generación como el mindfulness, compasión y reentrenamiento amigdalar, para que puedan practicarlas tanto de forma individual como grupal y mejoren sus síntomas y bienestar psicológico y personal.
Mejoría de sus parametros cardio-vasculares: tension, frecuencia cardíaca, ecg.
Mejoría del umbral de dolor, insomnio y ansiedad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se trata de realizar un diagnóstico de la situación de partida, comenzando con estudio descriptivo que evalúe:
Síntomas asociados a menopausia en grado moderado/severo: dolor, fatiga, ansiedad, depresion, insomnio, cognición, cardiovascular (tension, frecuencia, peso).
Conocimientos sobre técnicas de compasion, mindfulness y meditación.
Posteriormente evaluaremos el beneficio aportado por estas técnicas tanto a nivel psicológico, personal y clínico.
Otras actividades:
La estructura de estas terapias consta selección de pacientes, entrevista previa con cada una de ellas hasta la formación de un grupo estable y realización de 8-10 sesiones (1 sesion semanal durante 2-3 meses; cada sesion dura 2horas) semanales, seguidas de 1-2 sesiones mensuales de mantenimiento.
Prácticas individuales y grupales.
Se realizan tomas de datos y escalas antes y despues de la terapia.
Análisis de los datos.
El proyecto es eminentemente práctico con interacción continua entre profesor y asistentes a sesiones.
Los métodos docentes utilizados serán:
Desarrollo de contenido teórico por medio de clases magistrales (25%)
Conocimiento de las técnicas mediante clases prácticas y ejercicios (45%)
Resolución de las dudas de los participantes sobre las prácticas (15%)
Intercambio de experiencias entre el grupo (15%)
Apoyo de todas las practicas con una app para moviles diseñada x la universidad de teruel para el uso personal e individual de los asistentes a las sesiones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Variables sociodemograficas y médicas.
Formación recibida sobre meditación, mindfulness o relajación (nº horas).
Mejora de la percepción de bienestar y disminución del estrés tras el uso de estas técnicas (escalas de valoración del Burnout, semfyc).
Los indicadores pre y post específicos serían: uno de Burnout (tipo Maslach Burnout Inventory, semFYC),otro de mindfulness (el FFMQ) y otro de compasion.
Escalas ansiedad-depresion GOLDBERG. BARTHEL. MEC.
EVAs para DOLOR CRONICO.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 745

1. TÍTULO

MEJORA DEL BIENESTAR FISICO, PSICOLOGICO Y PERSONAL EN MUJERES CON MENOPAUSIA DE UN CENTRO DE SALUD RURAL CON MINDFULNESS (ATENCION PLENA)

PARAMETROS CARDIO-VASCULARES: TENSION, FRECUENCIA, IMC, O2.
Cuestionario sobre la app de apoyo para realizar las practicas individuales en domicilio.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero: Elaboración del proyecto. Descripción de la situación de partida. Recogida preliminar de datos. Formación específica del profesional que coordina el proyecto.
Febrero-Junio: Formacion teórica y práctica del profesional que coordina el grupo (master en mindfulness, prácticas personales y prácticas en centro salud con pacientes dolor cronico y en hospital con oncológicos).
Junio-Julio: Presentación del proyecto en formato investigación al CEICA. Reclutamiento de pacientes y entrevista personal.
Julio-Octubre: Realización de la terapia durante 2-4 meses (1 sesion semanal de 2horas, durante 8-10 semanas + alguna posterior de mantenimiento mensual durante 1-2 meses).
Nov-Diciembre: Presentación de comunicación y/o poster. Evaluación del proyecto, de los asistentes y propuesta de realización en centros de salud proximos si la evaluacion es favorable.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. menopausia

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 158

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION, LA REALIDAD Y LA TRAMITACION ANTE PROBLEMAS DE SEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION 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
· CERESUELA LOPEZ AMELIA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ DOLZ ALICIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 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
· AZCOZ HERRANDO CARLOS. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· ROMERO SANCHEZ DIGNA. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En febrero de 2014, la persona responsable de este proyecto sufrió un episodio de violencia verbal en su puesto de trabajo. Ante esta situación la actuación fue:
- Redactar un escrito que tramitó por una triple vía: Registro de incidente en Historia Clínica. - - Comunicado del incidente a Gerencia. Formulario de declaración de agresión a Riesgos laborales.
Además de ello se mantuvo comunicación telefónica con Gerencia y contacto personal con el coordinador del Centro de Salud. Se comunicó incidente en reunión de equipo al resto de los compañeros y se solicitó que se arreglaran los videoporteros.
En esta ocasión se vieron también implicados otros servicios: Guardia Civil y Juzgados.
En los trámites realizados se solicitó asesoramiento, ayuda jurídica si fuera necesaría y se propuso que se arreglasen los videoporteros del centro de salud.
La respuesta que se obtuvo fue:
- Se facilitó el plan prevención de violencia en el puesto de trabajo de 2006. En este llamaba la atención una de las medidas que tomaba la administración (enviar carta al agresor)
- 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. No ha obtenido ninguna respuesta.
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). Una persona tiene que quedarse sola con el agresor para poder llamar a la Guardia Civil, para evitar hacerlo delante de él y que ello aumentara su agresividad. El agresor y la persona que se queda con él, son los mismos que en febrero de 2014 y este la reconoce, recriminándole por ello, a posterior, que se avisara a la Guardia Civil.
Esta persona refiere no saber bien cómo actuar dado que teme que activando el plan de 2006 se envíe alguna carta al agresor, por lo que únicamente hace un escrito a Gerencia.
En abril de 2015 llega por correo electrónico el nuevo protocolo en el que se ofrece, la posibilidad de elegir que no se mande carta al agresor.
En este nuevo protocolo también hay unos consejos sobre como actuar para no generar más agresividad, entre ellos consta que “no es prudente mencionar la opción de denunciarlo” junto a “evitar caer en el terreno de la provocación” o “evitar cualquier gesto que el usuario pueda interpretar como menosprecio”
DETECTAMOS COMO PROBLEMA:
-Muchos trámites a la persona que ha recibido la agresión, y hasta el momento ninguna mejora. Creemos que para el agredido se exige demasiada burocracia en un momento en el que lo que se quiere es “olvidar la situación” y además se temen las consecuencias ante cualquier acción.
-Desconocimiento de protocolo en momento de agresión:
En la primera ocasión no se conocía la existencia del Plan.
En la segunda no se conocía la existencia del Protocolo.
Este dato es importante ya que en este protocolo se daba la opción al agredido de decidir (marcando una cruz, en el formulario) que no se mandará la carta al agresor. Cosa que no existía en el formulario del Plan.
-No hay feed-back
-Persiste la percepción de inseguridad.
-Trabajar con miedo también repercute en los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar las medidas de seguridad por medio de dispositivos eficaces.
-Mejorar la satisfacción de los profesionales ante la gestión y por los resultados de las actividades realizadas para mejora su seguridad.
-Mejorar la atención a los pacientes secundariamente a mejorar la situación de los profesionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar se revisa el protocolo y se decide:
- Cumplimentar documentación pendiente y enviar a Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
- Informar en reunión del centro de salud de la existencia de nuevo protocolo.
- Establecer comunicación con Guardia Civil, para dar a conocer la situación de inseguridad referida por los miembros del equipo y las medidas solicitadas.
- Solicitar medidas de feed back, a los departamentos implicados en mantener la seguridad en el puesto de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 158

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION, LA REALIDAD Y LA TRAMITACION ANTE PROBLEMAS DE SEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

trabajo.
- Solicitar a los mismos departamentos, la colocación de un sistema de seguridad tipo: Botón de llamada oculto que pueda activarse sin alertar al agresor y sin tener que abandonar la sala de urgencias.
- Realizar encuestas para valorar percepción de riesgo
- Se propone realizar ejercicios tipo taller “roll playing” en los que se escenifique situaciones de riesgo y se entrene a los trabajadores según las pautas y los consejos planteados en el protocolo. Si fuera posible contar con asesoramiento de personas expertas. Estos talleres se deberían ceñir a la situación real del centro, barajando de esta forma las medidas de seguridad con que se cuenta en un escenario lo más parecido posible a la realidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación se realizara mediante encuesta que valore la percepción de seguridad en el puesto de trabajo.
- Seguridad en el Centro de Salud.
- Seguridad en domicilios.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Revisión y cumplimentación de documentación: mayo 2015
-Elaborar cuestionarios mayo 2015
-Programar reuniones en Centro de Salud para abordaje del tema según actividades propuestas.
-Planificar talleres - Roll-Playing para entrenamiento: julio 2015
-Realizar talleres: octubre 2015
-Pasar cuestionarios junio y diciembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad real y percibida en el puesto de trabajo

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SEGURIDAD
OTRA PALABRA CLAVE 2. "PUESTO DE TRABAJO"
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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 580

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROGRAMA DE REDUCCION DE ESTRES EN PROFESIONALES SANITARIOS DEL SECTOR TERUEL A TRAVES DE PRACTICA GRUPAL DE TECNICAS DE ATENCION PLENA (MINDFULNESS)

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION FERNANDEZ MILIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA CAMPAYO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· IGLESIAS ECHEGOYEN CARLOS. MEDICO/A. USM TERUEL. PSIQUIATRIA
· PLAZA GARCIA INMACULADA. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. ESCUELA UNIVERSITARIA POLITECNICA DE TERUEL
· REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA. PSICOLOGO/A CLINICO. USM TERUEL. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -Sindrome de "burn-out" en profesionales sanitarios, con niveles elevados de estrés y fenómeno de "fatiga compasiva" (Germer et al.), con dificultades en la gestión de la comunicación en los equipos terapéuticos y con el paciente
-Falta de recursos de apoyo, formación y aprendizaje de gestión del estrés que proporcionen recursos útiles y contrastados para los profesionales

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El proyecto se sumaría a proyectos anteriores en dirección similar, en los que se han realizado acciones, como el curso de formación en mindfulness básico y avanzado para profesionales sanitarios promovidos por el comité de ética asistencial y que está pendiente de resultados. Asimismo, se han realizado dos cursos promovidos por el IAAP de Mindfulness en la relación terapéutica (2012, 2014) con un alto grado de aceptación y utilidad en las encuestas realizadas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realización de práctica grupal de reducción de estrés basada en atención plena y estudiar su impacto en población trabajadora del sector sanitario de Teruel y de los profesionales de ayuda asistentes valorando el nivel de mejora en percepción de bienestar y calidad de vida .
- Facilitar herramientas que promuevan una relación terapéutica y de ayuda de calidad junto con la posibilidad de transmitir a los pacientes y clientes practicas de atención plena beneficiosas en la mejoría del estado físico y mental como numerosos estudios demuestran*
La incorporación de las prácticas meditativas en la investigación y la terapia psicológica de problemas médicos y psiquiátricos, comenzó con la introducción de la REBAP por Kabatt Zinn, que postuló una actitud basada en la aceptación, la curiosidad , la apertura y la compasión, y un fin en la práctica orientado a reducir el sufrimiento humano, a través de mecanismos cognitivos que acontecen en la práctica de atención plena al presente que incluyen la defusion , repercepción, aceptación o reducción de la reactividad cognitiva, que buena parte de los practicantes traducen en sus vidas y su experiencia cotidiana en forma de una mayor paz y bienestar o un afrontamiento mas equilibrado y ponderado de las dificultades. Este podría ser un objetivo de mejora de la calidad de vida y del bienestar y la salud física y mental , en el que se encuadran las prácticas del mindfulness en sus diversas formas y protocolos, en la población general, y concretamente como planteamos en este proyecto en la población sanitaria del sector Teruel,
* Rakel et al, 2009, Krasner et al, 2009, sobre los beneficios de mindfulness en atención primaria y reducción de estrés en

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realización de sesiones semanales de de 1.30 horas de duración , lunes y martes alternos de 16 a 17: 30 horas en el AULA DE MATRONAS del CENTRO DE SALUD ENSANCHE.
Organizacion de las sesiones:Durante varias sesiones iniciales, se impartira una pequeña charla inicial cuyo objetivo es centrar la práctica de la meditación en atención plena , recordando los orígenes de lo que se denomina mindfulness, claves relacionadas con actitud justa para la práctica y otros aspectos teóricos relevantes.
Introducción. Definición de mindfulness. Orígenes
Actitud básica.
Aspectos cognitivos y afectivos
Cánones de atención
Mindfulness y compasión
Prácticas de atención plena

Escaneo corporal
Atención a la respiración
Paseo meditativo
Atención a los sonidos
Ejercicios y juegos de atención externa
Practicas de meditación guiada
Prácticas de compasión (vease Germer, Neff, V.Simon y P.Gilbert)
Practicas en casa , con apoyo de aplicación informática.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Escalas de burnout y satisfaccion vital, escala de MAAS de atención plena y encuesta de satisfacción y utilidad de la actividad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las reuniones grupales darán comienzo desde octubre del 2015 hasta mayo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 580

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROGRAMA DE REDUCCION DE ESTRES EN PROFESIONALES SANITARIOS DEL SECTOR TERUEL A TRAVES DE PRACTICA GRUPAL DE TECNICAS DE ATENCION PLENA (MINDFULNESS)

del 2016, con el siguiente programa (fechas a concretar)

1dia: -Charla de introducción. Concepto de mindfulness. Bases de la práctica meditativa. Orígenes . Claves y actitudes. El lado cognitivo y el lado afectivo de la atención plena.
-Ejercicio de atención a la respiración

- 2º-3er dia: - Ejercicio de atención plena a la respiración
-Meditación 20´
- Ejercicio de auto compasión- metta para principiantes.

4º-5º dia: - Meditación 30’. Recuerdo de las bases y actitud en la práctica meditativa
-Paseo atento
- Body scan
6-7ºdía: - ejercicio de atención plena a la respiración
-ejercicio de atención externa
-ejercicio de la uva pasa
8º-9ºdía: - Meditacion.
- paseo atento
-ejercicio del yo observador.
10-11ººdía - Meditación con anclaje en la respiración y postura corporal, posteriormente práctica interna (30´)
-Práctica externa
-Meditación interna(15´)
12-13º día: día
- Meditación con anclaje en la respiración y postura corporal, posteriormente práctica interna (30´)
-Práctica externa
-Meditacion interna 15´
- Meditación de bondad amorosa (metta)

14-15ºdía
- Meditacion centrante (basado en la oracion contemplativa cristiana de Thomas Merton, adaptada a prácticas de mindfulness, (según V.Simon)
- Paseo atento
- Practica externa: atención´plena a sonidos 10
-Meditación interna 20´

16º-17º dia
Body scan

18º dia. Práctica final, evaluación y despedida.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. REDUCCION DE ESTRES
OTRA PALABRA CLAVE 2. PROFESIONALES SANITARIOS
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 135

1. TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SAN JUAN DE DIOS

2. RESPONSABLE ..... BELEN BARAJAS IGLESIAS
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA. PSIQUIATRA. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· GOMEZ BERNAL GERMAN. PSIQUIATRA. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad del paciente es un elemento clave y prioritario de la calidad. Los errores y la falta de calidad redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios. La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual: es la organización en su conjunto la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora.
La agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud ha establecido como prioritaria la estrategia de seguridad del paciente, y ésta puede y debe ser aplicada al los pacientes con enfermedad mental. Por otra parte las nuevas demandas asistenciales realizadas a la Unidad de Media estancia, nos obligan a actualizar las medidas de seguridad inicialmente establecidas. En nuestro caso nos vamos a centrar en el componente asistencial, pues ya se ha solicitado la adecuación de la seguridad estructural del centro a las nuevas exigencias clínicas de la Unidad de Media Estancia (UME).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de la unidad.
- Detectar precozmente el efecto adverso, analizar causas y diseñar planes de actuación para prevenir su recurrencia.
- Protocolizar las prácticas asistenciales y situaciones de riesgo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El protocolo de seguridad asistencial se aplicará a todos los pacientes ingresados en UME: A los pacientes que ingresen después de la fecha de instauración del protocolo, se realizará la evaluación inicial y los registros correspondientes durante los primeros 15 días de su ingreso. Para aquellos pacientes ingresados antes de la fecha de instauración del programa se abrirá un plazo de un mes para completar el protocolo. Dicho protocolo consiste en una evaluación inicial con el fin de detectar áreas de riesgo. En aquellas áreas detectadas se aplicarán los planes de actuación correspondientes específicos para cada ámbito, que como mínimo incluirán registros periódicos y un estrecho seguimiento hasta minimizar el riesgo.
Los procedimientos asistenciales específicos serán diseñados por los facultativos que se especifican a continuación:

RESPONSABLE: Germán Gómez Bernal: Suicidio y autolesiones, Abandono no programados de la unidad y Contención mecánica.
RESPONSABLE: Eugenia Rodríguez Esteban: Caídas y accidentes, Seguridad sexual, Administración de la medicación.
RESPONSABLE: Belén Barajas Iglesias: Comportamiento agresivo, violento y antisocial, Prevención de consumo de sustancias., Permiso de conducción y Derechos y deberes de los pacientes.
La aplicación y seguimiento de los procedimientos asistenciales se llevará a cabo por el equipo multidisciplinar del centro.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Proporción de pacientes ingresados en UME, a partir de la fecha de instauración del programa, que cuentan con el Protocolo de Seguridad cumplimentado en un plazo de 15 días desde su ingreso (100%).
- Proporción de pacientes ingresados en UME, antes de la fecha de instauración del programa, que cuentan con el Protocolo de Seguridad cumplimentado en un plazo de 1 mes desde la implantación del programa de seguridad (75%).
- Proporción de pacientes ingresados en UME con el Protocolo de Seguridad establecido con un sistema de evaluación trimestral (90%).
- Proporción de pacientes ingresados en UME en los que se han realizado registros específicos o protocolos de actuación en situaciones de riesgo o eventos adversos (100%).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto contempla una duración de un año para poner en funcionamiento las medidas establecidas. Se fija como inicio del mismo el 1 de mayo de 2015 y como fin el 1 de mayo de 2016. Las tareas a realizar se organizan temporalmente de la siguiente manera:
- Primer periodo (1 de mayo al 31 de mayo): Desarrollo por escrito de cada uno de los procedimientos asistenciales.
- Segundo periodo (1 de junio al 31 de julio 2015): Se pondrán en funcionamiento los programas desarrollados de forma progresiva. Durante el primer mes se tratará de dar la máxima difusión dentro de la organización. Para ello se reserva un periodo mínimo de 15 minutos durante un mínimo de 10 días laborables al final de la reunión de equipo. Se solicitará al personal que aporte ideas y sugerencias.
- Tercer periodo (1 de agosto al 30 de septiembre de 2015): Se incluirán en los procedimientos las sugerencias aportadas. Se realizará una sesión general voluntaria en la que se explicará el desarrollo del proyecto.
- Cuarto periodo (1 de octubre de 2015 al 1 de abril de 2016): Se trata de un periodo más largo que permitirá

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 135

1. TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SAN JUAN DE DIOS

corregir los errores y dificultades de la propuesta inicial. Durante este periodo se recogerá en un documento de mejora las dificultades y errores detectados en la aplicación práctica del programa, con la finalidad de subsanarlas.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ingresados en Unidad de Media Estancia de Psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 383

1. TÍTULO

OBJETIVO, UN CENTRO SIN HUMO

2. RESPONSABLE ..... EUGENIA ESTEBAN RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. UME/CENTRO DE DIA.
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARAJAS IGLESIAS BELEN. PSICOLOGO/A CLINICO. CRP SAN JUAN DE DIOS. UME/CENTRO DE DIA
· PEREZ GAMIR NOELIA. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. UME/CENTRO DE DIA
· GOMEZ BERNAL GERMAN. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. UME/CENTRO DE DIA
· ABAD COLLADOS ISABEL. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. UME/CENTRO DE DIA
· COLLADOS GARCIA MARIA PAZ. TCAE. CRP SAN JUAN DE DIOS. UME/CENTRO DE DIA
· HERRANDO VICENTE VICTORIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UME/CENTRO DE DIA
· HERNANDEZ DIAZ ROGELIO. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva y primera causa evitable de morbi-mortalidad en el mundo desarrollado. Las enfermedades asociadas más frecuentes son; EPOC, cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro vascular
Los pacientes con determinados trastornos mentales fuman más que la población general. Es decir, hay un mayor porcentaje de personas fumadoras y el consumo de cigarrillos es mayor en ellas. Así, si en la población general de nuestro país fuma el 25%- 30% de las personas, en pacientes con esquizofrenia este porcentaje puede ser del 80%-90% y en otros trastornos psiquiátricos alcanzar el 45%-70%.Las personas fumadoras con patología psiquiátrica asociada presentan mayores dificultades para abandonar su consumo de tabaco, por lo que pueden precisar intervenciones más intensivas y/o más prolongadas. En la actualidad el 62% de los pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia fuman.
El programa irá dirigido a los pacientes tratados en la Unidad de Media Estancia y el Centro de Día de nuestra unidad que sean fumadores activos o lo hayan sido en los últimos seis meses.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal del proyecto es promover el abandono del consumo de tabaco, proporcionando herramientas para dejar de fumar. En los pacientes que no contemplen abandonar el consumo, el objetivo sería incrementar el conocimiento de las consecuencias del hábito tabáquico así como el grado de disposición para el cambio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará un programa para el abordaje del tabaquismo que constará de una primera parte, educativa, y una segunda, de intervención y seguimiento. Antes y después del programa educativo, se aplicarán escalas para medir el grado de adicción al tabaco. En la parte de intervención participarán aquellos pacientes que, transcurrida la fase educativa, estén preparados para el cambio.
La parte educativa constará de 4 sesiones que incluirán los siguientes contenidos:
Intervención educativa sobre los efectos del tabaco en la salud
Intervención educativa sobre abstinencia y estrategias ante control de la ansiedad.
Intervención educativa sobre los posibles tratamientos para la deshabituación tabáquica.
Las responsables de la parte educativa serán Noelia Pérez Gamir, Belén Barajas Iglesias y Eugenia Esteban Rodríguez, si bien las sesiones podrán ser impartidas por otros componentes del equipo, manteniendo los mismos contenidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se señalan los indicadores a medir así como el valor que indicaría resultados exitosos.
Porcentaje de pacientes fumadores (o que lo hayan sido en los últimos 6 meses) de UME y Centro de Día que participan y completan la fase educativa del proyecto: 90%
Porcentaje de pacientes fumadores que, después de la fase educativa, deciden dejar de fumar, pasando a la segunda parte del programa: 50%.
Porcentaje de pacientes fumadores que, después de la fase educativa, aumentan un grado su nivel de motivación para dejar de fumar: 70%.
Porcentaje de pacientes que se mantienen abstinentes 6 meses después de su participación en el programa completo: 25 %.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto contempla una duración de 7 meses. Se fija como inicio el 1 de mayo de 2015 y la finalización el 1 de diciembre de 2015.
Las actividades previstas se realizarán de la siguiente manera:
Primera parte, desde el 1 de mayo hasta el 1 de junio:
Desarrollo del programa y evaluaciones inicailes del grado de adicción a la nicotina.
Segunda parte, desde el 1 de junio hasta el 1 de julio:
Intervención educativa que constará de 1 sesión semanal durante 4 semanas de unos 45 minutos cada una. Al finalizar, se repetirá la evaluación de la adicción a la nicotina.
Tercera parte, desde el 1 de julio hasta el 1 de enero de 2016.
Deshabituación tabáquica, tratamiento y seguimiento de los pacientes que decidan dejar de fumar.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 383

1. TÍTULO

OBJETIVO, UN CENTRO SIN HUMO

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes psiquiátricos tratados en Unidad de Media Estancia Y Centro de Día.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Tabaquismo
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 2 Poco
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 264

1. TÍTULO

APRENDIZAJE Y MEJORA DE LAS TECNICAS DE CONTENCION MECANICA EN PACIENTES AGITADOS 2.0

2. RESPONSABLE ..... BLANCA GOMEZ CHAGOYEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREYRA GRUSTAN LORENA. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· SERRANO TORRES MARIA DOLORES. ENFERMERA SALUD EMNTAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA. PSICOLOGO CLINICO. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· MALLEN BAYO PILAR. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· FORTEA GOMEZ JOSE MIGUEL. CELADOR/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· JIMENEZ MOTILLA SANDRA. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· GRAÑENA MUNIENTE ANA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. No son pocas las ocasiones en las que se hace necesario contener de forma mecánica a un paciente después de haber fracasado las maniobras de contención verbal o química iniciadas por el personal sanitario. Las causas de la agitación psicomotriz de forma general pueden tener un origen psiquiátrico u orgánico.
Durante el proceso de la contención mecánica, en muchas ocasiones se plantean dificultades o desconocimiento y errores en la técnica que pueden poner en riesgo al propio paciente y al personal implicado en el mismo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante los meses previos hemos iniciado la organización del taller recopilando la información necesaria, con reuniones del equipo de forma periódica y trabajo individual con la intención de realizar el primer taller en Junio de 2015.
Se ha solicitado acreditación del taller a la comisión de Formación continuada de las profesiones sanitarias.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora en el conocimiento de las técnicas de contención por parte del personal sanitario incidiendo especialmente en su práctica, para minimizar riesgos físicos para el paciente y el personal implicado en el proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Talleres teórico-prácticos de contención mecánica, de duración aproximada de dos horas, impartidos por personal de la Unidad de Corta estancia de Psiquiatría y Unidad de Larga estancia.
Dirigidos a las diferentes categorías sanitarias de nuestra área.

Planteamos la realización de 2-3 talleres a lo largo del curso 2015, que pueden ser ampliados en función del interés general.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A través de encuestas de satisfacción.

Libros de incidencias situados en el control de enfermería de las diferentes plantas hospitalarias en los que se indiquen falta de medios físicos, humanos y/o riesgos presentados durante la contención u otras dificultades.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer taller: Junio 2015
- Segundo taller: Octubre 2015
- Tercer taller: Marzo 2016

Será precisa la inscripción previa en el taller y este se publicitará debidamente.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Contención mecánica
OTRA PALABRA CLAVE 2. Aprendizaje, mejora
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 475

1. TÍTULO

CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA MARTINEZ SOTO
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CRP SAN JUAN DE DIOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS.
· LOPEZ GARCIA ROCIO. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS.
· SALAS VALERO MONSERRAT. TECNICO EN DOCUMENTACION Y SISTEMAS DE INFORMACION. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD.
· ORTEGA VALDIVIESO MARIA AZUCENA. PROFESORA DEL DEPARTAMENTE DE FISIOTERAPIA, DOCENT. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los terapeutas ocupacionales (to) de nuestra CCAA no tienen acceso a las últimas evidencias científicas en su ámbito de trabajo, y se ve necesario empezar a agrupar las mejores fuentes de información en este campo con el fin de mejorar su trabajo diario, aprovechando la infraestructura que ofrece el IACS dentro de la biblioteca virtual de ciencias de la salud de Aragón (bv). Actualmente, el to, en su labor diaria de contacto con los pacientes, presenta lagunas del conocimiento a las cuales debe dar respuesta, y se enfrenta a abundante y abrumadora información científica. Paralelamente, el auge la práctica basada en la evidencia, que se refiere a "la actualización consciente, juiciosa y explícita de las mejores evidencias científicas disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado sanitario individual de los pacientes", hace que el to deba tener a su alcance las mejores evidencias. Las variaciones injustificadas de la práctica clínica implican en la mayoría de las ocasiones infrautilización de cuidados efectivos, sobreutilización de cuidados inefectivos e ineficientes y acceso desigual a cuidados necesarios a la población, por lo que la posibilidad de tener la mejor evidencia hará posible mayor equidad y una mejor asistencia sanitaria.
En 2011 se publicó un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Harvard1|, que confirmaron que uso de una herramienta de síntesis de la evidencia durante un período de tres años se asoció con una mejor calidad de la atención a los pacientes, estancias más cortas (372.500 días de hospital al año) y unas tasas de mortalidad más bajas (ahorro de 11.500 vidas por período de tres años).

La oportunidad de mejora se detectó durante la realización de un curso del Salud. En los contenidos relacionados con el uso de las fuentes de información biomédicas se le consulta a la docente, la coordinadora de la biblioteca virtual (cbv), sobre fuentes de información específicas de Terapia Ocupacional (TO). La docente, ante la inexistencia de esas fuentes en la actual bv, se comprometió a informarse.
A la finalización del curso y en un corto espacio de tiempo nos remitió vía email un listado de bases de datos y/o buscadores sobre TO. En el mismo email nos propuso crear un apartado específico para TO con ellos en la Web de la bv. Para ello nos emplazó a los to a hacer una selección y comunicarle de los recursos de información que consideráramos mejores y más accesibles para los to.

Isaac, T., Zheng, J. and Jha, A. (2012), Use of UpToDate and outcomes in US hospitals. J. Hosp. Med., 7: 85–90. doi: 10.1002/jhm.944.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Detección y selección de recursos informativos de TO.
- Creación de un apartado de recursos informativos para los to en la bv.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Localizar un especialista que asesore en la identificación de diferentes tipos de recursos y la utilidad de los mismos; y que sugiera los recursos de más relevantes y utilizados en TO. Responsable: Almudena.
El procedimiento consistirá en buscar a través de diferentes organismos e instituciones a un profesional especialista: universidad, colegio profesional…
- Reunión de los to: Rocío, Pilar y Almudena para estudiar la información recopilada.
- Contactar con el especialista, Azucena, y solicitar su colaboración.
- Elaboración de un informe por parte del especialista.
- Reunión de los to para consensuar la información aportada por el especialista y la cbv y selección de los recursos más útiles para los to del Salud.
- Envío por email de las conclusiones de la reunión a la cvb sobre los recursos más útiles de TO. Responsable: Almudena.
- Estudio por parte de la cbv de la viabilidad de la propuesta y realización de gestiones para la contratación de los servicios.
- Creación del apartado específico de TO en la bv y colgar los recursos seleccionados por el equipo webmaster-documentalista del IACS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los tres indicadores se monitorizarán con: SI/ NO
-Elaboración de un informe sobre recursos específicos de TO por un especialista.
-Reuniones de los to para consensuar la información sobre el especialista y los recursos de TO.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 475

1. TÍTULO

CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

-Creación en la página de la bv de un apartado de TO con los recursos más oportunos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Nov 2.014: Inicio
Elaboración por parte de la cbv de un documento sobre fuentes de información de TO.
Remisión del documento a los to.
Propuesta de colaboración por parte de la cbv a los to.

- Dic 2.014- Ene 2.015:
Búsqueda y selección del especialista.
Solicitud de colaboración.
Elaboración del informe del especialista.

- Feb 2.015:
Publicación del informe del especialista en: http://hdl.handle.net/10481/35348

- Abr 2.015:
Envío del informe publicado a los to.
Estudio del informe de Azucena y el documento de la cbv por parte de los to.
Envío de las conclusiones del estudio de los to a la cbv.

- Jun- Dic 2.015: Finalización.
Estudio por parte de la cbv de la propuesta y realización de las gestiones para contratación de servicios.
Creación del apartado de TO en la bv a partir de jun- jul por el equipo webmaster-documentalista del IACS.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODA LA POBLACIÓN

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 166

1. TÍTULO

ESTANCIAS DOMICILIARIAS DEL PACIENTE PSIQUIATRICO INSTITUCIONALIZADO EN UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANCHEZ GARGALLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OTROS (ESPECIFICAR)
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REDONDO SANCHO REBECA. EIR. H OBISPO POLANCO. UCE
· ROMERO MORALES JOSE FERNANDO. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE
· BLASCO TOMAS MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE/ PSICOGERIATRIA
· ALCON ALONSO JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE/ PSICOGERIATRIA
· HERNANDEZ MARCO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE/ PSICOGERIATRIA
· HERNANDEZ ABRIL MARTA. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE/ PSICOGERIATRIA
· GOMEZ LOPEZ MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE/ PSICOGERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Larga Estancia, a menudo mantienen el contacto con el entorno familiar y, es frecuente que disfruten de periodos más o menos largo en este entorno.
Desde nuestra unidad siempre se ha trabajado este aspecto, sobre todo con pacientes de reciente institucionalización, para que no pierdan sus vínculos afectivos y sociales con el exterior y favorecer su autonomía personal.
Hemos observado el temor de algunos pacientes, de disfrutar de estas estancias familiares, al faltarles la "protección" del hospital.
Es frecuente que la institucionalización se produzca por la incapacidad o pérdida del cuidador principal, con lo que la familia que podría acogerlo, podría sentir ciertas reticencias, al ver al paciente como "una carga".
Las rutinas establecidas en cualquier institución, la rigidez de horarios, la presión asistencial, hace que inevitablemente los pacientes deleguen parte de su autocuidado en el personal que los asiste, lo que conlleva pérdida de habilidades para las AVD.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO PRINCIPAL
Conseguir que las estancias de los pacientes con sus familias sean experiencias gratificantes para ambos, que no sean productoras de estrés, ni desestabilización, para ninguna de las partes.

OBJETIVOS:
-Mantener y/o mejorar la autonomía del paciente.
-Mantener vínculos afectivos con el exterior que impidan el aislamiento social y favorezcan la autoestima del paciente.
-Normalizar la enfermedad mental en la sociedad.
-El paciente y la familia reconocerán los fármacos prescritos: indicación principal, dosis, vía de administración y efectos secundarios más frecuentes.
-El paciente y la familia reconocerán signos y síntomas de alarma, que pudieran indicar una descompensación psicopatológica (insomnio, aumento de la ansiedad, anorexia, agresividad,…).
-El paciente y su familia conocerán cuál es su Centro de Salud de referencia, para administración de tratamientos depot, problemas comunes de salud, etc.
-El paciente y su familia tendrán acceso rápido, mediante una simple llamada de teléfono, a nuestra unidad, para la consulta de cualquier duda o problema que pudiera plantearse.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Elaboración de un protocolo en el que figurarán:
1. Datos de filiación del paciente.
2. Medicación prescrita, dosis, vía de administración.
3. Nombre del familiar, dirección y nº de tfno.
4. Nombre del Centro de Salud de referencia y número de teléfono.
5. Teléfono del CRP San Juan de Dios y extensión de nuestra unidad.
6. Cualquier observación que se crea conveniente.

-Psicoeducación farmacológica: Cada paciente alcanzará un nivel de independencia con respecto a su tratamiento farmacológico.
Tendremos pacientes, que por su larga institucionalización, o por su capacidad cognitiva más mermada, deberán llevar todos los fármacos preparados en pastilleros divididos en días y tomas diarias. Y otros pacientes lograrán, mediante un entrenamiento específico, autoadministrarse sus fármacos de manera segura.
-Educación en el reconocimiento de pródromos de descompensación psicopatológica.
-Educación para el mantenimiento de normas de convivencia con la familia (higiene, alimentación, colaboración en las tareas del hogar).
-Entrevista previa con la familia para resolución de posibles dudas, y posterior, para evaluar la experiencia. Podrá realizarse por teléfono.
Estas actividades las llevará a cabo la enfermera/o responsable de caso, con apoyo del resto del equipo de enfermería.
Pudiendo colaborar el resto del personal, psiquiatría, trabajador social y auxiliares de enfermería, en caso necesario.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 166

1. TÍTULO

ESTANCIAS DOMICILIARIAS DEL PACIENTE PSIQUIATRICO INSTITUCIONALIZADO EN UNIDADES DE LARGA ESTANCIA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (Clinical Global Impression, CGI). Obteniendo al menos un 3 en el ítem "Gravedad de la enfermedad" y al menos un 4 en " Mejoría Global", después de la aplicación del programa.
INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA LA MEDICACIÓN (DAI). Evaluará la conveniencia de inclusión en el programa. Aunque es una escala autoaplicada, el responsable de caso la aplicará al paciente para valorar también la respuesta no verbal hacia los ítems.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se iniciará el programa en Octubre de 2015. El cronograma de las actividades será individualizado para cada paciente.
El programa no tendrá en principio fecha de fin, si los resultados son satisfactorios.

11. OBSERVACIONES. PERFIL DEL USUARIO:
Paciente ingresado en ULE, con estabilidad clínica, habilidades cognitivas medianamente conservadas (leer, escribir, manejo del teléfono,…), familiares directos (pareja, padres, hijos y/o hermanos).11. ENFOQUE PRINCIPAL.
Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 168

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACION 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.
· FORCANO GARCIA MERCEDES. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· HERNANDEZ MARTIN JULIA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. FARMACIA HOSPITALARIA
· GOMEZ NAVARRO RAFAEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. DIRECCION MEDICA
· MARTINEZ LAFUENTE BELEN. MEDICO/A. RM JAVALAMBRE (IASS

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 OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: Optimizar la terapia farmacológica de los residentes de la Residencia de Ancianos Javalambre.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión global del tratamiento farmacológico 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.

8. 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 mayo de 2015
• (nº tratamientos modificados tras informe/nº informes de tratamiento) x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo-julio 2015: Estudio piloto para valorar la viabilidad del proyecto.
Agosto 2015: Valoración del trabajo realizado y realización de ajustes pertinentes.
Septiembre-diciembre 2015: Continuación del proyecto y planificación de la ampliación (si procede) al 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Polimedicados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 177

1. TÍTULO

PROYECTO DE HUMANIZACION EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS DIAZ GARCIA
· Profesión ..... OTROS
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OTROS (ESPECIFICAR)
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALMAZAN CALVE MARIA JESUS. TRABAJADORA SOCIAL. CSS SAN JOSE. TRABAJO SOCIAL
· CASANOVA CASANOVA EVA. TECNICO DE GESTION. CSS SAN JOSE. GRUPO DE GESTION ADMINISTRATIVA
· GARCIA SANZ MONSERRAT. PSICOLOGO/A. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC). HOSPITAL SAN JOSE
· MONTERO CERCOS PURIFICACION. SUPERVISORA DE UNIDAD. CSS SAN JOSE. ORTOGERIATRIA Y U. AGUDOS
· PONZ FLOR INMACULADA. SUPERVISORA DE UNIDAD. CSS SAN JOSE. PALIATIVOS
· CICENTE ROMERO MARIA JESUS. SUPERVISORA DE UNIDAD. CSS SAN JOSE. HOSPITAL DE DIA
· VIDAL SANZ ANA MARIA. ENFERMERA ESPECIALISTA. CSS SAN JOSE. PALIATIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La deshumanización no es patrimonio exclusivo del sector salud. En todos los sectores sociales se enfrentan crisis relacionadas con la perdida de vista del ser humano, la masificación y la codificación del sujeto.
Es la sociedad en la que vivimos y de la cual los trabajadores de la salud formamos parte, la que parece olvidarse de su propia esencia y pierde de vista al ser humano que hay detrás de la vida en comunidad.
Los trabajadores de la salud, cada vez con mayores presiones laborales, reaccionamos a veces agravando la distancia con los pacientes dejando al margen el trato humano en las actividades profesionales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. % de Usuarios satisfechos con la atención recibida.
% de profesionales formados en temas relacionados con el campo de la Humanización.
Número de actividades lúdicas de entretenimiento realizadas para usuarios y cuidadores principales.
Número de iniciativas nuevas puestas en marcha para lograr un ambiente laboral más humano.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Aspectos de la humanización del servicio tales como la acogida (hospitalidad), el dialogo, el apoyo espiritual y emocional, la escucha activa, el consuelo ante la fragilidad que suele ser la enfermedad, entre otros aspectos a resaltar.
2. Es la inspirada en la reivindicación de los derechos y deberes, la autonomía y el respeto de la voluntad de los pacientes, como eje de la atención humanizada. Este segundo abordaje, parte especialmente de los principios y aplicación de la bioética y de la reflexión jurídica y filosófica.
3 Es una tendencia intermedia que ve la humanización de la atención en salud como un reto de calidad de las instituciones, no solo en la humanización de la atención al usuario sino también en el abordaje de la problemática de los trabajadores de la salud.
4.Es la exigencia de una política de seguridad y confidencialidad del paciente como elemento inicial clave del proceso de acreditación en salud y de la humanización;

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cumplimiento de los Derechos y deberes de los pacientes
Formación de profesionales en el Campo de la Humanización
Apoyo emocional al usuario y su familia en el proceso de la enfermedad.
Análisis de gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y oferta de alternativas.
Actividades lúdicas
Apoyo espiritual
Consentimiento informado
Examen en condiciones de privacidad tanto visual como auditiva
Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación
Confidencialidad de la información del usuario
Se proveen elementos físicos (vestidos, batas) que garanticen la privacidad, el respeto de la desnudez y la dignidad de la persona.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de Usuarios satisfechos con la atención recibida.
% de profesionales formados en temas relacionados con el campo de la Humanización.
Número de actividades lúdicas de entretenimiento realizadas para usuarios y cuidadores principales.
Número de iniciativas nuevas puestas en marcha para lograr un ambiente laboral más humano.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Una vez aprobado el Proyecto.
continuidad y mejora en el tiempo.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. HUMANO EN LA ASISTENCIA SANITARIA DIARIA

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODO TIPO DE PALTOLOGIAS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 177

1. TÍTULO

PROYECTO DE HUMANIZACION EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 313

1. TÍTULO

PLANIFICACION ANTICIPADA DE DECISIONES EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA, EN LA RESIDENCIA IASS JAVALAMBRE DE TERUEL

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.
· MARTINEZ LAFUENTE BELEN. MEDICO/A. RESIDENCIA IASS. GERIATRIA
· TRASOBARES ALCOBER MERCEDES. MEDICO/A. RESIDENCIA IASS. GERIATRIA
· ESCUSA MATAMALA JOSE LUIS. MEDICO/A. RESIDENCIA IASS. GERIATRIA
· BARONI SANCHEZ LUIS. MEDICO/A. RESIDENCIA IASS. GERIATRIA
· CASTELLOTE GARCIA ANA MARIA. ENFERMERO/A. RESIDENCIA IASS. GERIATRIA
· DOMINGO IBAÑEZ SARA. ENFERMERO/A. RESIDENCIA IASS. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes con demencia avanzada, presentan con frecuencia complicaciones en la fase última de su enfermedad, que originan contínuos desplazamientos y traslados a servicios de Urgencias e ingresos en Unidades de Agudos. El perfil de estos pacientes, con problemas severos cognitivos, inmovilidad, disfagia, malnutrición e infecciones de repetición, conlleva que durante su hospitalización se vean sometidos a pruebas diagnósticas, muchas veces innecesarias, tratamientos agresivos y tratamientos de soporte nutricional, sin valorarse la situación global y de pronóstico del paciente. El riesgo de cuadros confusionales y empeoramiento global es muy elvado durante los ingresos hospitalarios. Urge realizar una planificación anticipada de decisiones, donde se establezcan objetivos en el tratamiento y prime el confort y la calidad de vida de estos pacientes. De esta forma, se podrían realizar tratamientos de control de síntomas, a través de la vía subcutánea en el propio medio Residencial, y limitar tratamientos innecesarios, evitando así los riesgos y complicaciones de la hospitalización. Las reuniones del equipo médico con la familia, permiten anticipar formas de actuación ante situaciones previsibles, para garantizar unos adecuados cuidados al final de la vida.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar el confort en la fase final de enfermedad en pacientes con demencia avanzada, a través de la toma de decisiones conjunta por el equipo y la familia.
2. Disminuir el número de ingresos hospitalarios y traslados a Urgencias de pacientes con demencia en fase de final de vida.
3. Evitar yatrogenia y tratamiento futiles en estos pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Identificación de pacientes con demencia en estadío avanzado en la residencia del IASS Javalambre. Revisión de los pacientes con demencia y evaluar estadío y pronóstico.
2.Valoración del tratamiento global del paciente y retirada de tratamientos fútiles
3.Planificación de posibles escenarios: evitar ingresos en Hospital de Agudos; tratamientos vía subcutánea preferible a la venosa; si se precisa tratamiento antibiótico, vía oral o subcutánea; valoración de problemas nutricionales e intervención; control de síntomas en final de vida y agonía.
4.Intervención con la familia y cuidadores
5.Formación al personal de la residencia en atención a la demencia avanzada, problemas clínicos, tratamiento paliativo y conflictos éticos.
6.Elaborar hoja clínica de toma de decisiones e información, donde se reflejen las decisiones del equipo y la comunicación a los familiares, que permita tomar decisiones adecuadas ante situaciones de urgencia o cuando está ausente el médico habitual.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. (Nº pacientes evaluados /nº total de pacientes con deterioro cognitivo) x 100
(Nº de intervenciones a nivel farmacológico/ nº total de pacientes valorados) x 100
(Nº de entrevistas con la familia/ nº de pacientes valorados) x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De Junio a Septiembre: desarrollo de hoja clínica para historia, formación al personal médico y de enfermería de la Residencia, detección de pacientes con fase moderada-avanzada de demencia.
De Octubre a Febrero: valoración de los pacientes seleccionados, entrevista al equipo y familia, realización de planificación de decisiones
Marzo-Abril: recogida de datos y evaluación

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Terminales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 313

1. TÍTULO

PLANIFICACION ANTICIPADA DE DECISIONES EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA, EN LA RESIDENCIA IASS JAVALAMBRE DE TERUEL

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 420

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

2. RESPONSABLE ..... JULIA HERNANDEZ MARTIN
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIAL ESCOLANO RAQUEL. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· CORREA BALLESTER MARTA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. FARMACIA
· CHOCARRO ESCANERO MARIA PILAR. MICROBIOLOGA. H OBISPO POLANCO. MICROBIOLOGIA
· RAMOS ESCANERO FRANCISCO JAVIER. MICROBIOLOGO. H OBISPO POLANCO. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la introducción de los antibióticos se ha comprobado cómo los microorganismos pierden con el tiempo su sensibilidad natural a estos agentes debido a la transmisión de resistencias y a la influencia de la exposición a los antimicrobianos.
La pérdida de sensibilidad a los antibióticos ha sido resuelta, hasta hace poco, mediante el desarrollo de nuevos antimicrobianos. Sin embargo, las escasas perspectivas de desarrollo de nuevos antimicrobianos indican que este modelo no puede mantenerse.
Este problema ha sido reconocido desde hace años por múltiples instituciones científicas, sanitarias y políticas en todo el mundo, siendo considerado actualmente uno de los principales problemas de salud pública, lo que ha motivado el diseño e implantación de estrategias dirigidas a paliar el problema. Una de ellas pretende agilizar la comercialización de nuevos antimicrobianos. Otra, se centra en optimizar los mecanismos de control de la infección en los centros sanitarios. Y la tercera, con la intención de alargar la vida útil de los antimicrobianos y de obtener los mejores resultados clínicos, persigue la optimización del uso de los antimicrobianos.
Es importante resaltar que el uso apropiado de antimicrobianos no solo es necesario en aras de un beneficio ecológico sino que, fundamentalmente, contribuye a mejorar el pronóstico de los pacientes. Además, la optimización de los tratamientos antibióticos debe minimizar la probabilidad de eventos adversos relacionados con su uso.
De forma repetida a lo largo del tiempo y en distintos ámbitos geográficos se ha comprobado que la utilización de antimicrobianos en el medio hospitalario es mejorable en el 30-50%.
Por todos estos motivos nos hemos planteado implantar un programa de optimización de tratamientos antimicrobianos (PROA) en nuestro hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: desarrollar e implementar un programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en un hospital socio-sanitario, con la intención de: a) Mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones. b) Minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos (incluyendo aquí la aparición y diseminación de resistencias). c) Garantizar la utilización de tratamientos coste-efectivos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación de un equipo de antibióticos que se encargará de llevar a cabo las tareas del PROA. El núcleo imprescindible debe estar formado por un clínico experto en enfermedades infecciosas, un farmacéutico clínico y un microbiólogo. Debe trabajar de manera coordinada con el equipo multidisciplinario de control de infecciones, por lo que debe valorarse la inclusión de un especialista en medicina preventiva.
2. Definir las funciones del equipo
2.1. Institucionalización del programa: el equipo debe presentar el programa a la Comisión de Infecciones, profilaxis y política antibiótica para su aprobación. A continuación deberá ser aprobado por la dirección del hospital.
2.2. Diseño del PROA adaptado al centro: se deberán definir las intervenciones más adecuadas al centro para mejorar el uso de antimicrobianos (actividades formativas, intervenciones restrictivas, realización de guías o protocolos locales de profilaxis, tratamiento empírico y tratamiento dirigido, programas de auditorías…).
2.3. Difusión del programa a todos los profesionales del centro.
2.4. Seguimiento y evaluación del programa: evaluación de la situación inicial (medida de indicadores antes de poner en marcha el programa), periódicamente y difusión los resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Indicadores de consumo de antibióticos (los proporcionará el Servicio de Farmacia)
a. Consumo total de antimicrobianos en el hospital
DDD antimicrobianos dispensados/100 estancias
b. Consumo de antimicrobianos seleccionados
DDD antimicrobianos seleccionados dispensados/100 estancias
2) Indicadores para el seguimiento de resistencias (los proporcionará el Servicio de Microbiología)
a. Porcentaje de resistencias de patógenos comunitarios más relevantes (a consensuar con microbiología).
b. Porcentaje de resistencias de patógenos nosocomiales más relevantes
c. Incidencia nosocomial (casos nuevos por 1.000 estancias o 100 ingresos)
3) Indicadores de resultado clínico del uso de antimicrobianos (definir al menos uno por parte del equipo)
a. Incidencia de efectos adversos grado III o IV (diarrea asociada a Clostridium difficile, hipersensibilidad, neurotoxicidad…)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 420

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

b. Indicadores relacionados con el pronóstico de infecciones tratadas con antimicrobianos
c. Mortalidad curación y/o estancia hospitalaria en pacientes con sepsis, sepsis grave, shock

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Solicitud de colaboración a miembros Comisión de Infecciones profilaxis y política antibiótica (microbiología, medicina preventiva...) para creación del equipo de antibióticos: mayo 2015
- Evaluación de la situación inicial: junio 2015
- Diseño por parte del equipo de antibióticos del PROA (intervenciones concretas): septiembre 2015.
- Difusión del PROA en el hospital: octubre 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. antibióticos
OTRA PALABRA CLAVE 2. optimización
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 473

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ACCIDENTE BIOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA AGUADO ACERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN VILLARROYA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA DEL TRABAJO
· PEREZ AMIGOT CRISTINA MENCAL. TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. H OBISPO POLANCO. MEDICINA DEL TRABAJO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El riesgo biológico es el más frecuente de los riesgos a los que esta expuesto el personal sanitario. Entre las enfermedades infecciosas destacan tanto por su frecuencia como por su gravedad las hepatitis B y C; y el virus de la inmunodeficiencia humana.

Debida a la frecuencia con que se producen los accidentes biológicos entre el personal, la jornada laboral continuada en este sector y la amplitud geográfica que el servicio de prevención tiene asignada, es necesario implantar un protocolo de actuación asistencial, coordinando los distintos centros y servicios implicados. El propósito es suplir la falta de atención continuada por parte de nuestro servicio, para lo cual se dispone de un procedimiento que necesita ser actualizado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Mejorar la oferta asistencial ante los accidentes biológicos para todos los trabajadores, tanto de atención primaria como de especializada
2.Actualizar pautas establecidas en todos los centros, coordinando al personal de los servicios implicados.
3.Informar y divulgar la actualización del procedimiento.
4.Mejorar el registro de accidentabilidad.
5.Disponer en la intranet del sector Teruel, tanto del protocolo como de la documentación necesaria, para iniciar el abordaje clínico y los trámites de declaración de accidente biológico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Este proyecto pretende alcanzar sus objetivos, mediante la implementación de un protocolo revisado y de fácil acceso para el trabajador.
Las actividades serán desarrolladas por todos los componentes del equipo de mejora y son:
Elaboración de un protocolo actualizado de accidente biológico y su posterior implantación y coordinación.
Presentación de la revisión del protocolo de accidente biológico al Comité de Seguridad y Salud del sector Teruel.
Elaboración de formatos para recogida de datos.
Difusión del protocolo a los servicios implicados.
Estudio de seguimiento de protocolo y su efectividad.
Comunicación de resultados a los responsables del sector.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ESTRUCTURA
% de servicios con acceso de la documentación a través de la intranet.
PROCESO
% de accidentes biológicos donde se ha solicitado el consentimiento informado a la fuente.
% de accidentes biológicos declarados en unidad básica de prevención en las primeras 72 horas.
RESULTADO
% de accidentes biológicos correctamente declarados en la Unidad .Básica .de Prevención.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio-Agosto2015
Actualización del protocolo y restos de documentación.
Septiembre- 2015
Presentación al Comité de Seguridad y Salud.
Octubre-Noviembre 2015
Difusión de la documentación a los implicados.
Diciembre 2015 – Abril 2016
Estudio de seguimiento.
Mayo 2015
Comunicación de resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 473

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ACCIDENTE BIOLOGICO

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
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. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 631

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE MUESTRAS DE ORINA RECOGIDAS EN CENTROS DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO ALVAREZ LOPEZ
· Profesión ..... OTROS
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANLLEHI VILA NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS
· HORNO DELGADO JAIME. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS
· HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS
· FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El análisis de orina es una pruebas de rutina más demandadas por los clínicos, y una de las de más sencilla realización en el laboratorio. Se trata de una herramienta imprescindible para el diagnóstico y monitorización de enfermedades renales y del tracto urinario.
Para que el análisis de orina tenga significado clínico, la muestra ha de ser recogida adecuadamente. Una recogida incorrecta podría invalidar los resultados de los procedimientos de laboratorio. Se ha de recolectar una muestra que refleje lo mejor posible las características de la orina presente en la vejiga urinaria.

Lo ideal sería la recogida de la orina en el mismo laboratorio para minimizar errores en la recogida y evitar el sobrecrecimiento de agentes contaminantes, minimizar destrucción celular y presencia de artefactos debido a la demora en el transporte, pero debido al volumen de muestras solicitadas y a la dispersión geográfica de la población atendida, no es posible la toma de la muestra en el laboratorio.
Las muestras de orina suelen ser recogidas por el paciente en su domicilio y frecuentemente la recogida de la misma, no se realiza en condiciones óptimas y se ven con frecuencia muestras que evidencian contaminación en la misma por una recogida inadecuada, dando lugar a diagnósticos inadecuados o que pueden inducir a error al clínico receptor de los mismos.

Se pretenden tomar medidas encaminadas a mejorar la calidad de las muestras recogidas por el paciente, minimizando la contaminación de la misma. Comenzaremos la desarrollar estas medidas de mejora en uno de los centros de salud del área sanitaria: C.S. Teruel Ensanche.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución del número de muestras de orina recibidas en el laboratorio que evidencien contaminación vaginal o fecal, procedentes del centro de salud seleccionado para iniciar esta actividad de mejora: Teruel-Ensanche.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Dado que es el paciente el responsable de la recogida de la muestra, ha de recibir instrucciones precisas para que realice una correcta recogida.
Esto se puede realizar de dos maneras:

1. Comunicación oral: Charlas formativas/informativas para el personal de enfermería / auxiliar sobre buenas prácticas de recogida de muestra de orina, con el fin de optimizar la comunicación con el paciente. El personal de enfermería o personar auxiliar transmitirá al paciente unas normas optimizadas de recogida de la muestra.
2. Información escrita: Elaboración de carteles para ser fijados en consultas de enfermería o elaboración de folletos explicativos para ser entregados al paciente junto al volante de petición.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Puesto que la evidencia de mala recogida de orina es la presencia en la muestra de contaminantes ajenos al sistema urinario, se utilizará alguno de estos parámetros para monitorizar la evolución de la calidad de las muestras remitidas al laboratorio.
En caso de contaminación vaginal, se utilizará el recuento de células epiteliales. El criterio de corte que utilizaremos para definir en muestra la presencia de contaminación es el hallazgo mediante la técnica habitual de estudio del sedimento urinario de un recuento de células epiteliales /células de vías bajas superior a 30 por microlitro. En las muestras así identificadas, se incluirá un comentario para el médico peticionario que ponga de manifiesto la sospecha de una inadecuada toma de muestra.
En el caso de contaminación fecal, se utilizará como marcador la presencia de fibras musculares o fibras vegetales en la muestra de orina. Las muestras identificadas como contaminadas, se incluirá un comentario para el médico peticionario indicando la posibilidad de contaminación fecal.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se prevé una duración de un año.
Cronograma.
Dos meses para elaboración de cartelería y edición de díptico para paciente.
Dos meses Charlas formativas con personal de enfermería / auxiliar para mejorar la comunicación con paciente.
A lo largo de todo el proyecto: Evaluación mensual de la evolución de muestras detectadas con evidencias de contaminación.
Valoración final de resultados: Constatación de la evolución entre el inicio del proyecto y el final del mismo de la variación en el número de muestras con contaminación por una mala recogida

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. MEJORA CALIDAD PREANALÍTICA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 631

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE MUESTRAS DE ORINA RECOGIDAS EN CENTROS DE SALUD

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PREANALÍTICA
OTRA PALABRA CLAVE 2. ORINA
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 074

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS INFORMES CLINICOS DE ESTERILIDAD DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA GENERAL DEL PACIENTE EN LA INTRANET

2. RESPONSABLE ..... 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.
· GIMENO MINGUEZ MARIA JOSE. INFORMATICO/A. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA
· GARCES VALENZUELA MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PARRILLA VIRGOS PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DOMINGO BARRADO MARIA ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1. Actualmente en la sección de esterilidad del Servicio de Ginecolgoía y Obstetricia del H.Obispo Polanco realizamos la historia clínica a mano, lo que implica:
• Gasto económico e impacto medioambiental en papel: historia clínica inicial, resumen de historia clínica a mano en las paciente que requieren derivación al hospital de referencia y mecanografiado por parte de la Secretaria del Servicio, que es el informe que finalmente llega al centro de referencia. Gasto triple, y tres pasos intermedios en los que se pueden cometer errores.
• Trabajo de celadores: transporte diario de historias, que en ocasiones se requieren sin cita previa.
• Trabajo de auxiliares de enfermería: petición y preparación de historias, a menudo sin cita previa.
• Carencia de informes en Intranet: si requerimos información de la paciente, necesitamos el soporte físico. Son pacientes remitidas con frecuencia al hospital de referencia, si no llega el informe el estudio se comienza desde el principio. Pérdida de tiempo y dinero.
• Carencia de base de datos: dificulta en control de resultados y la carencia de publicaciones.
2. La importancia de este proyecto de informatización radica en la implantación de un modelo informático para la historia clínica de esterilidad e infertilidad, que quede reflejada en intranet. Para ello se debe crear un documento informático estándar adecuado, en colaboración con el servicio de informática, que sirva a su vez de base de datos. Esto implicaría una mejora en :
• La calidad del servicio a los pacientes (con una información más detallada)
• La información al ginecólogo de referencia en caso de derivación; incluyendo la respuesta a tratamientos anteriores, para no repetirlos innecesariamente.
• La optimización del trabajo de los facultativos, auxiliares y celadores
• El trabajo de investigación
• La organización del servicio
• Disminución de la variabilidad clínica
• Utilización de menos recursos ambientales
• Todo esto supondrá un ahorro de recursos y mejorar la accesibilidad de los informes e historia clínica, desde la intranet del hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Es la primera vez que se presenta un proyecto de informatización de historia clínica en nuestro servicio. Es una sección con un volumen de pacientes relativamente pequeño, por lo que será fácil subsanar los posibles fallos y aprender de ellos para posteriormente implementarlo en el resto del Servicio. Además son pacientes remitidos con frecuencia al hospital de referencia, por lo que resulta especialmente útil para poder compartir información imprescindible y evitar la petición de pruebas por duplicado por pérdida de historias.
También hay que tener en cuenta el impacto económico y medioambiental, pues actualmente en una paciente remitida al hospital de referencia, se realizan al menos tres informes repetidos, con la mayor probabilidad de errores y pérdidas que conlleva, además del papel y los recursos empleados innecesariamente.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Informatizar la práctica totalidad de las pacientes vistas en la sección de Esterilidad.
2. Crear el documento informático estándar adecuado con campos de los sectores a rellenar de la historia clínica. Esto se realizará en colaboración con el Servicio de Informática del Hospital Obispo Polanco.
3. Incluir los informes y la historia clínica en Intranet, para que sean accesibles desde todos los ordenadores de la red a nivel autonómico.
4. Que todos los facultativos del Servicio de Ginecología y Obstetricia utilicen esta vía informática.
5. Informar a la Unidad de Reproducción del H. U. Miguel Servet la inclusión de la historia clínica en Intranet, para evitar pérdida de información o repetición de pruebas en las pacientes derivadas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realización conjunta con el servicio de informática de un documento informático estándar y base de datos para la sección de Esterilidad e Infertilidad.
2. Optimización del tiempo y recursos
3. Mejora de la asistencia clínica, al disponer siempre de una historia clínica adecuada y completa
4. Facilitar recogida de datos, control de resultados y publicaciones

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Indicador A: Número historias clínicas informatizadas. Porcentaje sobre las totales.
2. Indicador B: Número de informes realizados por parte de secretaría para la derivación de las pacientes en comparación con años anteriores.
3. Indicador C: Disminución de petición de historias clínicas, respecto a años anteriores.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 074

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS INFORMES CLINICOS DE ESTERILIDAD DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA GENERAL DEL PACIENTE EN LA INTRANET

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015:
- Puesta en común y diseños preliminares de los informes, base de datos y formularios
- Elaboración de Historia Clínica Informática

Septiembre 2015: Inicio de la introducción de las mejoras
- Dejar de solicitar informes historias clínicas en pacientes nuevas.
- Informatizar las pacientes ya conocidas.

Diciembre 2015:
- Inclusión de los informes de la Historia Clínica en Intranet

Junio 2015
- Evaluación de la informatización de la Historia Clínica en la sección de Esterilidad e Infertilidad

Durante todo el año:
- Evaluación continua y mejora conforme aparezcan fallos o dificultades.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PAREJAS CON ESTERILIDAD O INFERTILIDAD

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 013

1. TÍTULO

REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL. NUEVAS RECOMENDACIONES ILCOR 2015

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.
· GRACIA TORRALBA LORENA. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA
· SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· CASTAÑO VICENTE GELLA CAROLINA. PEDIATRA. CS TERUEL URBANO. PEDIATRA ATENCION PRIMARIA
· COTE SAEZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· HERRERO SANZ CRISTINA. MATRONA. H OBISPO POLANCO. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El 10% de los recién nacidos precisan la actuación del personal sanitarios para iniciar la correcta ventilación y circulación espontánea al nacimiento.
Para mantener las habilidades en la reanimación neonatal se precisan cursos y simulacros frecuentes en los que participe el personal implicado en la asistencia inmediata al recién nacido. Es necesario conocer el material de reanimación, los fármacos y sus diluciones, así como el rol de cada uno de los miembros implicados en la misma para aumentar la calidad de la asistencia.
En el año 2013 y 2014 se realizaron cursos de reanimación neonatal que incluyeron a todo el servicio de pediatría y maternidad del Hospital Obispo Polanco (matronas, pediatras, enfermeras y auxiliares de pediatría) con el que se consiguió una mejoría significativa de los conocimientos teóricos y prácticos de todo el personal implicado.
La Conferencia de Consenso Internacional de la Ciencia sobre Resucitación Cardiopulmonar y Atención de Emergencia Cardiovascular con Recomendaciones de Tratamiento 2015 (CoSTR) se celebró en Dallas desde el 31 enero hasta el 5 de febrero de 2015. Cada 5 años se reúne este comité de expertos internacional que evalúan la evidencia científica disponible en reanimación adultos, niños y recién nacidos utilizando el sistema GRADE. Posteriormente realiza unas recomendaciones que son adoptadas por las distintas sociedades científicas, en esta caso la SENeo (sociedad española de neonatología).
Las normas que se propusieron en el 2010 supusieron grandes cambios con respecto a los que se había realizado previamente, como la exclusión del color de la valoración inicial del recién nacido, la necesidad de monitorización durante la reanimación, el inicio de la ventilación con oxígeno ambiental y la hipotermia neonatal.
La actualización de los conocimientos en el campo de la reanimación cardiopulmonar basándose en la evidencia científica disponible es imprescindible para optimizar la asistencia a nuestros pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la variabilidad asistencial en la reanimación del recién nacido.
Reforzar el conocimiento de las pautas de reanimación y actualizar las mismas en función de las nuevas recomendaciones ILCOR que se publicarán en octubre de 2015.
Adaptar los protocolos de reanimación neonatal internacionales a un hospital de asistencia general pequeño.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Fase 1:Dividir al personal en grupos multidisciplinares para asistir a las clases teóricas y prácticas y realización de test de respuesta múltiple para evaluar los conocimiento pre-curso.
Fase 2: Impartir clases teóricas interactivas en las que se expliquen las nuevas normas de reanimación, así como los algoritmos de actuación en situaciones especiales (aspiración meconial, prematuridad, hipotermia, etc) (Pilar Sanz, Lorena Gracia y Victoria Caballero)
Talleres de preparación, conservación y dosis de la medicación empleada (adrenalina, surfactante, etc). Alejandro González álvarez
Talleres de material de reanimación (Carolina Castaño, Cristina Herrero y Begoña Cote).
Fase 3: Práctica integrada con simulacros de posibles situaciones de reanimación real en el paritorio.
Fase 4: realización del mismo test de respuesta múltiple precurso. Encuesta de satisfacción de los asistentes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de mejora en la puntuación del test teórico final con respecto al inicial.
Grado de satisfacción de los asistente al curso (sobre 5 puntos).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del curso octubre de 2015 (tras publicación normas ILCOR).
Finalización noviembre de 2015.
Se realizará en horario de mañana
Se dividirá a los asistentes en 4 grupos de forma que la parte teórica se impartirá durante dos horas de una mañana, y a lo largo de la semana se realizará la parte práctica (duración de 2 horas por cada grupo de 8 personas).
Duración prevista 6 semanas.
Se dará flexibilidad para cambiar de grupos en función de las necesidades profesionales y personales de los asistentes.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 013

1. TÍTULO

REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL. NUEVAS RECOMENDACIONES ILCOR 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. neonatos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Recién nacido de riesgo

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 474

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR CATALAN EDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FORMACIÓN
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ GOMEZ LAURA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. SUPERVISORA DE AREA
· BARRERA FUERTES TERESA. ADMINISTRATIVO. H OBISPO POLANCO. FORMACION Y DOCENCIA
· LOPEZ LOPEZ INMACULADA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· AGUIRRE ALONSO MARIA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ESTERILIZACION
· CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La formación continua de los profesionales de enfermería constituye un aspecto imprescindible dentro de su actividad profesional para mejorar la calidad de los cuidados prestados debido a los continuos avances técnicos y evidencias científicas, sin embargo, la demanda de formación por estos profesionales ha disminuido y si existe, se encamina a participar en aquellas acciones formativas de corta duración que inciden en aspectos inminentemente prácticos, dando como resultado que cursos con gran número de horas lectivas y temario teórico muy extenso no son bien recibidos a pesar la importancia de los temas: Seguridad del Paciente, Organización del Sistema, Optimización de recursos...

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Incidir en la importancia de la Formación Continuada (FC), aumentar la participación y fomentar la transmisión de conocimientos entre el personal de enfermería.
-Elaborar un sistema de FC a través de sesiones de enfermería que mejorarán los conocimientos del personal.
-Potenciar las habilidades comunicativas de los profesionales de enfermería.
-Aprender a realizar búsquedas bibliográficas de evidencia científica y a elaborar presentar ponencias, casos clínicos, trabajos
-Mejorar la seguridad del paciente.
-Detectar procesos de mejora y participación con la comunidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1ª Intervención: Reuniones con las supervisoras para explicar el proyecto, incidir en la importancia de la FC para el personal de enfermería del centro, se pedirá su colaboración en el Proyecto. Se elaborará un listado de procedimientos tanto de carácter transversal como específicos y novedosos para cada Unidad basados en las mejores prácticas.
2ª Intervención: Se establecerá un calendario de sesiones de enfermería dividido en dos periodos: 1er semestre y 2º semestre del año. Se cerrarán los temas a tratar por unidad y sesión. Cada unidad será encargada de preparar al menos una sesión en cada uno de los periodos.
3ª Intervención: Se prestará ayuda metodológica para la realización de búsquedas bibliográficas y para la elaboración del material didáctico, presentaciones eficaces…
4ª Intervención: Desarrollo
5ª Intervención: Evaluación. Se llevará a cabo al finalizar los dos ciclos de sesiones formativas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. *Nº Unidades interesadas en el proyecto /Total Unidades del Hospital*100
*Nº Sesiones realizadas por unidad/Total sesiones Programadas por unidad*100
*Registro del número medio de asistentes a las sesiones de enfermería.
*Nivel de Satisfacción, adquisición de conocimientos y valoración de la experiencia por el personal docente a través de encuesta.
*Nivel de Satisfacción por parte de los asistentes mediante encuesta.
*Valoración de la mejora de los procesos asistenciales. ¿Ha mejorado los indicadores de Calidad de Enfermería respecto al año anterior?
*Procesos de Mejora: ¿Han surgido procesos de mejora? Si/No

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1ª y 2ª intervención: mayo- junio de 2015.
3ª Inter: septiembre 2015 continuará durante el tiempo que dure el desarrollo.
4ª Inter: septiembre de 2015 a junio de 2016.
5ª Inter: 2ª quincena de junio y a los 3 meses se volverá a preguntar.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 474

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 342

1. TÍTULO

PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS ESCUSA JULIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· 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
· MARTINEZ BURGUI JESUS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· VILLALABA GARCIA JUSTO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· PEREZ MARTINEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· CATALAN EDO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECCION
· TOLOS MARIN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye la emergencia de mayor riesgo vital que se puede presentar en el paciente hospitalizado.
La reanimación cardiopulmonar (RCP) constituye una herramienta eficaz para salvar vidas si se aplica adecuadamente. Sin embargo, para una asistencia idónea a la PCR hospitalaria (PCRH) es fundamental que haya una organización con medidas de prevención y un conjunto de actuaciones adecuadas e integradas.
Existen bastantes evidencias de que es posible reducir la mortalidad y las secuelas que puede originar una PCR si se organiza un Plan estructurado e integrado que conlleve una mejora de la respuesta asistencial, acortando los tiempos de respuesta y optimizando la cadena de supervivencia hospitalaria.
Las Sociedades Científicas que están implicadas en el tratamiento de pacientes críticos recomiendan establecer Planes hospitalarios de atención a la PCR.

Situación de partida:
Falta de un Plan estructurado e integrado que conlleve una mejora de la respuesta asistencial
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 la Comisión de Seguridad del Hospital.
El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Establecer una 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 a la misma
-Implantación de Protocolos de RCP de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales
-Identificación de las áreas hospitalarias de mayor incidencia de PCR
-Potenciación de la Prevención de la PCRH, promoviendo la identificación y ubicación apropiada de los pacientes de riesgo, así como su vigilancia y tratamiento idóneos
-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
-Actualización y estandarización del material adecuado de RCP en las diferentes áreas hospitalarias
-Creación de un registro de los episodios de PCR/RCP
-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 razonable
-Estímulo de una Cultura de Seguridad en todos los aspectos relacionados con la prevención y atención a la PCRH
-Fomento de los aspectos éticos de la atención a la PCRH
-Evaluación periódica del sistema
-Ayuda a profesionales de nueva incorporación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Elaboración de un Protocolo Integrado de Prevención y Actuación ante una PCR de acuerdo con las Guías clínicas
-Elaboración de Pósters con Algoritmos de Actuación del Plan de RCPH, que se distribuirán por las diferentes dependencias hospitalarias
-Elaboración de un Registro de episodios de PCR/RCP, que contemple una serie de Indicadores de Calidad y el registro de incidentes y efectos adversos
-Clasificación de las áreas asistenciales de acuerdo con el riesgo de PCR
-Estandarización en el diseño, dotación y ubicación de los equipos materiales necesarios para atender una PCR. Unificación de los Carros de parada, Maletines, desfibriladores…procurando la máxima uniformidad entre las

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 342

1. TÍTULO

PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

distintas estancias hospitalarias
-Elaboración de un Registro de revisión semanal de material y medicación del Carro de parada
-Elaboración de un Plan de Formación Continuada del personal hospitalario en la atención a la PCR con simulacros
-Elaboración de un Registro de formación en RCP en el Hospital
-Implementación de la Cultura de Seguridad en la RCP
-Elaboración junto con el Comité de Ética Asistencial, de una Hoja de registro de Órdenes de No Reanimación que se incluya en la Historia Clínica. Y promover su uso entre los facultativos
-Diseño de Indicadores de Proceso y su Monitorización

Responsables: Equipo médico y de enfermería

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de Cumplimiento de Indicadores de Calidad en la atención a la PCR (estandares de calidad):
Nº de PCR en las que se cumplen los Indicadores de Calidad/Nº total de PCR x100 (100%)
Fuente: Hoja de Registro de episodios de PCR/RCP

Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Formación del personal del Hospital (estandares de calidad):
Nº de trabajadores sanitarios del Hospital que han realizado el Plan de Formación en RCP/Nº total de trabajadores sanitarios del Hospital x100 (70%)
Fuente: Hoja de Registro de Formación en RCP

Porcentaje de Cumplimiento de Protocolo de Revisión semanal del Carro de Paradas (estandares de calidad):
Nº de semanas que se ha cumplimentado la Revisión del Carro de Paradas en cada uno de los Servicios/ Nº de semanas en el año x 100 (100%)
Fuente: Hoja de Registro de revisión semanal de material y medicación del Carro de parada

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio Junio 2015
Fecha de finalización Junio 2016
Elaboración y difusión del proyecto Junio-Agosto 2015
Puesta en marcha del proyecto Septiembre 2015
Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora
Análisis final de resultados Junio 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 457

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CONSULTA ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... FRANZ MARCELO FERNANDEZ RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE LA FLOR MERINO JOSE CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· LACASA SANCHEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· VILAR BONACASA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema creciente en nuestra sociedad, que conlleva una alta morbimortalidad —sobre todo de origen cardiovascular— y que consume una parte considerable de los recursos del sistema de salud. Por ello, la nefrología debe cambiar la práctica asistencial tradicional, ya que, además de la sobrecarga numérica, el cuidado demandado por los usuarios con ERC es cada vez más complejo y consume más tiempo. La comunidad científica recomienda la remisión precoz al Nefrólogo, tanto para el control previo a la diálisis como para mejorar el pronóstico una vez iniciado el tratamiento renal sustitutivo. Así pues, se ha comprobado que los usuarios tratados en una consulta específica de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA, Filtrado glomerualer estimado por MDRD4 < igual a 20 ml/min) presentan mejores parámetros bioquímicos al inicio de la diálisis que los usuarios tratados al modo tradicional, independientemente de la función renal y de otros factores que pueden influir en la morbilidad y en la mortalidad de estos usuarios en diálisis (edad, sexo, raza, diabetes…).
Las ventajas de acudir a una consulta ERCA son las siguientes: Permite elegir una técnica de diálisis más informada y libre, Posibilita que más usuarios entren de manera programada en la diálisis, Favorece que los usuarios elijan la diálisis peritoneal, lo cual mejora su autonomía ya que se la aplican en su casa. El incremento proporcional de la diálisis peritoneal respecto a la hemodiálisis puede suponer además más eficiencia y una ayuda para la sostenibilidad presente y futura del tratamiento renal sustitutivo.
La población susceptible de ser atendida en estas unidades son los usuarios con ERC en los estadios 4 o 5 (FG estimado por la fórmula MDRD – 4 menor a 20 ml/min/1,73 m2 dependiendo del perfil evolutivo del usuario) de cualquier procedencia (incluido el trasplantado renal con rechazo crónico avanzado).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. º Desarrollar una estrategia asistencial que ralentice al máximo la progresión de la enfermedad renal avanzada (anemia, complicaciones urémicas, alteraciones del metabolismo mineral oseo, malnutrición, acidosis…); modificar o tratar la comorbilidad asociada (HTA, dislipidemia, tabaquismo…); y coordinar con la Unidad de Cuidados Paliativos, dependiente de Atención primaria, en el caso de que el paciente requiera solo tratamiento conservador.
º Proporcionar información científica y práctica a los pacientes antes de que se inicien en el tratamiento renal sustitutivo, y también educarlos y formarlos en los aspectos siguientes: Intervención sobre los factores de riesgo, Posibles complicaciones que puedan presentarse. Cambio y adaptación de sus hábitos de vida y potenciación del autocuidado, Conocimiento de todas las técnicas de tratamiento renal sustitutivo, a fin de hacer posible que elijan libremente, Preparación para inicio de Terapia sustitutiva renal (vacunación, acceso vascular,…), Facilitar la posible remisión a otros especialistas de soporte, Unificar los documentos utilizados para la educación y la información de los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. º Las consultas de ERCA deben estar formadas por un nefrólogo y un DUE formado en nefrología; además, deben disponer de espacio físico y disponibilidad para desarrollar un programa de trabajo que incluya actividades en común y separadas.
º El personal de enfermería debe ser instruido sobre diversos aspectos específicos de la nefrología a fin de ayudar a los pacientes en el cuidado integral de su patología.
º Es necesario elaborar unos criterios y protocolos de derivación a los diversos profesionales necesarios para el tratamiento integral del paciente de ERCA (psicólogos, nutricionistas y/o trabajadores sociales).
º Las unidades de ERCA deben disponer de documentos corporativos consensuados entre todos los profesionales implicados en la atención de la ERC y enfocados a la
educación de los pacientes, a la información de las técnicas disponibles.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. º Porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de ERCA con un tiempo de seguimiento 12 meses antes de iniciarse en la diálisis.
º Porcentaje de pacientes que se inician en la diálisis por medio de la diálisis peritoneal respecto a la hemodiálisis.
º Porcentaje de pacientes que se inician en la hemodiálisis con FAV autóloga arterializada o prótesis.
º Porcentaje de pacientes considerados candidatos a trasplante renal que son incluidos en la diálisis peritoneal o en la hemodiálisis.
º Porcentaje de pacientes con ERCA que han recibido un trasplante de un donante vivo.
º Porcentaje de pacientes que han firmado el consentimiento informado al iniciarse en el tratamiento renal sustitutivo.
º Porcentaje de pacientes vacunados correctamente contra la hepatitis B en la consulta de ERCA.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 457

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CONSULTA ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se estima que el tiempo ideal de referencia a una unidad de ERCA debería ser de un mínimo de doce meses antes de que sea necesario iniciar un tratamiento renal sustitutivo

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 267

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA INDICACION, INSERCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ SANTOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARZARAN TEIJEIRO ANA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· REBENAQUE VILLARROYA EDERLINDA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· CARRASCO BONILLA SILVIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· BERNAD USON MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las infecciones del tracto urinario (ITU) suponen actualmente la tercera causa de infecciones asociadas a cuidados en hospitales de agudos en España, tras las quirúrgicas y las respiratorias (1).
El principal factor de riesgo para desarrollar ITU asociada a cuidados es la utilización de catéteres vesicales, relacionándose este riesgo directamente con el tiempo de mantenimiento de los dispositivos. Su uso se asocia a mayor morbilidad (ITU y bacteriemia secundaria), prolongación de estancia hospitalaria, dificultad funcional para el paciente e incremento de costes sanitarios.
En el Hospital “Obispo Polanco” de Teruel no se dispone de datos de densidad de incidencia (DI) de ITU asociadas a catéter vesical. Según el estudio de prevalencia EPINE, la media de pacientes con catéter vesical en este Hospital entre 2010 y 2014 (2) fue del 16,97%, desarrollando ITU el 3,03% de ellos.
Existen guías basadas en la evidencia científica, publicadas por organismos internacionales de referencia (3), que establecen medidas para la prevención de ITU asociadas a catéter vesical.
En este momento, las Unidades de hospitalización del Hospital “Obispo Polanco” no cuentan con un procedimiento con recomendaciones basadas en la evidencia sobre indicación, técnica de inserción y mantenimiento de catéteres vesicales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocer la DI de ITU asociadas a catéter vesical.
- Disponer de un procedimiento de cateterismo vesical basado en la evidencia.
- Reducir la utilización de catéteres vesicales, evitándola cuando no sea necesaria.
- Disminuir el tiempo de cateterización vesical evaluando diariamente su necesidad.
- Reducir la DI de ITU asociadas a catéter vesical.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades del Proyecto están encaminadas a la consecución de cuatro componentes fundamentales en la atención a los pacientes, con el objetivo final de reducir las ITU asociadas a catéter vesical:
• Evitar la inserción de catéteres vesicales innecesarios.
• Inserción utilizando técnica aséptica.
• Mantenimiento siguiendo las pautas recomendadas.
• Revisión diaria de la necesidad del catéter vesical y retirada lo antes posible.
Su implementación requiere un enfoque multidisciplinar que incluye médicos, enfermeras y expertos en prevención de infecciones.
Las actividades previstas, que serán desarrolladas con la participación de todos los componentes del equipo de mejora, son:
- Estudio prospectivo de la DI de ITU asociadas a catéter vesical en Medicina Interna.
- Elaboración de un procedimiento de cateterismo vesical basado en la evidencia.
- Aprobación del procedimiento por las Comisiones de Infecciones y Cuidados.
- Difusión del procedimiento en Medicina Interna.
- Elaboración de formatos para el registro de las variables a estudio.
- Estudio prospectivo del seguimiento de recomendaciones y desarrollo de ITU asociadas a catéter vesical en Medicina Interna.
- Comunicación de resultados al personal de Medicina Interna.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Estructura:
- % profesionales con acceso al procedimiento en Medicina Interna.
Numerador: Nº profesionales implicados en la indicación, inserción, mantenimiento o retirada de catéteres vesicales en la Unidad con acceso al procedimiento x 100.
Denominador: Nº profesionales implicados en la indicación, inserción, mantenimiento o retirada de catéteres vesicales en la Unidad.
Proceso:
- % pacientes con registro de indicación de catéter vesical.
Numerador: Nº pacientes con catéter vesical con registro de indicación x 100.
Denominador: Nº pacientes con catéter vesical.
- % pacientes con inserción de catéter vesical con técnica estéril.
Numerador: Nº pacientes con catéter vesical insertado con técnica estéril x 100.
Denominador: Nº pacientes con catéter vesical.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 267

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA INDICACION, INSERCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO

- % pacientes con catéter vesical con evaluación diaria de retirada.
Numerador: Nº pacientes con catéter vesical con evaluación diaria de retirada x 100.
Denominador: Nº pacientes con catéter vesical.
- Días de uso de catéter vesical.
Numerador: Nº días de uso de catéter vesical.
Denominador: Nº pacientes con catéter vesical.
Resultado:
- Densidad de Incidencia de ITU asociada a catéter vesical.
Numerador: Nº casos nuevos de ITU asociada a catéter vesical en el periodo x 1000.
Denominador: Pacientes-día con catéter vesical.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Junio-Noviembre 2015:
Estudio prospectivo de DI de ITU asociadas a catéter vesical.
Elaboración del procedimiento. Aprobación por las Comisiones.
Elaboración de formatos.
• Diciembre 2015:
Difusión del procedimiento.
• Enero-Junio 2016:
Estudio prospectivo del seguimiento de recomendaciones y desarrollo de ITU asociadas a catéter vesical.
• Julio 2016:
Comunicación de resultados.
• Duración total del Proyecto: 14 meses.

11. OBSERVACIONES. • Bibliografía:
1.- Evolución EPINE 1990-2014.
2.- Resultados EPINE 2010-2014. Hospital Obispo Polanco. Teruel.
3.- Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31:319-26.11. OTRO ENFOQUE. Medidas de prevención de infección de demostrada eficacia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos/Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en Medicina Interna

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 347

1. TÍTULO

DESARROLLO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE UNA LESION OSEA DE POSIBLE ETIOLOGIA TUMORAL

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.
· MUNIESA HERRERO MARIA PILAR. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CASTRO SAURAS ANGEL. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FUERTES VALLCORBA ARIANA. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BALLESTER GIMENEZ JUAN JOSE. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LOPEZ MAS CLARA. MIR. H OBISPO POLANCO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Toda masa anormal de tejidos que aparece y se desarrolla en los huesos se denomina " tumor óseo". Aunque son infrecuentes, cuando son de naturaleza maligna representan un problema muy grave para el cirujano ortopédico, debido a que su diagnóstico entraña a veces dificultades y su tratamiento requiere una buena formación quirúrgica debido a las técnicas específicas que hay que realizar en algunos casos. Todos los médicos deberían de tener conocimientos básicos sobre estas lesiones y , desde luego, cualquier cirujano ortopédico general debería saber hacer correctamente un diagnóstico aproximado de las mismas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adecuado y precoz diagnóstico de toda lesión ósea sospechosa de etiología tumoral.
Terapéutica más efectiva con menor daño para el paciente.
Aumentar la supervivencia con una adecuada calidad de vida.
Unificar criterios de derivación a una unidad específica de dicha patología: Unidad de Tumores Musculoesqueléticos de nuestro hospital de referencia
Establecer una buena comunicación entre profesionales cuyos objetivos sean las preferencias y necesidades individuales de cada paciente, colaboración con el Servicio de Oncología.
Disminución del número de derivaciones inadecuadas.
Aumento de la satisfacción del profesional y del paciente por el correcto estudio de su patología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de las vías clínicas disponibles en el ámbito sanitario nacional e internacional con el objetivo de adaptarlas a nuestro medio.
Elaboración de un protocolo de actuación ante la aparición de una lesión ósea de posible etiología tumoral unificando criterios y actuaciones
Elaboración y presentación del protocolo al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Reunión del grupo de mejora para evaluación de los resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Incidencia de lesiones óseas tumorales primarias
2. Incidencia de lesiones óseas tumorales secundarias
3. Incidencia de pacientes subsidiarios de aplicación del protocolo
4. Valoración de la satisfacción del profesional y del paciente por el correcto estudio de su patología

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1er cuatrimestre: elaboración y exposición a los miembros del servicio del protocolo de actuación tras revisión bibliográfica. Durante 6 meses siguientes: aplicación e implementación del protocolo. Dos últimos meses: valoración de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 094

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN NUEVO PROGAMA DE PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO DE UTERO EN EL SECTOR SANITARIO DE TERUEL

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.
· SPINOSO CRUZ VICENTE ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PARRILLA VIRGOS PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CABEZA VENGOECHEA PEDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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.
Las pruebas de detección del VPH constituyen un marcador muy sensible y precoz del riesgo de cáncer o lesiones precursoras, especialmente en mujeres mayores de 30 años. En la última década la mayoría de Sociedades Científicas ha incorporado las pruebas VPH en diferentes ámbitos de la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino (cribado, selección de citologías anormales y seguimiento post-tratamiento). En España, en el año 2006, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC), la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y la Sociedad Española de Citología (SEC) incluyeron de forma opcional la prueba VPH en mujeres mayores de 35 años en el cribado primario.
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. Mayoritariamente los programas de cribado de cáncer de cuello uterino (CCU) son oportunistas, con coberturas no óptimas y con déficits en la equidad y en la eficiencia. Se estima que más del 60% de las neoplasias de cérvix diagnosticadas recaen en mujeres sin cribado previo o con cribado inadecuado. Establecer una política de cribado poblacional para el cáncer de cuello uterino, tanto en España como en el resto de países europeos, debería ser una prioridad tal como se expone en las “European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening”.
Coberturas subóptimas tanto en la prevención primaria como en el cribado y la utilización de pruebas y pautas de cribado no adecuadas pueden conducir a un incremento del coste sin una reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en España.
Durante el año 2011, en el Hospital Obispo Polanco, gracias al trabajo de información que realizó la Dra Schuhmacher con charlas para profesioneales de atención primaria, se introdujo el cribado conjunto con citología y vph en mujeres de entre 30 y 45 años, lo que permitió aumentar el intervalo de cribado con seguridad (a 5 años si ambas pruebas son negativas) por lo que es coste/efectivo. Con estos datos y con la reciente publicación de la SEGO de la Oncoguía de Prevención del cáncer del Cuello de útero, consideramos necesario un cambio en la estrategia de prevención del cáncer de cuello de útero en el Hospital Obispo Polanco, para adecuarla a la mejor evidencia clínica disponible en la actualidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Aplicación del cribado conjunto de citología y VPH a mujeres de entre 30 y 45 años desde el año 2011, lo que ha permitido aumentar el intervalo de cribado a estas mujeres

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aplicar los protocolos recomendados por las sociedades médicas y que ya están apoyados por evidencias científicas
Aumentar la captación poblacional y adhesión al programa de cribado de cáncer de cuello uterino
Disminuir número de citologías y exploraciones innecesarias
Potenciar la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada
Informar de los nuevos avances y nuevas estrategias a la población femenina y aumentar su seguridad y confianza en nuestro sistema sanitario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño de material informativo del nuevo protocolo
Presentación del Plan en el servicio de Ginecología. Sesión Clínica
Sesiones divulgativas con los profesionales de atención primaria
Realización de cursos de actualización sobre cáncer de cérvix por el personal del servicio
Información escrita y verbal a las usuarias

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de citologías realizadas en el año
Numero de citologías que no se adecuan al protocolo
Numero de test de HPV que no se adecuen al protocolo
Porcentaje de cobertura del programa de prevención del cáncer de cérvix
Sesiones con profesionales
Porcentaje de miembros del servicio que han realizado curso de actualización sobre cáncer de cérvix

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Presentación del plan en el servicio de Ginecología. Sesión Clínica Mayo de 2015
- Sesiones divulgativas con los distintos profesionales de atención primaria, principalmente matronas: desde mayo hasta finales de Junio

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 094

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN NUEVO PROGAMA DE PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO DE UTERO EN EL SECTOR SANITARIO DE TERUEL

- Curso de actualización en patología cervical: 14 mayo de 2015
- Evaluación de los datos obtenidos: Diciembre 2015
- Propuesta de nuevas acciones de mejora: Año 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Mujeres en edad de cribado del cancer ginecológico

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 358

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EMPIRICO EN PACIENTES ADULTOS CON NEUMONIA BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL

2. RESPONSABLE ..... ANA GARZARAN TEIJEIRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· VICARIO BERMUDEZ JUANA MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· FERNANDEZ SANTOS RAFAEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Europa, la incidencia de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en adultos es entre 3 y 8 casos por 1.000 habitantes/año, aumentando con la edad y las comorbilidades. Un 40% requieren ingreso hospitalario y alrededor del 10% precisan atención en Cuidados Intensivos. La mortalidad global está alrededor del 10% (1).
En un estudio en el ámbito de Atención Primaria en España, sobre una cohorte retrospectiva (2003-2007) de personas entre 20 y 79 años, la tasa de incidencia de NAC fue 2,69 casos por 1.000 personas/año, con tasas superiores en hombres, el incremento de edad y los meses fríos de invierno. El 32% de los casos fueron hospitalizados (2).
La mortalidad en pacientes hospitalizados por NAC se ha reducido en los últimos años, habiendo contribuido a ello el conocimiento de su epidemiología y microbiología, el abordaje precoz de los casos más graves o el desarrollo de guías clínicas. La implementación de estas guías disminuye la mortalidad y la estancia hospitalaria (3), favoreciendo la toma de decisiones y la reducción de costes.
El tratamiento debe ser precoz, por lo que hasta disponer de resultados microbiológicos, se realizará de forma empírica. Una correcta elección, basada en la clínica, factores epidemiológicos y patrones de resistencia de los microorganismos en el área geográfica (4), es importante para conseguir efectividad y prevenir el desarrollo de resistencias. Por ello, como señalan organismos de referencia (SEPAR, CDC, IDSA), es fundamental disponer de protocolos adaptados a cada área epidemiológica.
En el Hospital “Obispo Polanco”, más del 11% de los pacientes ingresados durante 2014 en Medicina Interna y Neumología, lo hicieron por NAC. En este momento en el hospital no existe un protocolo actualizado con los agentes causales más frecuentes de NAC, sus resistencias antibióticas y el tratamiento empírico recomendado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disponer de un protocolo actualizado para el tratamiento empírico de NAC bacteriana.
- Controlar la aparición de resistencias asociadas al uso de antibióticos.
- Comenzar antibioterapia precozmente a pacientes con NAC bacteriana que precisen ingreso hospitalario.
- Administrar antibioterapia empírica efectiva a pacientes con NAC bacteriana atendidos en el hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Este Proyecto pretende alcanzar sus objetivos mediante la implementación de un protocolo de tratamiento antibiótico empírico de la NAC de etiología bacteriana. Para su elaboración se revisarán las últimas guías publicadas, así como el patrón de resistencias antibióticas en pacientes adultos con ingreso en el Hospital “Obispo Polanco”.
Las actividades serán desarrolladas con la participación de todos los componentes del equipo de mejora, y son:
- Elaboración de un protocolo de tratamiento antibiótico empírico de NAC bacteriana en adultos.
- Revisión y aprobación del protocolo por la Comisión de Infecciones.
- Elaboración de formatos para recogida de datos.
- Difusión del protocolo a los médicos de Urgencias, Medicina Interna y Neumología.
- Estudio de seguimiento del protocolo y su efectividad.
- Comunicación de resultados a los Servicios implicados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Estructura:
- % médicos de Urgencias, Medicina Interna y Neumología con acceso al protocolo.
Nº médicos con acceso al protocolo x 100 / Nº médicos.
Proceso:
- % médicos que siguen las indicaciones de antibioterapia empírica establecidas en el protocolo.
Nº médicos que siguen el protocolo x 100 / Nº médicos.
- % adultos ingresados por NAC bacteriana con administración de dosis del antibiótico recomendado en Urgencias.
Nº con antibiótico en Urgencias x 100 / Nº adultos ingresados.
Resultado:
- % adultos ingresados por NAC bacteriana con tratamiento antibiótico empírico efectivo.
Nº en que no se modifica la antibioterapia empírica x 100 / Nº con antibioterapia empírica.
- Días de estancia en adultos ingresados por NAC bacteriana.
Nº estancias en adultos ingresados x 100 / Nº adultos ingresados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Junio-Agosto 2015: Elaboración del protocolo y formatos. Aprobación por la Comisión.
- Septiembre 2015: Difusión del protocolo.
- Octubre 2015-Marzo 2016: Estudio de seguimiento.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 358

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EMPIRICO EN PACIENTES ADULTOS CON NEUMONIA BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL

- Abril 2016: Comunicación de resultados.
- Duración: 11 meses.

11. OBSERVACIONES. • Bibliografía:
1.- Torres A, Barberán J, Falguera M, et al. Guía multidisciplinar para la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Med Clin (Barc). 2013;140(5):223.e1-223.e19.
2.- Chacón García A, Ruigómez A, García Rodríguez LA. Incidencia de neumonía adquirida en la comunidad en la cohorte poblacional de la base de datos en atención primaria (BIFAP). Aten Primaria. 2010;42:543-51.
3.- Dambrava PG, Torres A, Valle`s X, Mensa J, Marcos MA, Peñarroja G, et al. Adherence to guidelines' empirical antibiotic recommendations and community-acquired pneumonia outcome. Eur Respir J. 2008;32:892-901.
4.- Menéndez R, Torres A, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, Rodríguez de Castro F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2010;46:543-58.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 194

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL ACCESO VASCULAR EN HEMODIALISIS MEDIANTE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO GASCON MARIÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ CRIADO JORGE. MEDICO-NEFROLOGO. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ MARCELO. MEDICO-NEFROLOGO. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· LACASA SANCHEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· PEREZ PEREZ AURORA. MEDICO-NEFROLOGO. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· SANCHEZ MARTINEZ AMPARO. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· ACERO ALMUDENA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Para que la técnica hemodialítica pueda llevarse a cabo, es requisito indispensable la realización de un acceso vascular (AV) que proporcione un flujo de sangre elevado y que permita un fácil y repetitivo abordaje. La FAVI nativa o autóloga está considerada el mejor AV para la HD a largo plazo: proporciona un flujo de sangre adecuado, es de fácil acceso, resistente a las punciones repetitivas y tiene una tasa de complicaciones más baja que otros tipos de AV. Además de la evidencia científica de que la HD, a través de un AV autólogo, se asocia a una mayor supervivencia de la técnica y del paciente. Aún así, no siempre es posible la creación de una FAVI nativa, siendo la FAVI protésica y el catéter venoso central (CVC) las alternativas.

El aumento de la expectativa de vida, la notable mejoría en las técnicas de diálisis, y el incremento constante de pacientes mayores de 65 años, supone que el enfermo renal, como resultado de su mayor longevidad y tiempo de permanencia en diálisis, así como de las patologías que frecuentemente asocia (Diabetes y Enfermedades Cardíacas y Vasculares), presente un mayor agotamiento del AV y un aumento de las patologías y complicaciones asociadas a ellos. Por ello es necesario la realización de un seguimiento estricto del acceso vascular con la intención de detectar precozmente alguna de sus complicaciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La mejora en la calidad del acceso vascular (FAV, CAT) condicionara:
1.- Mayor eficiencia de la Hemodiálisis.
2.- Disminuye tasa de morbilidad.
3.- Mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).
4.-Mejora el grado de satisfacción de los profesionales implicados en el cuidado de los enfermos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Planes de mejora para del acceso vascular para hemodialisis:

1. Análisis de la situación basal
2. Definición de indicadores y objetivos
3. Organizar reuniones periódicas
4. Establecer un programa de formación y educación
5. Establecer un programa de seguimiento del acceso vascular (FAV, CAT), incluyendo examen físico, monitorización de presiones y flujos.
6.-Designación de personas responsables (la “enfermera o nefrólogo” como miembro clave de la ejecución de programa)
7.- Constitución de un equipo multidisciplinar con implicación de enfermería, nefrólogo y cirujano vascular (perteneciente al Hospital Miguel Servet, por ausencia de especialista en nuestro hospital).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. EVALUACION Y SEGUIMIENTO
Nuestra unidad de hemodiálisis desarrollara un programa multidisciplinar de vigilancia y monitorización del acceso vascular (FAV y CAT). Este programa detectara la disfunción del AV, permitirá localizar su origen y reparar la lesión.
Se desarrollara un instrumento para la detección la disfunción del AV (FAV y CAT), para ello se realizara una historia de enfermería de Accesos Vasculares para Hemodiálisis que estará compuesta por cuatro documentos:
1.- Informe de Enfermería Acceso Vascular para HD y Mapa de acceso vascular.
2- Hoja de complicaciones y tratamiento.
3.-Hoja de seguimiento para la detección precoz de disfunción del acceso vascular.
4- Hoja de Evolución de acceso vascular

INDICADORES
Se utilizaran los indicadores de calidad del acceso vascular descrito en las guías de manejo de la sociedad española de nefrología.
• Porcentaje de pacientes incidentes con acceso vascular permanente.
• Tasa anual de trombosis de fístula arteriovenosa (FAV).
• Porcentaje de pacientes prevalentes con con FAV autóloga.
• Porcentaje de pacientes prevalentes con catéteres tunelizados.
• Porcentaje de infecciones en catéteres tunelizados.
• Porcentaje de infecciones en FAV.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 194

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL ACCESO VASCULAR EN HEMODIALISIS MEDIANTE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

• Porcentaje de incidencia de complicaciones relacionadas con inserción de catéteres.
- Porcentaje de intervenciones ambulatorias.
- Tasa de ingresos relacionados por disfunción del acceso vascular.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Seguimiento continúo mientras el paciente se encuentre en hemodiálisis.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes prevalentes en hemodialisis de nuestra unidad

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 009

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE IMPLANTACION DEL USO DE SOLUCIONES PRE-MEZCLADAS DE POTASIO INTRAVENOSO COMO INCREMENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

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.
· ESCUSA JULIAN MILAGROS. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECCION DE ENFERMERIA
· CABALLERO PEREZ VICTORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· HERNANDEZ GARCIA LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA
· GARCIA HERRERO LUISA. TCAE. H OBISPO POLANCO. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La administración incorrecta de potasio intravenoso es uno de los problemas más reconocidos y tratados en el campo de la seguridad del paciente. Entre los años 1996 y 1998 la Joint Commission, que acababa de establecer la política de declaración de eventos centinelas, analizó 200 sucesos comunicados. El más frecuente de todos fue la muerte por administración de cloruro potásico intravenoso con 10 casos. Hay que decir que siguen produciéndose casos de muerte por este mismo problema actualmente en todo el mundo. La política del cloruro potásico y otros electrolitos concentrados es una de las 6 metas internacionales de la seguridad del paciente definidas por la Joint Commission International.
Por otro lado, según la ISMP-España, se denominan “medicamentos de alto riesgo” aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Ello no implica que los errores con estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de que ocurran, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. En la relación de medicamentos actualizada recientemente por la ISMP podemos encontrar, entre otros, las soluciones concentradas de cloruro potásico para administración intravenosa.
En muchos casos, uno de los factores que ha contribuido a la aparición de errores mortales como consecuencia de la utilización incorrecta de estas soluciones, ha sido la disponibilidad de viales o ampollas de cloruro potásico concentrado en las distintas unidades asistenciales. Las causas de estos errores pueden ser varias, entre las que destacan: la administración equivocada de esta solución por otro medicamento debido a su apariencia similar o lapsus y a su preparación incorrecta por falta de experiencia.
Actualmente en nuestro hospital no se han llevado a cabo iniciativas dirigidas a mejorar el uso seguro del cloruro potásico intravenoso o el desarrollo de programas orientados a este fin, lo cual podría suponer una mejora importante en la seguridad del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Sensibilizar al personal facultativo y de enfermería del Hospital Obispo Polanco de los riesgos potenciales que supone la utilización de soluciones concentradas de cloruro potásico y las consecuencias de un error en su utilización.
Desarrollo de un conjunto de iniciativas, avaladas por distintos Organismos Nacionales e Internacionales, con el fin de llevar a cabo cambios en el sistema que permitan la mejora de la seguridad del paciente en última instancia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a) Primera fase: Procedimiento
Presentación de un procedimiento normalizado de trabajo y oportunidades de mejora en la seguridad del paciente que serán tratadas en la Comisión de Seguridad del Hospital.
Establecer una recomendación clara en la utilización de soluciones concentradas de cloruro potásico para administración intravenosa.
b) Segunda fase: Difusión
Difusión al resto de profesionales del Hospital, mediante sesiones formativas, de las recomendaciones propuestas por la Comisión de Seguridad para el uso seguro de estas soluciones.
Difusión de las medidas a adoptar en el Hospital, como línea estratégica para la mejora de la seguridad en la Institución
c) Tercera fase: Iniciativas a adoptar
Desarrollo de las medidas establecidas por el Ministerio de Sanidad en su documento “Recomendaciones para el Uso Seguro del Potasio Intravenoso”, tales como:
- Retirar progresiva de los viales y ampollas de cloruro potásico concentrado de las unidades asistenciales y su reemplazo por soluciones diluidas, previo estudio de las pautas más comunes de prescripción facultativa.
- Restringir las soluciones concentradas de cloruro potásico a los Servicios de Cuidados Intensivos, Quirófanos, Pediatría y Urgencias, debido a las particularidades presentes en los mismos.
- Adquisición de soluciones diluidas de cloruro potásico comercializadas que se ajusten a las necesidades del Hospital o en su defecto preparar aquellas diluciones que no se encuentren disponibles comercialmente en el Servicio de Farmacia, siempre y cuando estuviesen justificadas y se consideren necesarias.
Todas estas medidas deberán ser avaladas desde la Comisión de Seguridad del Hospital Obispo Polanco para su puesta en marcha, siendo necesaria la participación de los profesionales de todas las áreas clínicas del Hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Indicadores de prescripción y validación:
• % de cumplimiento del programa: % mezclas normalizadas prescritas de acuerdo a las presentaciones

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 009

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE IMPLANTACION DEL USO DE SOLUCIONES PRE-MEZCLADAS DE POTASIO INTRAVENOSO COMO INCREMENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

disponibles respecto al total de prescripciones de soluciones diluidas de cloruro potásico.
• Verificar la adecuación de la prescripción al protocolo de utilización: dosis, concentración, vía de administración y velocidad de administración.
- Indicadores de preparación y dispensación:
• % mezclas individualizadas en el Servicio de Farmacia respecto al total de mezclas dispensadas.
• Consumo por unidad: Nº de mezclas diluidas dispensadas por unidad respecto al total de mezclas diluidas dispensadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. a) Primera fase: mayo-septiembre de 2015. Este periodo está sujeto a la Comisión de Seguridad del Hospital.
b) Segunda fase: octubre-diciembre de 2015.
c) Tercera fase: enero-mayo de 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad en el paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 632

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: COORDINACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION DE PACIENTES NEUROLOGICOS EN EL SECTOR DE TERUEL. CONSULTAS NO PRESENCIALES

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
· GALLARDO GANUZA CARMEN. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· LOZANO PASAMAR MARIANO. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MARTINEZ MATILDE. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología neurológica es frecuente en las consultas de Atención Primaria. Algunos de estos pacientes requieren atención neurológica urgente o en un plazo recortado de tiempo mientras que otros casos no requieren valoración o puede realizarse un manejo inicial por parte del Médico de Atención Primaria.
Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Existe una demora media de acceso a las Consultas externas de Neurología muy prolongada, sumándose además el riesgo que supone el retraso en la valoración de determinadas patologías. Existen por un lado pacientes que podrían manejarse sin necesidad de valoración por Médico especialista en Neurología, fundamentalmente cefaleas y por otro casos concretos que suscitan dudas en los médicos de atención primaria en su inmediato manejo. Se añade a estas necesidades la ausencia de un sistema de comunicación eficaz con Neurología para poder comentar los casos y realizar una toma de decisiones. La necesidad de una comunicación ágil y eficaz es demandada tanto por el médico de Atención Primaria como por el Neurólogo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo de este plan de mejora es establecer un sistema de comunicación eficaz que permita compartir información entre Atención Primaria y Neurología, facilitar la derivación de pacientes que precisen atención temprana, así como evitar derivaciones innecesarias que incrementan las listas de espera, impidiendo la atención de otros pacientes que realmente requieren atención.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación de un Circuito de Comunicación a través de una dirección de correo electrónico institucional tanto para el Servicio de Neurología como para los diferentes Centros de Salud participantes con el que poder establecer la denominada “Consulta no Presencial”.
- El proyecto “Piloto” se llevará a cabo inicialmente con cuatro médicos pertenecientes a los Centros de Salud de Aliaga, Alfambra, Teruel Centro y Teruel Ensanche para valorar la experiencia y evaluar el flujo de pacientes. Se establecerán reuniones y calendarios con el grupo de trabajo seleccionado de Atención Primaria
- Las consultas se referirán a:
o Pacientes con pruebas complementarias anormales
o Pacientes que por su clínica o evolución requieran anticipación de cita o valoración semi-urgente
o Se decidirá en conjunto con los responsables de Atención Primaria las patologías más prevalentes en las que pueden iniciar el manejo sin derivación
o Pacientes valorados por Neurología que requieran alguna atención concreta que deba ser llevada a cabo por el médico de atención primaria responsable
- Los Neurólogos del Hospital atenderán la Consultas No Presenciales enviadas al correo electrónico y se enviará respuesta en un plazo inferior a 72 horas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reducción en la Demora Media para acceso a consultas externas de Neurología. A 31 de diciembre de 2014 era de 22 días.
Porcentaje de consultas realizadas respondidas por los Neurólogos: 100%
Porcentaje de pacientes en los que se ha modificado la atención gracias al sistema de comunicación 50%
Porcentaje de consultas realizadas contestadas antes de las 72 horas 100%
Porcentaje de reducción de reclamaciones debidas a la demora de visita en Consultas Externas de Neurología 75

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Reuniones con Atención Primaria para acordar situaciones de consulta: hasta Septiembre de 2015
Implantación de las direcciones de correo electrónico: Septiembre de 2015
Puesta en marcha del sistema de comunicación: A partir de Octubre de 2015
Evaluación de los indicadores: Mayo de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con patología neurológica

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 632

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: COORDINACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION DE PACIENTES NEUROLOGICOS EN EL SECTOR DE TERUEL. CONSULTAS NO PRESENCIALES

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 252

1. TÍTULO

FORMACION A ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRERO EGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAHOZ ZAMARRO MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· IRANZO GARCIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ALVAREZ MORENO MARIA ROSA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· PEREZ HERRERA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CERCOS CASINO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LUCIA PLUMED MARIBEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· HERNANDEZ MARTIN CLARA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente traqueotomizado es un paciente que requiere unos cuidados especiales.
Hay pocos pacientes ingresados con traqueotomía en la planta de Otorrinolaringología, en la UCI y en el resto de plantas hospitalarias ya que es un hospital comarcal y existe poca prevalencia. A pesar de esto, el personal de enfermería tiene que estar acostumbrado y conocer la actuación y posibles complicaciones en estos pacientes.
Consecuentemente se asegura la vía aérea de estos enfermos.
Además, la traqueotomía origina una agresión física y psíquica que afecta la integridad de la propia imagen de la persona e implica un cambio en su vida diaria. Es por ello que los cuidados de enfermería deben atender la comodidad y seguridad del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ampliar y reforzar los conocimientos sobre los pacientes traqueotomizados en enfermeros/as.
Seguridad y eficiencia de estos profesionales a la hora del manejo de estos enfermos y consecuentemente mayor seguridad asistencial al paciente.
Mejorar la calidad asistencial en estos enfermos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar cursos informativos sobre el manejo de las cánulas de traqueotomía, sobre las posibles complicaciones que pueden aparecer en estos enfermos y como solventarlas.
Las charlas informativas van dirigidas a enfermeras y auxiliares que trabajen con estos pacientes, especialmente de la planta de otorrinolaringología y de la UCI.
Organizar reuniones cuatrimestrales con los enfermeros/as de la planta de Otorrinolaringología. Las prácticas se realizarán cuando haya pacientes con traqueotomía hospitalizados.
Se realizarán 2 cursos teóricos: uno dirigido al personal de enfermería de la UCI y otro dirigido a enfermería del resto de plantas del hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº reuniones realizadas/ nº reuniones previstas.
Encuesta a las enfermeras sobre el curso.
Nº complicaciones/nº pacientes con traqueotomía ingresados en Otorrinolaringología.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer cuatrimestre (julio-octubre): primer taller.
Segundo cuatrimestre (noviembre-febrero): segundo taller.
Tercer cuatrimestre (marzo-junio): tercer taller.
Primer curso teórico: septiembre.
Segundo curso teórico: febrero.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con traqueotomía

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 650

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN UCE DE PSIQUIATRIA: LOS PERMISOS TERAPEUTICOS

2. RESPONSABLE ..... CARLOS IGLESIAS ECHEGOYEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREYRA GRUSTAN LORENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· BLASCO MAS MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· MONGAY ELOLA MARIA TERESA. MIR. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· GONZALEZ VEGA ZELMA. MIR. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· GOMEZ CHAGOYEN BLANCA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los permisos de salida para pacientes son práctica habitual en los dispositivos hospitalarios de salud mental incluidas las Unidades de Corta Estancia.

Siguiendo criterios profesionales se valoran riesgos y beneficios de manera individual y, en su caso, se conceden con fines terapéuticos, esperando que contribuyan a una mejor evolución del paciente. Los objetivos de dichos permisos son variados, siendo los más importantes:
-rebajar niveles de tensión y malestar que puede provocar estar ingresado en una unidad de carácter cerrado
-observar cómo el paciente se va desenvolviendo en el medio exterior en aras a lograr una efectiva vuelta al medio comunitario.

Los miembros del grupo venimos observando desde hace tiempo una amplia heterogeneidad en cuanto a la articulación de dichos permisos, lo cual tiene que ver mayormente con preferencias personales de cada facultativo y con varias circunstancias añadidas (carácter voluntario o involuntario del ingreso, existencia de allegados que puedan acompañar o no al paciente, hábito tabáquico…) que conduce a no existir a día de hoy una normativa interna clara en relación a la concesión o no del permiso y en qué circunstancias (a partir de qué día se puede conceder, si es obligatorio estar acompañado o no, duración del permiso, posibles excepciones…).

Debido a esta variabilidad, que crea dudas en los profesionales, dificultades de funcionamiento interno del Servicio, malestar en los pacientes y a su vez deja de relieve la posibilidad de consecuencias médicolegales creemos conveniente homogeneizar estos permisos dentro de nuestro sector y así mejorar la calidad en la atención y confort de los pacientes ingresados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Clarificar y unificar criterios de concesión de permisos terapéuticos de pacientes ingresados en UCE de psiquiatría del Hº Obispo Polanco.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A-Obtención de información . Responsables: Carlos Iglesias, Zelma González y Dolores Serrano
1- Búsqueda bibliográfica en relación a los permisos terapéuticos en UCEs
2-Recogida de información al respecto de profesionales de otros Sectores sanitarios de nuestra CA y de fuera de ella. Valorar posibilidad de consensuar documento aplicable a todos los Sectores de la CA
3-Consulta legal: Servicios Jurídicos SALUD y Audiencia Provincial de Teruel

B-Confección de documento tipo PROTOCOLO Responsables: Miguel Blasco, Lorena Pereyra, Teresa Mongay y Blanca Gómez
Incluyendo una hoja tipo de salida terapéutica y recomendaciones del permiso

C-Seguimiento: Responsables: todos los miembros
Recoger posibles incidencias en los meses siguientes a su implantación. Revisar protocolo al año de su puesta en marcha.

.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A-Recogida de información
Indicador Recogida de información
Objetivo Si

B-Confección de documento tipo PROTOCOLO
Indicador Confección protocolo
Objetivo Si

C-Seguimiento:
Indicador Recoger incidencias. Finalizar revisando protocolo
Objetivo SI

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 650

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA EN UCE DE PSIQUIATRIA: LOS PERMISOS TERAPEUTICOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. A-Recogida de información
Cronograma Junio 2015-agosto 2015

B-Confección de documento tipo PROTOCOLO
Cronograma Septiembre 2015

C-Seguimiento:
Indicador Recoger incidencias. Finalizar revisando protocolo
Cronograma Octubre 2015-septiembre 2016

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora de seguridad clínica

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ingresados en UCE de psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 316

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA

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
· SANZ ASIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad de Parkinson es una patología neurodegenerativa con una prevalencia de un 1% en mayores de 60 años, alcanzando el 4% en mayores de 80.Conforme la enfermedad avanza aparecen síntomas motores y no motores que suponen un empeoramiento importante en la calidad de vida del paciente. La Enfermedad de Parkinson Avanzada (EPA) se define, según el último consenso,como la fase de la enfermedad en la que están presentes síntomas y complicaciones que repercuten de forma importante sobre el estado de salud del paciente y responden de forma insuficiente al tratamiento convencional.Este problema se identificó al ver en la consulta de Neurología que los pacientes con EPA no estaban bien valorados debido al escaso tiempo que se les puede prestar en la consulta. A día de hoy, no se estaba realizando en nuestro hospital ninguna de las terapias alternativas que existen para mejorar la calidad de vida en esta etapa de enfermedad, siendo la falta de tiempo el motivo fundamental(salvo en el caso de la cirugía).Además, se identificaron otros problemas muy comunes en pacientes en esta fase de enfermedad, la falta de valoración por el Servicio de Rehabilitación y Otorrinolaringología de los problemas motores derivados de esta patología, en concreto las alteraciones en el equilibrio, la marcha por pérdida de reflejos posturales y/o bloqueos, deterioro funcional en las ABVD y los trastornos fonatorios y deglutorios.Las terapias alternativas de las que se dispone hoy en día son: Bomba de perfusión continúa de apomorfina subcutánea, bomba de perfusión contínua intestinal de gel levodopa-carbidopa(mediante gastrostomía y Cirugía funcional de Parkinson mediante Estimulación Cerebral Profunda (ECP). La cirugía funcional únicamente está disponible en nuestra comunidad autónoma en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza por lo que los pacientes que creamos candidatos deberán ser canalizados a la Unidad de Trastornos del Movimiento de este Hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Estudiar en la medida en la que nuestros medios nos lo permitan a pacientes que se cree candidatos para cirugía e ingresarlos de forma programada en la planta de Neurología
-Iniciarse en la colocación de las dos bombas de perfusión disponibles en el mercado. Para ello contaremos con personal cualificado del correspondiente laboratorio, formado en la colocación y seguimiento de estas terapias.
-Poder ser valorados por el Servicio de Rehabilitación durante el ingreso o de forma programada como preferentes en CCEE, para plantear posibles tratamientos orientados a mejorar o reeducar sus trastornos del equilibrio, coordinación y marcha, y plantear si se beneficiarían de tratamiento de terapia ocupacional y/o de logopedia para sus trastornos del habla y/o de la deglución. Y ser valorados de forma aislada o conjuntamente por el servicio de ORL en casos de alteraciones en la fonación o deglución.
-Ofrecer una mejor asistencia a los pacientes afectos de esta enfermedad en la población de Teruel y dar acceso a terapias (únicamente bombas de perfusión) sin tener que someterles a traslados a otros hospitales, no sólo para la administración inicial del tratamiento sino también para el seguimiento periódico del mismo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Paciente potencialmente candidato para Cirugía Funcional:Ingreso durante un máximo de 5 días, de lunes a viernes,durante el cual se le realizará un test de sobrecarga de levodopa y/o apomorfina sc (a elección del médico responsable), test neuropsicológicos,analítica,RMN cerebral, diarios del paciente y se ajustará el tratamiento tratando de optimizar al máximo el tratamiento oral. Siempre que el paciente lo consienta, se grabará en video antes y después del test de medicación. Se comentará con Rehabilitación y/o ORL según considere el médico responsable. Una vez realizado el estudio y si el paciente sigue siendo candidato, se canalizará a la U.Trastornos del Movimiento del HUMS. 2.Paciente que no cumple criterios de cirugía o se plantea colocación de una bomba de perfusión previa a la misma o simplemente el paciente desestima cirugía:Ingreso programado aproximadamente 5 días, realizándose las pruebas ya comentadas salvo la RMN. Además, si el paciente es candidato a una de las bombas y se ha acordado con el personal de laboratorio, se puede alargar el ingreso para colocar la bomba en el mismo ingreso. Si no se puede realizar en ese momento, se programará un nuevo ingreso.2.a. En caso de colocación de BPC (bomba de perfusión continua) de Apomorfina, se plantea un segundo ingreso de 3-4 días para iniciar la perfusión y observar efectos secundarios.
2.b. En caso de colocación de BPC Gel intestinal levodopa-carbidopa (Duodopa)se estima un nuevo ingreso mínimo de 5 días, con prueba de eficacia mediante SNG previa a la realización del test. En este proceso deberán estar involucrados, previo comentar el caso y programar día de la gastrostomía, el Servicio de Digestivo de nuestro Hospital, en concreto el responsable que vaya a realizar la endoscopia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes seleccionados para ingreso a los que se les realiza todas las medidas comentadas anteriormente: 100%
Porcentaje de pacientes valorados en ingreso que acaban siendo tratados con una de las terapias en un plazo de 1-3 meses en el caso de las Bombas de perfusión y un plazo de 6 meses en caso de Cirugía Funcional: 80%
Porcentaje de pacientes con problemas de la marcha, deglución o fonación que son valorados por el Servicio de RHB / ORL (durante el ingreso o ambulatoriamente): 100

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 316

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio 1/01/2015.Fecha fin 1/01/2016.
Cronograma:
Evaluación de los indicadores: Marzo de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. adultos y ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con Enfermedad de Parkinson Avanzada

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 349

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE VIA CLINICA EN INESTABILIDAD PATELOFEMORAL DE RODILLA EN LA UNIDAD DE RODILLA (HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL)

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUNIESA HERRERO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LUIS JAVIER FLORIA ARNAL. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CASTRO SAURAS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BALLESTER GIMENEZ JUAN JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FUERTES VALLCORBA ARIANA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· OSCA GUADALAJARA MARTA. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - La patología rotuliana es un motivo de frecuente consulta en la cirugía de la rodilla.
- La articulación ptelofemoral es poco congruente. Su estabilidad pasiva depende de la morfología de la tróclea y de la rótula mientras que la activa depende de los obenques musculares que posibilitan el recentrado de la articulación durante los movimientos cotidianos deportivos. Más que en otras patologías, aquí es importante definir las poblaciones a las que se deberán realizar las intervenciones, con el fin de evitar iatrogenias.
- En 1987, H.Dejour propuso una clasificación de la patología femoropatelar que definía tres grupos poblacionales, cuatro factores anatómicos principales y cuatro factores secundarios de inestabilidad rotuliana. A partir del conocimiento de todos estos elementos se podrá diseñas un plan de tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. o Durante el año 2014 se realizaron un total de 4 tipos diferentes de procedimientos quirúrgicos para tratar la inestabilidad rotuliana en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Unidad de rodilla) del Hospital Obispo Polanco de Teruel, mayoritariamente mujeres menores de 50 años independientes para las actividades básicas de la vida diaria.
o El personal especialista de Traumatología no dispone actualmente de un algoritmo terapeútico para unificar citerios a la hora de indicar el tipo de tratamiento quirúrgico de la inestabilidad patelofemoral. Por ello se pretende crear una vía clínica que ayude, facilite y permita indicar un tratamiento individualizado a cada paciente.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. o Información con reciente evidencia científica sobre los procedimientos existentes para abordar la patologia patelofemoral.
o Información al personal de enfermería y auxiliares de la vía clínica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. o Elaboración de la vía clínica, presentación al Servicio de Traumatología y tras aceptación y/o modificación de la misma implantación de la vía clínica.
o Elaboración de un programa de rehabilitación.
o Elaboración de folleto informativo con imágenes ilustrativas de la cirugía.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. o Proporción de pacientes que al ingreso presentan cumplimiento del tratamiento rehabilitador, consentimiento informado de anestesia, de la cirugía, historia completa, pruebas complementarias, y preoperatorio.
o Pacientes que fueron informados de la cirugía y el postoperatorio. Pacientes no informados.
o Proporción de pacientes sometidos a cirugía de inestabilidad rotuliana con vía clínica completa. Pacientes sometidos sin vía clínica.
o Proporción de pacientes que completan el tratamiento Rehabilitador tanto pre como postquirúrgicamente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. o Desde la aprobación del proyecto de calidad hasta junio:
?Presentación al servicio COT y enfermería en sesión clínica.
?Elaboración de la vía clínica con algoritmo terapeútico para unificar criterios entre todos los especialistas del servicio.
?Evaluación desde la aprobación por el servicio de COT evaluación de resultados con encuesta de satisfacción y evaluación de indicadores
?Elaboración de programa de rehabilitación.

11. OBSERVACIONES. o Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 349

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE VIA CLINICA EN INESTABILIDAD PATELOFEMORAL DE RODILLA EN LA UNIDAD DE RODILLA (HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL)

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 410

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN EL SECTOR DE TERUEL PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA ESFERA OSTEOMUSCULAR

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
· GALVE ROYO FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECTOR MEDICO
· RONCAL BOJ JOSE CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. TRAUMATOLOGIA
· LOZANO PASAMAR MARIANO. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MARTINEZ MATILDE. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· MARCO CATALAN MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· GALLARDO GANUZA CARMEN. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología del aparato locomotor se deriva habitualmente desde Atención Primaria al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT). Parte de esta patología no va a ser subsidiaria de Intervención Quirúrgica, sino de un tratamiento farmacológico adecuado, unas pautas de ergonomía articular, tratamiento fisioterapéutico, técnicas invasivas (infiltraciones) y/o ayudas técnicas.
En nuestro Sector, la demora media para acceder a la consulta externa de la especialidad de COT ha superado los 60 días de media a mediados del tercer trimestre de 2014; han aumentando las reclamaciones por esta demora, llegando parte de éstas a Inspección por la situación de incapacidad laboral temporal (ILT) de pacientes que se beneficiarían de una pronta atención.
Actualmente, no existe la posibilidad de incrementar el número de consultas externas de COT por falta de estos especialistas en el sector; ni acumular más pacientes en estas consultas por superar la media de otros sectores.
Se conoce que parte de la patología derivada a COT puede beneficiarse de una consulta “no presencial” con este Servicio o la derivación al Servicio de Medicina física y Rehabilitación, ya que, el ámbito de actuación de esta especialidad también engloba a enfermos con patologías de la esfera osteomuscular, siendo una especialidad médica a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad encaminado a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles.
Por otra parte, casi un 20% de los pacientes citados a las primeras consultas de COT no acuden a dicha visita.
Se añade el problema de los pacientes que se derivan a distintas especialidades con el mismo motivo de consulta, malgastando los recursos sanitarios.
En su conjunto, se produce una pérdida de oportunidades para que los pacientes accedan a una consulta especializada adecuada; es decir, acceder al Servicio Especializado verdaderamente apropiado y en el momento conveniente para su acceso. Así, pacientes que se beneficien de valoración por el Cirujano Ortopédico, deberían consultarse o remitirse a COT y pacientes que se beneficien de tratamiento conservador/médico derivarse a Rehabilitación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Es un proyecto novel en el sector, de modo que aunque sea pilotado con algún centro de salud, no se tienen datos en conjunto, pero sí una clara mejora en los cupos al que se ofertó.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar los criterios de derivación a Consulta especializada.
2. Mejorar la comunicación entre Atención primaria y Atención Especializada
3. Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema con una adecuada derivación al Servicio correspondiente.
4. Reducir la demora media de consulta externa de Servicio de Traumatología de pacientes subsidiarios de ser vistos en ese Servicio.
5. Priorización de la atención de pacientes con patología subsidiaria de ello.
6. Evitar pérdida de oportunidades de pacientes que precisan valoración por COT, por estar colapsado por citas de pacientes que no lo precisan, pudiendo beneficiarse estos últimos de valoración en el Servicio de Rehabilitación.
7. Mejorar la satisfacción de los pacientes en la accesibilidad al sistema.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Disponibilidad de un correo corporativo del Servicio de Traumatología a todos los médicos de Atención Primaria que derivan pacientes, con objeto de aquellos pacientes que se quieran priorizar y cumplan criterios de derivación a COT se puedan consultar.

2. Elaboración de folleto informativo a todos los médicos de Atención Primaria con los criterios de derivación al Servicio de COT y al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación: tratamiento previo a la derivación al servicio y las pruebas complementarias necesarias.
3. Ampliación del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación con un facultativo especialista para asumir el incremento de las derivaciones.
4. Registro en el servicio de RHB de los pacientes derivados desde atención primaria con patología del aparato locomotor y encuesta de satisfacción.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Reducción de demora media en Consultas externas en el Servicio de COT en último trimestre de 2015 con respecto al mismo período en el año 2014.
2. Reducción de número de reclamaciones por retraso en el acceso al sistema.
3. Reducción de % de pacientes que no acude a primera cita de consulta de COT.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 410

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN EL SECTOR DE TERUEL PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA ESFERA OSTEOMUSCULAR

4. Reducción de pacientes derivados a distintos Servicios Especialistas por la misma patología
5. Aumento de tratamiento fisioterápico y/o terapia física en el servicio de RHB.
6. Satisfacción de los pacientes valorados y/o tratados con patología osteomuscular en el servicio de RHB.
7.Satisfacción de los profesionales sanitarios: médicos de atención primaria, cirujanos ortopédicos y médicos rehabilitadores.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde la aprobación del proyecto de calidad con valoración de resultados en marzo de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 660

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA DE INFECCION PROTESICA AGUDA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO 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.
· VICARIO BERMUDEZ JUANA MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· GONZALEZ GARCIA PALOMA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. GERIATRIA
· URGEL GRANADOS ALEJANDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RONCAL BOJ JOSE CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ESTEBAN SILVESTRE CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La infección protésica constituye un problema devastador en los pacientes portadores de una prótesis articular. Su prevalencia es de aproximadamente 1-3%, con lo que es una complicación frecuente. Es de vital importancia un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto de la misma, por ello, proponemos este proyecto de mejora para prestar una adecuada calidad asistencial a nuestros pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Actualizar el manejo de los pacientes con sospecha de infección protésica, realizando un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.
- Unificar a los especialistas del servicio de cirugía ortopédica y traumatología el manejo de esta patología.
- Colaboración multidisciplinar entre el servicio de medicina interna, geriatría y cirugía ortopédica y traumatología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de las vías clínicas disponibles en el ámbito sanitario nacional e internacional con el objetivo de adaptarlas a nuestro medio.
Elaboración de un protocolo a seguir para el diagnóstico inicial y tratamiento precoz de la infección protésica.
Una vez elaborada, exponerla al servicio de traumatología.
Reunión del grupo de mejora para evaluación de los resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes que mantienen la artroplastia primaria sin necesidad de una revisión tras actuación precoz.
Porcentaje de pacientes con germen conocido y antibiograma específico.
Estancia media hospitalaria de los pacientes con infección protésica en nuestro servicio.
Incidencia de las infecciones protésicas articulares agudas en nuestro servicio.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración de un año, empezando una vez aprobado el programa de calidad.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 577

1. TÍTULO

CREACION DE KIT DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO Y DE CURAS PARA PACIENTES CON ULCERAS Y PIE DIABETICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE ..... MONICA OSET GARCIA
· 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.
· FERNANDEZ ROSADO DAVID. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· YAÑEZ BENITEZ CARLOS JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· UTRILLAS MARTINEZ ANA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· DEL VAL GIL JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· RODERO ALVAREZ FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LOPEZ EMILIO CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ESTEBAN FERNANDO JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La consulta al servicio de urgencias de pacientes derivados de atención primaria con patología quirúrgica complicada entre las cuales se incluye ulceras crónicas de distinta etiología y pie diabético, es un motivo de consulta frecuente en nuestro hospital. En nuestro centro no disponemos actualmente en el servicio de urgencias de ciertos materiales quirúrgico y de curas adecuado para el correcto tratamiento de los mismos. Por este motivo el personal del Servicio de Cirugía que es el encargado de la valoración de ese tipo de pacientes debe buscar el material necesario en el bloque quirúrgico o en el servicio de cirugía. De esta forma la asistencia que se da a este paciente requiere mayor consumo de tiempo, mayor espera para el y fatiga para el personal que lo atiende, ya que necesita desplazarse de forma frecuente a buscar material. Este proyecto pretende facilitar la asistencia mediante la creación de un kit o taquilla de material especifico para su uso en estos casos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creación de un Kit de material médico quirúrgico y de curas especializado para la atención de pacientes que requieran asistencia de ulceras crónicas y pie diabético complicadas.
Disminuir el tiempo de espera de los pacientes mejorando así la calidad de atención ofertada por los servicios de urgencia.
Disminuir la fatiga a la que se expone el personal sanitario al atender en el servicio de urgencias este tipo de patología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se provee la confección y equipación de una taquilla por parte de los integrantes del servicio de Cirugía en la Sala de Curas del Servicio de Urgencias.
Realizar un listado del instrumental y material de curas necesarios para la atención de este tipo de patología.
Revisar de forma semanal la existencia del material disponible en el kit para auditar los consumibles y reponer el material consumido.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Llevar un listado de control de los pacientes atendidos de forma mensual con el material dispuesto en el Kit.
Calcular el tiempo de asistencia de los pacientes con úlceras crónicas y pie diabético.
Calcular el índice de utilidad del Kit dispuesto, mediante el coeficiente del número de pacientes que acuden mensualmente por dicha patología entre el número de pacientes que requirieron el uso del kit expresado en porcentajes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Solicitar durante la primera semana del mes de septiembre a los Jefes de Servicio de Cirugía y Urgencias la asignación de una taquilla para la equipación del material necesario.
Se iniciará el proyecto con una charla informativa en los servicios de Cirugía y de Urgencias sobre el contenido y uso del kit de curas especializado previsto para la primera quincena del mes de Octubre.
Se prevé el inicio del funcionamiento del proyecto para la segunda quincena del mes de octubre y se extenderá durante 6 meses, momento en el cual se procederá a realizar un balance de los objetivos propuestos y de los alcanzados, con la finalidad de interrumpir el proyecto o prolongarlo durante todo el año.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 577

1. TÍTULO

CREACION DE KIT DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO Y DE CURAS PARA PACIENTES CON ULCERAS Y PIE DIABETICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 088

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO CON ANTI-VEGF DE LA DEGENERACION MACULAR ASOCIADA A LA EDAD EXUDATIVA. ACTUALIZACION DE LA CONSULTA DE RETINA

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.
· PERALES QUILEZ TRINIDAD. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· NAVARRO CASADO NIEVES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· ALIAS ALEGRE EVA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· CUADRADO CARBALLO PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es la primera causa de ceguera legal en personas mayores de 65 años. Su incidencia está en aumento debido al envejecimiento de la población. El tratamiento principal de la DMAE exudativa es la inyección intraocular de fármacos antiangiogénicos (anti-VEGF). Los ensayos clínicos han demostrado la importancia de la individualización de la respuesta a la inyección de anti-VEGF para establecer las pautas de tratamiento. Sin embargo, estas pautas son difíciles de estandarizar y protocolizar: problemas de organización de la consulta, problemas del paciente, incluso problemas a la hora de transmitir el conocimiento de qué pautas se van a emplear en cada paciente, etc., hacen que en la práctica clínica real los resultados que se observan en estos pacientes se alejen mucho de los resultados obtenidos en los estudios.
Las consultas de retina necesitan de la aplicación de un protocolo para agilizar el diagnóstico, el inicio del tratamiento y el seguimiento del paciente con DMAE exudativa.
El protocolo de tratamiento TREAT and EXTEND permite reducir el número de visitas, de inyecciones intraoculares, además de anticiparse a la reactivación de la enfermedad. .

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantación del protocolo Treat and Extend para el tratamiento de la DMAE exudativa entre los diferentes retinólogos del servicio de oftalmología del Hospital Obispo Polanco. Esto permitirá: reducir el número de visitas disminuyendo la masificación de las consultas de retina, reducir el número de inyecciones de fármacos, y mantener o mejorar la agudeza visual de los pacientes afectados por DMAE exudativa.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Describir las exploraciones necesarias en la primera visita en la consulta de retina, y exploraciones a realizar en las revisiones.
-Realizar una tabla para incluir en la historia oftalmológica del paciente que facilite y agilice la toma de decisiones.
-Actualizar y protocolizar el método de inyección intraocular y su consentimiento.
- Agilizar las citaciones. Los sistemas de citación deben ser capaces de acomodarse a las necesidades de seguimiento.
-Modificar el método de citar al paciente para la inyección.
- Conseguir una sala blanca para la administración de inyecciones intravítreas. Disminuir el tiempo entre la indicación de inyección intraocular y la realización del mismo debe ser una prioridad. Si sabemos que la visión que se pierde es difícil de recuperar, deberíamos minimizar este tiempo. Este desfase se debe a no disponer de una sala blanca para la realización de las inyecciones intraoculares y estar supeditados a la disponibilidad del quirofano de locales que se comparte con otras especialidades.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nivel de satisfacción de los profesionales
-Nivel de satisfacción de los pacientes.
-Disminución del número de visitas de paciente con DMAE exudativa.
-Tiempo entre la indicación de inyección intraocular y su realización.
-Número de inyecciones intravítreas totales y por paciente.
-Agilidad de las consultas y citaciones.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Julio-Septiembre 2015: Protocolizar el método de inyección intraocular y su consentimiento.

Octubre 2015: Realización de la descripción de la primera visita y visitas sucesivas, diseñar y consensuar la tabla para incluir en la historia del paciente. Modificar el método de citar al paciente para inyección.

Noviembre 2015-Julio 2016: Puesta en marcha del protocolo treat and extend en DMAE exudativa.

Reuniones programadas con el servicio de citaciones del hospital para agilizar las citas de estos pacientes.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 088

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO CON ANTI-VEGF DE LA DEGENERACION MACULAR ASOCIADA A LA EDAD EXUDATIVA. ACTUALIZACION DE LA CONSULTA DE RETINA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 380

1. TÍTULO

COORDINACION Y PUESTA EN MARCHA 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.
· ORELLANA GARCIA RAQUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
· GALVE ROYO FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECCION
· GOMEZ NAVARRO RAFAEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. DIRECCION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 coordinar a los diferentes profesionales médicos que pueden ayudarnos a llegar al diagnóstico de estos trastornos como: Otorrinolaringólogo, Pediatra, Neurólogo, Rehabilitador, Cirujano maxilofacial etc, y poder ofrecer desde nuestro servicio de rehabilitación la integración en el tratamiento de logopedia

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Valorar y tratar a pacientes con patología del habla, el lenguaje, la voz, la deglución , seguimiento y posible recuperación y/ o mejoría de patologías que hasta ahora no podíamos tratar por no disponer de dicho servicio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Valoración de pacientes hospitalizados que presenten posible patología susceptible de tratamiento de logopedia, tras solicitud de ITC por el servicio de neurología , para iniciar tratamiento de forma precoz.
Derivación por parte de otras especialidades de pacientes a CCEE de RHB para valorar y pautar tratamiento si precisan

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tiempo de espera desde que se solicita la valoración por rehabilitación y el tiempo que tardan los pacientes en iniciar tratamiento de logopedia.
% 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.
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)
Encuestas de satisfacción de los pacientes que han recibido tratamiento de logopedia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio desde que se incorpore un logopeda al servicio de RHB (personal autorizado pendiente de resolución) . Valoración durante el 1º año de trabajo

11. OBSERVACIONES. El proyecto y los circuitos de solicitud y demanda de valoración están previstos. Falta poner en marcha la asistencia cuando se incorpore el logopeda.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 087

1. TÍTULO

MEJORAS EN LA PREPARACION Y DISPENSACION DEL SUERO AUTOLOGO EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... TRINIDAD PERALES QUILEZ
· 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

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las indicaciones del tratamiento del suero autólogo en oftalmología son múltiples, en las que podemos destacar las siguientes: ojo seco, defectos epiteliales persistentes, úlcera neurotrófica, insuficiencia limbar, erosión corneal recidivante, queratoconjuntivitis límbica superior, asociado a cirugía de superficie ocular ,etc.

Los beneficios del suero autólogo en dichas patologías son debidas al gran número de sustancias que contiene con efecto trófico que van actuar sobre la dinámica epitelial regulando la proliferación , migración y diferenciación de las células epiteliales de la superficie ocular. Entre las sustancias, las más destacables son : Factor de crecimiento epitelial (EGF), el factor de Crecimiento Transformante ß(THF-ß) , la vitamina A, el Factor de Crecimineto Derivado de Plaquetas (PDGf), la fibronectina, la albumina, la a2MACROGLOBULINA, el Factor de crecimiento de fibroblastos(FGF) y neuropéptidos como la sustancia P, el Factor de Crecimiento tipo Insulina 1 (IGF-1) y el factor de Crecimeinto Neuronal (NGF). Además también presenta inmunoglobulinas, lisozima y factores del complemento que le aportan un efecto bactericida y bacteriostático.

En el momento actual la preparación y dispensación del suero autólogo se está llevando a cabo en el servicio de oftalmología sin agenda de citaciones electrónica . Con este proyecto, se propone la necesidad de la colaboración para esta actividad del servicio de hematología por disponer del local, material de acondicionamineto y personal, puesto que se trata de un derivado hematológico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto se obtendrá:

- Un registro formal de los pacientes tratados con suero autólogo en oftalmología.
- Se creará la opción de pacientes con uso de tarjeta de suero autólogo crónico (válido durante 1 año), con lo que se reducirá el número de visitas en la consulta de polo anterior disminuyendo la masificación de la misma.
- Disponer de lunes a viernes, la opción de dispensar suero autólogo a los pacientes que lo requieran sin tener que ajustar los días de extracción a tan solo 1 o 2 días a la semana como se realiza en la actualidad.
- Manejo por personal y local cualificado del material hematológico como lo es el suero autólogo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Colaboración de forma protocolizada por los servicios de hematología para la realización del colirio del suero autólogo como se realiza en la mayoría de los hospitales.
- Registro de los pacientes en agenda de citaciones de forma electrónica.
- Disminuir las consultas de polo anterior en casos de patología crónica estable que requiere uso sistemático de suero autólogo, mediante el uso de tarjetas de citación válidas hasta un año.
- Agilizar la obtención de los colirios de suero autólogo en pacientes que lo requieren por su patología aguda y crónica.
- Uso de envases dosificadores oportunos para el uso oftálmico, en este caso deberán ser envases opacos (no como los actuales transparentes) pues algunos componentes del suero como la vitamina A se degradan con facilidad con la exposición a la luz.

Ejemplo de envase cuentagotas fotoprotector apropiado:
Dosificador cuentagotas fotoprotector Bxen, Oiarso S.Coop.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Satisfacción de oftalmólogos
- Satisfacción de los pacientes
- Disminución del numero de visitas en la consulta de polo anterior

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Julio 2015 : Creación de agenda para citaciones en hematología de suero autólogo.
- Agosto 2015 a Julio 2016: Inicio de preparación y dispensación del suero autólogo en oftalmología por parte del servicio de hematología.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 087

1. TÍTULO

MEJORAS EN LA PREPARACION Y DISPENSACION DEL SUERO AUTOLOGO EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 603

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA GESTION DE LOS RESIDUOS SANITARIOS - HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MENCAL PEREZ AMIGOT
· Profesión ..... OTROS
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUADO ACERA YOLANDA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PREVENCION RIESGOS LABORALES
· MARTIN VILLARROYA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PREVENCION RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En España, el sector sanitario genera aproximadamente unas 465.000 toneladas al año de residuos sanitarios. Aparte de su impacto higiénico sanitario y ambiental, su gestión también tiene un impacto económico para los centros que deben recurrir a los servicios de los gestores autorizados de residuos y una implicación legal en relación a las responsabilidades del centro para con la administración competente. Prevenir la generación de residuos, gestionarlos de forma correcta y disponer de personal debidamente formado son, por lo tanto, elementos de competitividad económica, garantía de seguridad e higiene para los trabajadores, para el personal sanitario y los pacientes, y responsabilidad social y medioambiental.
Según el DECRETO 29/1995, por el que se regula la gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón, los residuos sanitarios se clasifican en:
? Grupo I. Residuos asimilables a urbanos. Aquellos que no tienen ningún tipo de contaminación específica y que no presentan riesgo de infección.
? Grupo II. Residuos sanitarios no específicos. Aquellos que requieren un tratamiento adicional de gestión por su riesgo de infección.
? Grupo III. Residuos sanitarios específicos o de riesgo. Aquellos que requieren el uso de medidas de prevención en su manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación, que pueden representar un riesgo para la salud laboral y pública.
? Grupo IV. Cadáveres y restos humanos de entidad.
? Grupo V. Residuos químicos. Aquellos caracterizados como peligrosos por su contaminación química.
? Grupo VI. Residuos citostáticos. Compuestos por restos de medicamentos citostáticos y material que haya estado, presentan riesgos carcinogénicos, mutagénicos y teratogénicos.
? Grupo VII. Residuos radiactivos.
En el Hospital Obispo Polanco, producto del desarrollo de sus actividades, se ha observado que durante los últimos años se ha producido un incremento en la producción de residuos sanitarios específicos o de riesgo (Grupo III). Por otra parte, el número de incidentes o accidentes biológicos relacionados con la inadecuada manipulación de estos residuos ha aumentado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar los procedimientos de clasificación, segregación y gestión de los residuos sanitarios.
Disminuir la cantidad de incidentes/accidentes derivados de la gestión de residuos.
Disminuir la cantidad de residuos sanitarios gestionados como Grupo III.
Reducir los costes de eliminación de residuos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actualización del Plan de Gestión de Residuos del Sector.
Distribución del Plan a las unidades productoras.
Formación e Información al personal sobre la correcta clasificación, segregación y gestión de los residuos sanitarios, así como de los riesgos asociados a su manipulación.
Constitución de una Comisión de Seguimiento del Plan de Gestión de Residuos Sector, con reuniones periódicas para revisar el cumplimiento del Plan.
Designación de un responsable de la gestión de residuos en cada servicio.
Control de la cantidad de residuos generados en cada unidad productora mediante su identificación por Servicios.
Realización de Auditorías periódicas.
Control de los residuos durante su recogida por la empresa gestora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disponer de un Plan de Gestión de Residuos actualizado para el Sector
Porcentaje de unidades productoras de residuos con acceso Plan de gestión de residuos actualizado.
Porcentaje de residuos generados del grupo III con respecto a años anteriores.
Porcentaje de accidentes por manipulación de residuos del grupo III con respecto a años anteriores.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015 - Agosto 2015
Actualización del Plan de Gestión de Residuos.
Creación de la Comisión de Seguimiento del Plan de Gestión de Residuos.
Septiembre 2015
Auditoría externa la empresa gestora de residuos.
Octubre 2015
Formación al personal del hospital por la empresa gestora de residuos.
Distribución de etiquetas personalizas a las unidades productoras.
Noviembre 2015
Auditar, formar e informar por Servicios de la correcta Gestión de los Residuos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 603

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA GESTION DE LOS RESIDUOS SANITARIOS - HOSPITAL OBISPO POLANCO

Diciembre 2015 – Mayo 2016
Estudio de seguimiento de residuos generados de tipo III y accidentes producidos por su manipulación.

DURACIÓN: 12 meses

11. OBSERVACIONES. Bibliografía

LEY 10/1998, de 21 de abril, de Residuos.
RD 833/1988, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento para la ejecución de la Ley 20/1986, Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos.
Decreto 236/2005, de 22 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de la producción, posesión y gestión de residuos peligrosos y del régimen jurídico del servicio público de eliminación de residuos peligrosos en la Comunidad
Autónoma de Aragón
Decreto 29/1995, de 21 de febrero, sobre gestión de los residuos sanitarios.
Decreto 52/1998 de 24 de febrero, de la Diputación General de Aragón, de gestión de residuos sanitarios de la Comunidad Autónoma.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 2 Poco
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 672

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA ROIG SALGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTA EULALIA MAINEGRA ERICK. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· VILAR BONACASA EVA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· TRUCCO FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con la reciente incorporación del nuevo equipo de Tomografía Computarizada Siemens SOMATOM Sensation de 64 cortes (TCMD), nos hemos encontrado con la necesidad de actualizar nuestros protocolos de estudio. Hemos comenzado con aquellos que revisten mayor relevancia o resultan más complejos para desarrollar nuestro trabajo diario, como es el caso del protocolo en el paciente politraumatizado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal es consensuar un protocolo para realizara de manera universal un estudio de TC en el paciente politraumatizado lo más eficiente desde el punto de vista diagnóstico en el menor tiempo posible y poder llevar a cabo un adecuado manejo de esta compleja patología.
Para ello proponemos:
- elaborar un protocolo de estudio mediante TCMD del paciente politraumatizado.
- consensuar criterios entre la experiencia en otros centros y la experiencia personal de los distintos componentes médicos del Servicio de Radiodiagnóstico.
- plasmar en una ficha de protocolos (que también preveemos elaborar) el protocolo definitivo para que sea utilizado de manera rápida y eficaz por cualquier compañero.
- base de datos con registro de politraumas atendidos.
- evaluar la eficiencia del protocolo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Búsqueda bibliográfica.
- Contacto con otros centros que dispongan de un equipo de similares características.
- Valorar posible toma de contacto con la forma de trabajo en otros hospitales.
- Elaborar y consensuar un protocolo para el paciente politraumatizado.
- Elaborar una ficha de protocolos e incluirlo.
- Difundir y facilitar el acceso del protocolo a radiólogos y técnicos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación y el seguimiento se realizaría mediante:
- base de datos que registre los casos de politrauma desde junio de 2015 a junio de 2016, donde quede reflejado el protocolo de estudio realizado, posibles modificaciones si han resultado necesarias y motivo de las mismas.
- revisar cada 3 meses los resultados obtenidos con la técnica aplicada y registrarlo en la base de datos.
- para comprobar el grado de conocimiento del protocolo, realizar una encuesta al personal que maneja el equipo (técnicos y radiólogos).
- grado de cumplimentación del protocolo establecido.
- evaluar limitaciones del estudio y bajo rendimiento diagnóstico por aparataje específico del paciente politraumatizado (collarín, tabla rígida, ...).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. * Elaboración y desarrollo del protocolo de TCMD para el paciente politraumatizado: desde junio de 2015 hasta junio de 2016:
* Junio 2015 reparto de tareas: búsqueda bibliográfica, posible contacto con otros centros que disponen de equipos con similares características, elaboración de la base de datos con los ítem indicados anteriormente.
* Registro de casos: desde julio.
* Elaboración del protocolo inicial y divulgación: septiembre y octubre.
* Observación de resultados: diciembre, marzo y mayo (evaluación final).
* Evaluación de resultados: mayo.
* Plan de mejora: junio.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. protocolo TCMD
OTRA PALABRA CLAVE 2. politrauma
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 672

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 326

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION BIOLOGICA IN VIVO DE LOS EXTRACTOS ALERGENICOS DEL POLEN DE HORDEUM VULGAR Y TRITICUM AESTIVUM EN PACIENTES SENSIBILIZADOS A LOS MISMOS

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ALERGOLOGIA
· BRUSEL ESCUSA MANUELA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ALERGOLOGIA
· TERUEL RUBIRA JOSEFA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ALERGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es importante realizar un diagnóstico correcto para entender la enfermedad alérgica y comenzar con un tratamiento apropiado. Para ello es preciso disponer de extractos alergénicos de calidad, con los que fabricar diagnósticos y vacunas.
Los métodos más eficaces para asegurar la uniformidad en la potencia de los extractos alergénicos son los basados en un sistema de estandarización biológica. El lote inicial de cada materia prima será el extracto de referencia que se utilizará como modelo para llevar a cabo la producción estandarizada de los próximos lotes de extractos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El presente estudio tiene como objetivo principal determinar in vivo la actividad biológica de los extractos de Hordeum vulgare y Triticum aestivum y definir así nuevos extractos de referencia (lote inicial) para estos pólenes. Para ello se mediará el tamaño de la pápula en mm2 que produce cada una de las cuatro concentraciones testadas y del control positivo para cada uno de los extractos. Estos extractos se utilizarán como base para la producción estandarizada de diagnósticos y tratamientos que contengan esos extractos en su composición. Como objetivo secundario evaluaremos la seguridad de la aplicación de este prick test a punto final.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La población a estudio la comprenden 24 pacientes sensibilizados a polen de Hordeum vulgare y Triticum aestivum. Como control de especificidad se seleccionarán 4 sujetos atópicos con sensibilización diferente a Hordeum y Triticum y 4 sujetos no atópicos. La selección de los pacientes la realizarán las Dras. Muñoz y Rojas.
La valoración de la actividad biológica se realiza calculándola in vivo por el método de titulación a punto final en prueba cutánea (prick test). En este proyecto, a los pacientes seleccionados, se les probarán 4 concentraciones crecientes de los extractos alergénicos en estudio: vial 1, vial 2, vial 3 y vial 4, siendo el vial 4 el de máxima concentración, por cuadruplicado en la parte anterior del antebrazo. 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 específicos frente a polen de Hordeum y Triticum. Estas dos tareas la realizarán las enfermeras Manuela y Josefa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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 de al menos 3 mm de diámetro para cualquiera de los extractos en estudio/ número total de pacientes a los que se realizan los prick test
2. Número de pacientes con acontecimientos/reacciones adversas después de la realización de los prick test / número total de pacientes a los que se realizan los prick test.

El primer indicador se va a obtener mediante la realización de pruebas cutáneas de titulación a punto final mediante prick test a todos los pacientes incluidos en el proyecto. Tras un tiempo de 15 minutos, las pápulas deberán ser contorneadas con un rotulador negro de punta fina. Se colocarán tiras de esparadrapo sobre las pápulas y se presionará suavemente para pasar el rastro de tinta a la cinta, retirando posteriormente ésta para, a continuación, transferir los contornos a las hojas de registro de pápulas.
El segundo indicador se va a obtener manteniendo al paciente en un período de observación de 30 minutos tras la realización del prick test a punto final. Se recogerán todos los acontecimientos y/o reacciones adversas que ocurran en las 24 horas posteriores a la realización de los prick test.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio estimado del estudio: junio 2015
Período de reclutamiento: 4 meses. Durante este tiempo se seleccionarán a los pacientes y en una única visita se obtendrá el consentimiento informado, los datos sobre la enfermedad de los posibles participantes, se confirmarán los criterios de inclusión y exclusión y se sacará una muestra de sangre a todos los sujetos antes de la realización de la prueba de titulación a punto final mediante prick.
Fin estimado del estudio: Octubre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 326

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION BIOLOGICA IN VIVO DE LOS EXTRACTOS ALERGENICOS DEL POLEN DE HORDEUM VULGAR Y TRITICUM AESTIVUM EN PACIENTES SENSIBILIZADOS A LOS MISMOS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 724

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA DETECCION Y MANEJO DE LA COLONIZACION Y/O INFECCION POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILIN-RESISTENTE, EN PACIENTES Y PROFESIONALES SANITARIOS EN NUESTRA UNIDAD DE 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.
· SORIANO PUERTOLAS ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· GASCON FUERTES ESTHER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· FUERTES JARQUE CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· HERNANDEZ HERNANDEZ MARISA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La infección de los catéteres tunelizados de los pacientes en las unidades de hemodiálisis es la complicación más frecuente de los accesos vasculares. La incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter varía, siendo mayor en los no tunelizados: (3,8-6,5 por cada 1000 catéteres/día) que en los tunelizados: (1,6-5,5 por cada 1000 catéteres/día).
Los Staphylococcus coagulasa negativo (ECN) y los Staphylococcus aureus son los microorganismos más frecuentemente implicados, existiendo una elevada tasa de portadores nasales de S. aureus, que se sitúa en torno al 30-60%.
El aumento global de la resistencia a la meticilina del S. aureus, con valores de hasta el 25-50% (informe EARS-Net-España-ECDC 2008-2009), es un problema creciente en los últimos años. Las unidades de hemodiálisis se consideran de alto riesgo para la colonización/infección por S. aureus meticilin-resistentes (SARM), con un incremento de los portadores nasales por SARM con respecto a otros pacientes hospitalizados, debido a que los pacientes en diálisis reúnen factores que aportan un riesgo añadido de infección clínica y transmisión horizontal.
Un elevado número de estos pacientes colonizados desarrollan infección (hasta un 29%), con un incremento constatado de morbilidad y mortalidad (bacteriemias e infecciones diseminadas), de la estancia hospitalaria y de los costes respecto al S. aureus sensible a meticilina. Desde el punto de vista epidemiológico, es conocida la capacidad del SARM para originar brotes hospitalarios, por lo que la prevención de estos debe ser una prioridad entre los objetivos de control de infecciones en los hospitales principalmente en las unidades de mayor riesgo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Describir las características de la situación actual de colonización por SARM detectada en nuestra unidad de hemodiálisis en pacientes y profesionales sanitarios.
Realizar una estrategia para la prevención de la transmisión activa y transmisión cruzada de pacientes portadores nasales de SARM en nuestra unidad de hemodiálisis.
Disminuir los portadores nasales de SARM e intentar erradicarlos.
Disminuir el número de infecciones de catéter y bacteriemia por SARM en pacientes la unidad de hemodiálisis.
Disminuir el número de ingresos por infecciones en nuestros pacientes en hemodiálisis.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizara frotis nasal (FN) en todos los pacientes crónicos prevalentes e incidentes de la unidad de hemodiálisis; así como en todo paciente que precise hemodiálisis de forma aguda.
Se realizará FN a todos los profesionales sanitarios implicados en el manejo de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis.
Desarrollar un protocolo de actuación ante un paciente en hemodiálisis con FN positivo para SARM.
Evitar la diseminación del SARM entre pacientes y profesionales sanitarios, implantando medidas de prevención y profilaxis a corto plazo para el control de la transmisión cruzada.
Realizar un protocolo de tratamiento inmediato de pacientes y profesionales colonizados por SAMR.
El tratamiento erradicador en los pacientes portadores de SARM se realizará con pomada de mupirocina al 2% cada 8 horas intranasal durante 5 días e higiene corporal del paciente con Hibiscrub (el 1º y el 5º días se incluirá el lavado de cabeza con este antiséptico).
Seguimiento estricto de los pacientes colonizados de mayor riesgo para evitar bacteriemias e infecciones diseminadas por SAMR.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Utilizaremos las medidas de frecuencia y la prevalencia de colonización al inicio del estudio, a los 6 meses y al año.
Se utilizará la tasa de incidencia de colonización.
Determinar el número de infecciones de catéter por SAMR en pacientes portadores.
Determinar el número de ingresos por bacteriemias por SAMR en pacientes portadores y el número de catéteres retirados por este motivo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se realizará un corte inicial con FN a todos los pacientes en hemodiálisis y a los profesionales sanitarios que los atiende.
En todos los pacientes en HD crónica portadores de catéter o fístula arterio-venosa (FAVi) se realizará FN cada 6 meses.
Si el FN es positivo para SAMR se iniciarán las medidas de prevención determinadas y el protocolo de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 724

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA DETECCION Y MANEJO DE LA COLONIZACION Y/O INFECCION POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILIN-RESISTENTE, EN PACIENTES Y PROFESIONALES SANITARIOS EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS

tratamiento inmediato. Se considerará que el SAMR nasal está erradicado tras un FN negativo después de cumplir el tratamiento indicado.
Se considerará finalizado el seguimiento cuando se consiga el objetivo de cero portadores en pacientes de la unidad de diálisis y profesionales sanitarios.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Pacientes >15 años.
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes en hemodiálisis

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 627

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLOGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... NURIA SANLLEHI VILA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· HORNO DELGADO JAIME. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· CHOCARRO ESCANERO MARIA PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· VALERO ADAN ADELA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El análisis de los líquidos biológicos (líquido cefalorraquídeo, serosos (pleural, ascítico, pericárdico) y sinovial entre otros) es un proceso fundamental en la investigación diagnóstica de muchos pacientes. Su utilidad y adecuada interpretación está estrechamente vinculada a diversos factores modificables como son:
1-obtención adecuada de la muestra (proceso de extracción)
2-contenedor apropiado (con o sin aditivos) y manipulación.
3-identificación y distribución de cada muestra en el orden adecuado en el tiempo y al lugar adecuado.
4-Solicitud de parámetros bioquímicos (procedentes/no procedentes) y análisis de muestras simultáneas en la medida de lo posible (distintos líquidos/suero).

Hemos detectado que en ocasiones se producen errores que hemos observado prácticamente en todos los eslabones del proceso. Algunos de ellos inevitables (ej. Punción traumática), mientras que otros, aunque no sean frecuentes, se repiten en el tiempo, con los movimientos de personal de todos las categorías (nuevas incorporaciones, vacaciones etc..) ej envío en contenedor inapropiado, con o sin aditivos, presencia de coágulos al no haber agitado la muestra tras la extracción, otros relacionados con la seguridad (envío jeringa con aguja) etc..
Estas incidencias se han detectado en distintos servicios, y si bien es cierto que al detectarlas, inmediatamente nos ponemos en contacto con el facultativo responsable y en general no se vuelven a producir, con el paso del tiempo e incorporación de nuevos profesionales se reincide.
No todas las incidencias tienen la misma transcendencia en el resultado obtenido y su interpretación, pero deben ser eliminadas para garantizar en la medida de lo posible la seguridad del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir (e incluso eliminar) las incidencias evitables referidas a la calidad preanalítica de la muestra, así como aquellas que se pudieran derivar de factores postanalíticos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Estandarización de los procesos relacionados con el análisis de líquidos biológicos, formación o actualización, documentación de las incidencias pre y postanalíticas detectadas, así como la aplicación de medidas correctoras.

1- Generación de documentación informativa:

- Realizar una guía o procedimiento en el que se detallen todos los puntos críticos del proceso, desde que se obtiene la muestra hasta que llega al laboratorio, procesamiento, conservación y/o demás procesos que la muestra pueda requerir.

- Diseño de un cartel que plasme de forma gráfica inmediata la información crítica de la guía.
(Dicho cartel, expuesto en los controles de todas las plantas podría ser un elemento muy eficaz, que creemos podría ELIMINAR el error de tipo de contenedor, a la vez que enfatiza la prioridad en el transporte de la muestra al laboratorio.)

2-Comunicación y formación:

- Difusión adecuada del material confeccionado entre personal facultativo, enfemería y auxiliar.

3-Seguimiento:

- Estudio observacional de todas las incidencias relacionadas con los procesos pre y postanalíticos de las muestras de líquidos biológicos recibidos en el laboratorio de urgencias con posterioridad a la puesta en marcha del programa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Generación de documentación informativa:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 627

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLOGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Indicador: Realización guía Realización cartel
Objetivo Si Si
Cronograma Julio 2015 Julio 2015

2- Comunicación y formación:

Indicador Sesión informativa
Objetivo Si
Cronograma Septiembre 2015

3-Seguimiento:

Indicador: Nº incidencias Origen y % del total
Objetivo <1%(cuantificación)
Cronograma Mayo 2016

Indicador Nº liquidos remitidos sin suero Origen y %
Objetivo cuantificación y razonamiento (distintos criterios)
Cronograma Mayo 2016

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Junio de 2015 hasta junio 2016.
El seguimiento y análisis de incidencias anual, podría prolongarse más allá de la duración del proyecto, como medida de calidad del área de líquidos biológicos del laboratorio y sacar conclusiones sobre el mantenimiento de mejora de la misma obtenida.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. seguridad clínica del paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo paciente al que se le practica la extracción de los líquidos biológicos mencionados, ya sean ambulatorios u hospitalizados.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. liquidos biologicos
OTRA PALABRA CLAVE 2. seguridad
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 015

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DEL RECIEN NACIDO NORMAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN CALAMA JESUS. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTIN RUIZ NURIA. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· GRACIA TORRALBA LORENA. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· CASTAÑO VICENTE GELLA CAROLINA. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· COTE SAEZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· REUS ANTON CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El parto normal hace referencia al nacimiento de un RN aparentemente sano, procedente de un embarazo a término, con controles clínicos, ecográficos y analíticos normales, sin antecedentes patológicos relevantes y que se desarrolla sin complicaciones.
El nacimiento y el parto son procesos fisiológicos en los que la mayoría de las mujeres que van a ser madres están sanas y la mayoría de sus hijos serán niños sanos. El motivo de que se atienda en el hospital es permitir el diagnóstico temprano de las desviaciones de la normalidad y la intervención inmediata de los profesionales para evitar daños al RN y su madre.
A lo que debemos añadir que el puerperio inmediato es un momento óptimo para ayudar con la lactancia materna a las madres con dificultades para dar el pecho, favorecer el proceso de vinculación madre hijo y para realizar las actividades preventivas y de educación sanitaria que han demostrado su eficacia (vacunación, cribado neonatal de enfermedades diagnosticables, despistaje de hipoacusia, o recomendaciones del cuidado de los lactantes).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actividad de mejora pendiente de inicio. No se dispone de datos en el momento de la propuesta de plan de mejora de calidad.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos.
• Respetar en la medida de lo posible las preferencias de los padres.
• 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.
• Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.
• Profilaxis oftálmica neonatal.
• Realizar el cribado endocrino-metabólico y el cribado de la hipoacusia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realizar una serie de reuniones conjuntas entre el Servicio de pediatría, enfermería de pediatría y maternidad y auxiliares de enfermería para establecer puntos de partida aportando nuestra propia experiencia y conocimientos, para la creación del protocolo.
- Crear un protocolo de atención al recién nacido normal, consensuado con los diversos servicios implicados (Pediatría, Ginecología, matronas, enfermeras y auxiliares) y adaptado a nuestro medio de trabajo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Creación e implantación del protocolo de actuación de asistencia al recién nacido que no precisa reanimación ni asistencia pediátrica urgente, que incluya los siguientes puntos
• Lavado de manos y guantes
• Secado y calentamiento inmediato
• Pinzamiento del cordón umbilical
• Contacto piel con piel inmediato
• Identificación del recién nacido
- Creación del protocolo de continuación de cuidados postnatales, en el propio paritorio y maternidad, incluyendo los siguientes aspectos :
• Continuación contacto piel con piel
• Profilaxis oftálmica
• Profilaxis enfermedad hemorrágica
• Inicio de lactancia materna. Revisión tomas
• Revisión pediátrica diaria, en presencia de los padres.
• Analgesia no farmacológica
• Cribado enfermedades metabólicas
• Cribado hipoacusia
- Establecer una hoja de check list sobre el material necesario para la reanimación neonatal y el funcionamiento de las cunas de reanimación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Realizar reuniones conjuntas con los servicios de pediatría, ginecología, matronas, enfermería y auxiliares de enfermería, para establecer un borrador del proyecto de protocolo adaptado a nuestro medio, durante los meses de junio y julio de 2015.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 015

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DEL RECIEN NACIDO NORMAL

- Redactar y poner en marcha a lo largo del segundo trimestre de 2015 el nuevo protocolo de actuación frente al recién nacido normal

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NEONATOS Y PUERPERAS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 047

1. TÍTULO

INFORMATIZACION E INTRODUCCION EN EL PROGRAMA HPDOCTOR DE LOS INFORMES ECOGRAFICOS REALIZADOS EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... VICENTE ANGEL SPINOSO CRUZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAL ARAHAL TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GIMENO MINGUEZ MARIA JOSE. INFORMATICO/A. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA
· DOMINGO BARRADO MARIA ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CABEZA VENGOECHEA PEDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital Obispo Polanco ha evolucionado de forma muy satisfactoria gracias a la renovación del equipo de ultrasonidos por otro de última generación y por la continua formación del personal que allí labora, a pesar de ello los informes de las exploraciones ecográficas de nuestras pacientes se siguen realizando en soporte de papel con la dificultad de que si se desea tener acceso a ellos es imprescindible disponer de la historia clínica en físico. Mediante este Proyecto de Mejora de Calidad nos proponemos informatizar todos los informes ecográficos e introducirlos en el HpDoctor para conseguir una mayor disponibilidad y acceso en todo momento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Inclusión en el programa HpDOCTOR de al menos el 90% de las exploraciones ecográficas realizadas en el período comprendido entre Septiembre del 2015 y Marzo del 2016.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El Dr. Vicente Spinoso Cruz y la Licenciada María José Gimeno Mínguez, Jefa de la sección de informática de nuestro centro, se encargarán de elaborar las plantillas de los informes ecográficos ginecológicos, y de las exploraciones de 1º, 2º, 3º trimestre de la gestación que sean compatibles con el programa HpDoctor.
Las Doctoras María Teresa Bernal Arahal, la Dra. Marta Garcés Valenzuela y el Dr. Vicente Spinoso Cruz se encargarán de introducir estos informes en el programa HpDoctor.
El resto de los miembros del Servicio se encargarán de comprobar la disponibilidad y el acceso de dichos informes, en todas las demás áreas del servicio.
Finalmente la Dra. Marta Garcés Valenzuela, se encargará de verificar en forma mensual que porcentaje de estudios realizados han sido introducidos en el programa informático.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Revisión de forma mensual de que se hayan introducido al menos:
a) El 90% de las exploraciones ecográficas de 1º trimestre de la gestación.
b) El 90% de las exploraciones ecográficas de 2º trimestre de la gestación.
c) El 90% de las exploraciones ecográficas de 3º trimestre de la gestación.
d) El 90% de las exploraciones ecográficas ginecológicas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio-Julio 2015: elaboración de las plantillas de los informes ecográficos ginecológicos y de las exploraciones de 1º, 2º, 3º trimestre de la gestación, que sean compatibles con el programa HpDOCTOR.
Agosto 2015: adiestramiento del Personal de la Unidad de Ecografías en la introducción de los informes ecográficos en el programa HpDOCTOR.
Septiembre 2015-Marzo 2016: introducción de todos los informes de ecografía mencionados en el programa HpDOCTOR, manteniendo una copia de los mismos en la historia clínica como se ha venido haciendo tradicionalmente.
Marzo – Abril 2016: resultados y conclusiones.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 744

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DEL TRABAJO EN EQUIPO EN UN COMITE DE ETICA ASISTENCIAL CON TECNICAS DE PSICOTERAPIA ANALITICA GRUPAL Y OTRAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA DE TERCERA GENERACION

2. RESPONSABLE ..... CONCHA THOMSON LLISTERRI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAROD BENEDICO ETEL. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. MAP
· GOMEZ CADENAS CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. EAP
· GARCIA SANZ MONTSE. PSICOLOGO/A. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC). PSICO-ONCOLOGIA
· GARCIA CAMPAYO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· DE MIGUEL GIMENO SEGUNDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· GASION ROYO VIRGINIA. PSICOLOGO/A. CS ARRABAL. INVESTIGACION EN AP
· FERNANDEZ MILIAN MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DEFINICIONES:
Comité de Ética Asistencial (CEA): Organo consultivo interdisciplinar de los centros sanitarios, públicos o privados, constituido para analizar y asesorar a sus profesionales y usuarios sobre aquellos aspectos de la práctica clínica que presenten dificultades o peculiaridades de orden ético con el objetivo final de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.
Psicoterapia analítica grupal: Trata de descubrir mediante una experiencia personal de grupo las potencialidades de la dinámica grupal, analíticamente orientadas, profundizar en la fundamentación teórica de los planteamientos grupales y conocer las técnicas de trabajo grupal y sus posibilidades de aplicación en diferentes campos.
Compasión y mindfulness: La compasión es el deseo de que todos los seres vivos, incluyéndonos a nosotros mismos, estén libres de sufrimiento.
Sobre mindfulness y sus beneficios, VER proyecto diseñado en 2014 sobre mejora del bienestar psicológico, personal y profesional con mindfulness en un CEA.
PROBLEMAS DETECTADOS:
Síndrome del “profesional quemado” o “Burnout”.
Gestión ineficaz de la dinámica grupal, del tiempo y la comunicación entre profesionales.
Falta de apoyo, formación y herramientas para desarrollar adecuadamente soluciones que ayuden a resolver estos problemas.
IMPORTANCIA Y UTILIDAD:
El uso de técnicas y enfoques grupales con fines psicoterapéuticos se encuentra hoy ampliamente extendido y afianzado en el ámbito de la Salud Mental, ya que ha demostrado ser un valioso instrumento para la comprensión de las dinámicas interpersonales, para mejorar los resultados de la asistencia psicoterapéutica en general, y también como forma de comprender las dinámicas institucionales y el modo cómo éstas afectan a la buena marcha de los procesos psicoterapéuticos. Administraciones nacionales e internacionales siguen trabajando en la promoción de programas de intervención que incluyan fórmulas grupales decisivas a la hora de aliviar cargas o atender necesidades asistenciales específicas.
Por otro lado, la compasión y autocompasión son habilidades que pueden ser entrenadas, fortalezas que nos permiten transformar para bien el sufrimiento emocional, que producen cambios cerebrales que contribuyen a mejorar las relaciones interpersonales, a aumentar nuestra sabiduría, nuestra salud y nuestra felicidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que la mejora continua de la calidad se centre no solo en el paciente, sino también "en el cuidado del profesional" y en los grupos en los que éste desarrolla su actividad profesional.
El cuidado del profesional, aumentando progresivamente su bienestar psicológico, personal y profesional, repercutirá positivamente en el desarrollo de todas sus funciones y en la calidad de la asistencia a los ciudadanos, desarrollando de este modo la misión, visión y valores de nuestro sistema sanitario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diagnóstico de situación de partida comenzando con estudio descriptivo que evalúe por un lado, el estrés del profesional, y por otro, los conocimientos del profesional sobre éstas técnicas. Posteriormente evaluaremos el beneficio aportado por estas técnicas tanto a nivel psicológico, personal y profesional.
Otras actividades:
Prácticas individuales y grupales.
Formación específica de miembros del CEA.
Fines de semana intensivos formación.
Sesiones científicas.
Registro de actividades.
Análisis de los datos.
El proyecto es eminentemente práctico con interacción continua entre profesor y alumnos.
Los métodos docentes utilizados serán:
Desarrollo de contenido teórico por medio de clases magistrales (25%)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 744

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DEL TRABAJO EN EQUIPO EN UN COMITE DE ETICA ASISTENCIAL CON TECNICAS DE PSICOTERAPIA ANALITICA GRUPAL Y OTRAS TECNICAS DE PSICOTERAPIA DE TERCERA GENERACION

Conocimiento de las técnicas mediante clases prácticas y ejercicios (45%)
Resolución de las dudas sobre las prácticas (15%)
Intercambio de experiencias entre el grupo (15

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Variables socio-demográficas.
Formación recibida (nº horas).
Mejora de la percepción de bienestar y disminución del estrés en los profesionales con el uso de estas técnicas (escalas de valoración del Burnout, semfyc).
Mejora de la atención prestada a nuestros compañeros, pacientes y/o consultas (metodologia cualitativa).
Los indicadores pre y post específicos serían: Burnout (tipo Maslach Burnout Inventory, semFYC), mindfulness (FFMQ) y otro de compasion.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero: Elaboración del proyecto. Descripción de la situación de partida. Recogida preliminar de datos. Formación específica de algunos miembros del CEA.
Febrero-Abril: Participación en grupo voluntario practicas mindfulness y compasion para profesionales sanitarios.
Febrero-Junio: Curso introductorio compasión, gestion stress y prevención del quemado profesional.
Junio-Julio: Presentación del proyecto en formato investigación al CEICA.
Julio-Octubre: Cursos metodología grupal y puesta en practica con sesiones grupales y realización de talleres y jornadas.
Nov-Diciembre: Evaluación del proyecto, profesionales y CEA.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 254

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES 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.
· PEREZ MARTINEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· MONTON DITO JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· OJUEL GROS TANIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· MONFORTE SORIANO ENCARNA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· PEREZ LAHUERTA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· GIMENEZ MORA ROSA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· SANCHEZ SANCHEZ MARIA. TCAE. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia y Utilidad del Proyecto:

-La aparición de resistencias a los antibióticos es una grave amenaza para la salud pública en todo el mundo, que incrementa los costes de la atención sanitaria, la tasa de fracasos del tratamiento y la mortalidad. El desarrollo de resistencias es un fenómeno biológico natural, que se ve amplificado por la utilización inadecuada de antibióticos en medicina y en veterinaria.
-Los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presentan una vulnerabilidad aumentada para desarrollar infecciones nosocomiales (se estima una incidencia en torno al 20-30%) y son especialmente susceptibles de ser colonizados y/o infectados por Bacterias Multirresistentes (BMR).
-Las opciones terapéuticas suelen ser extremadamente limitadas, lo que determina que este grupo de infecciones se asocie a una mayor frecuencia de tratamientos empíricos inadecuados, al retraso en el inicio del tratamiento correcto y a más fracasos terapéuticos. Como consecuencia de todo ello se prolonga la estancia media en la UCI, se incrementan los costes y la morbimortalidad. La aparición de una BMR condiciona el pronóstico del paciente crítico e incrementa el consumo de recursos en las UCI.
-La incidencia de BMR puede disminuirse implantando un Protocolo de prevención y diagnóstico.
-La instauración de un sistema de vigilancia y control de BMR es un aspecto muy importante en el control de la infección nosocomial y de la calidad asistencial de los pacientes ingresados en UCI.

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.

Situación de partida:

-Falta de estandarización de las medidas de prevención y diagnóstico de la colonización o infección por BMR.

Causas:

-Falta de protocolos de actuación.
-Falta de registros sistematizados.

Fuentes de información:

-Historias clínicas.
-Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.
-Registro Nacional de Infección Nosocomial en UCI (ENVIN).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Instaurar en la UCI un Protocolo de prevención, diagnóstico y tratamiento de BMR, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva (“Proyecto Resistencia Zero”). Estandarizando todas las medidas y actividades en la prevención y diagnóstico de la colonización o infección por BMR y de tratamiento. 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 de las actividades encaminadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de BMR.
-Disminuir la incidencia y la morbimortalidad.
-Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las infecciones nosocomiales por BMR.
-Ayuda a profesionales de nueva incorporación
-Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas preventivas y de diagnóstico de BMR.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 254

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

-Elaborar un Protocolo de Prevención de aparición de BMR que incluirá los siguientes aspectos: la utilización adecuada de antibióticos (política antibiótica), la detección precoz de BMR (despistaje) y la prevención de su diseminación (aislamientos preventivos).
-Sistematizar y registrar las medidas de prevención de BMR, mediante la elaboración de unas Hojas de registro de: control de pacientes con tratamiento antibiótico, pacientes con criterios de aislamiento preventivo y de limpieza diaria y terminal de material y de las habitaciones.
-Estandarizar los Criterios diagnósticos de colonización o infección por BMR y de tratamiento.
-Elaboración de Hoja de Registro de pacientes colonizados o infectados por BMR.
-Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos. Reuniones cada 3 meses del Grupo de Calidad de la UCI.
-Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.

Responsables:

-Equipo médico
-Equipo de enfermería

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Tasa de pacientes con una determinada BMR por 1.000 días de estancia en UCI:

definida como el número de pacientes con una determinada BMR identificados durante la estancia en UCI (a partir de las 48 h de ingresados en UCI y en las 48 h siguientes al alta de UCI) por 1.000 días de estancia en UCI.

Para identificar cada BMR se incluyen muestras de vigilancia y muestras clínicas.

-Tasa de pacientes con una o más BMR adquiridas en UCI:

definida como el número de pacientes ingresados en UCI con una o más BMR identificadas a partir de las 48 h de ingreso (o en las siguientes 48 h al alta de UCI) por 1.000 días de estancia en UCI y por cada 100 pacientes ingresados

-Tasa de pacientes con una o más BMR identificadas en las neumonías relacionadas con ventilación mecánica (NAV) y en las bacteriemias primarias o relacionadas con catéter vascular (BP-BRC):

definida como el número de pacientes con una o más BMR identificados en NAV y BP-BRC por cada 1.000 días de presencia del factor de riesgo.

Obtenida del Registro Nacional de Infección Nosocomial en UCI (ENVIN)

-Tasa de días libres de uso de antibióticos:

definida como el número de días-paciente que no recibe antibióticos sistémicos por 1.000 días de estancia en UCI.

Se incluyen todos los antibióticos sistémicos utilizados independientemente del motivo de su indicación.
Este indicador es útil para valorar el impacto de las recomendaciones para controlar el uso de antibióticos en UCI y se calculará de forma continua durante toda la intervención.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Fecha de inicio: Mayo 2015
-Fecha de finalización: Mayo 2016

-Elaboración y difusión del proyecto: Mayo-Agosto 2015
-Puesta en marcha del proyecto: Septiembre 2015
-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: Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 254

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 754

1. TÍTULO

DISPENSACION A DOMICILIO DE AGENTES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS EN PACIENTES EN CONSULTA EN PREDIALISIS

2. RESPONSABLE ..... IRENE VALLE GINER
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASCON MARIÑO ANTONIO. MÉDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE NEFROLOGIA
· DOBON DOMINGO YOLANDA MANUELA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dada la distribución territorial la Comunidad Autónoma de Aragón, hay pacientes que se desplazan largas distancias para recoger su medicación en el hospital, muchos de ellos con edad avanzada y en algunos casos sin autonomía suficiente para desplazarse. Esta situación ha sido detectada por quejas formuladas por los pacientes.
La dispensación ambulatoria tiene una importancia creciente. Considerar independientes la dispensación de la distribución, nos abre interesantes posibilidades de desarrollo asistencial. Se trata de reducir actividades rutinarias de la entrega de medicación y centrarnos en la relación directa farmacéutico-paciente.
La dispensación, como acto entre farmacéutico y paciente, debería centrarse en dos grandes campos: la información y el seguimiento terapéutico, tanto para conseguir la mejor adherencia y cumplimiento como para detectar posibles problemas relacionados con la medicación.
El uso de servicios de mensajería reduciría las visitas de los pacientes a farmacia (lo que mejoraría la calidad percibida por los mismos). Esta reducción de las visitas dificultaría la labor de información y seguimiento por parte del farmacéutico, pero el arsenal de recursos tecnológicos es amplio y permite mejorar la calidad asistencial y ampliar la acción del farmacéutico al ambiente en que se mueve el paciente.
Este proyecto está dirigido a pacientes en tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis en pre-diálisis, edad avanzada y que residan en poblaciones lejanas al hospital, o con dificultad para acceder a la medicación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como solución se puede recurrir a dispensar medicación hasta próxima visita médica (3-4 meses). Esto plantea desventajas: avanzar el gasto, inventario elevado en farmacia, stock en domicilio y sin control de los lotes.
Una alternativa mejorada es el Proyecto Home Delivery cuyos objetivos son:

- Mejorar la calidad del servicio y aliviar la incomodidad del desplazamiento
- Disminuir frecuentación al servicio de farmacia
- Compra “Just in Time”
- Ajustar la frecuencia de contacto presencial a las necesidades del paciente, independientemente del suministro de medicamentos.
- Asistencia no presencial: TELEFARMACIA
- Mejorar la eficiencia de la asistencia farmacéutica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los requerimientos para la implementación del PROYECTO HOME DELIVERY son:
Un OPERADOR LOGÍSTICO con autorización de la AEMyPS.
Un SOFTWARE DE GESTIÓN DEL PROCESO.
El coste de todo el proceso es asumido por los Laboratorios AMGEN que en ningún momento tiene acceso a los datos de los pacientes.
Son requisitos indispensables la firma de un contrato Hospital-AMGEN, el compromiso de confidencialidad y el consentimiento informado de los pacientes.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Visita médica 1

El paciente, acude a la consulta de nefrología y si cumple los criterios de inclusión (edad, distancia...) se le propone participar en el proyecto y si acepta, firma el consentimiento informado.

Visita farmacia 1 (Atención farmacéutica)

Un administrativo recibe al paciente y le solicita los datos (nombre, dirección…) que introduce en el software, emite las etiquetas identificativos (código de barras) y se las entrega al paciente (acuse de recibo de la medicación).
Un farmacéutico facilita al paciente la información necesaria y le dispensa la medicación bajo receta. Acto seguido introduce en el software los datos relativos a la prescripción médica y activa las próximas entregas a domicilio.

Entregas a domicilio

Cuando está próxima la siguiente entrega según los datos del software, el operador logístico envía a farmacia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 754

1. TÍTULO

DISPENSACION A DOMICILIO DE AGENTES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS EN PACIENTES EN CONSULTA EN PREDIALISIS

un mensaje avisándole que tiene un pedido pendiente de generar. Farmacia envía el pedido al proveedor que le asigna un número de control y lo reenvía a la farmacia para que esta lo introduzca en el software del operador logístico y quede generada la entrega a los pacientes.
Se efectúan el nº de entregas necesarias hasta la siguiente visita médica.
Las entregas a domicilio quedan registradas en el software, así como las incidencias. Cuando no es posible la entrega de la medicación en domicilio, se devuelve al servicio farmacia sin costes.
El paciente puede contactar con su médico o farmacéutico.

Visita médica 2

Se genera una nueva receta con la prescripción según analítica.

Visita farmacia 2

En el acto de dispensación se informar al paciente sobre la administración, se verifica el cumplimiento...etc.
Con la nueva receta se activan las sucesivas entregas a domicilio

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. (% pacientes beneficiarios/total pacientes) x 100
(% entregas sin incidencias/total de entregas) x 100
Encuesta de satisfacción

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se ha iniciado un pilotaje con un nº reducido de pacientes. Se incluirán todos los pacientes que cumpliendo los requisitos, así lo desee, hasta finalización del tratamiento.

11. OBSERVACIONES. Existen experiencias en este sentido llevadas a cabo con éxito en otros hospitales del país y en el países de la UE.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE EXTRAVASACIONES EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO YODADO EN LA UNIDAD MULTIFUNCIONAL DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

2. RESPONSABLE ..... EVA VILAR BONACASA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYO GOZALVO SANDRA. TER. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· SANCHEZ MANZANARES ESTHER. TER. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· SOLE PUIG EVA. TER. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· ARNAU GARCIA JOAQUIN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· OQUENDO PEREZ JOAQUIN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· ROIG SALGADO CRISTINA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La obtención de estudios de calidad con el nuevo equipo de tomografía computarizada de 64 cortes, supone utilizar unos flujos altos , de más de 4ml/sg de inyección del contraste yodado. Esta necesidad prevemos que puede ocasionar extravasaciones del contraste en la zona de inyección, con las consecuencias que puede acarrear al paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo fundamental es incrementar la seguridad del paciente que se somete a una exploración que precisa administración de contraste IV.
Para incrementar la seguridad del paciente, proponemos :
Elaborar un protocolo de prevención y tratamiento de las extravasaciones de contraste yodado.
Difundir el protocolo entre el personal implicado en la administración de contraste IV.
Establecer un sistema de registro de las extravasaciones.
Evaluación de la utilidad del protocolo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Búsqueda bibliográfica.
- Elaboración del protocolo consensuado entre el personal de enfermería y radiólogos.
- Elaborar e introducir la hoja de registro de efectos adversos en el ordenador de la sala de control.
- Establecer el orden de actuaciones encaminadas a la divulgación del protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

? Protocolo de prevención y tratamiento de las extravasaciones elaborado.
? Hoja de registro de efectos adversos disponible en el ordenador de la sala de control del equipo de tomografía computarizada.
? Grado de conocimiento de los protocolos por parte de todo el personal implicado en la administración de contraste. Encuesta al personal de enfermería del Servicio, a las supervisoras que realizan guardias y personal de enfermería del servicio de urgencias, sobre el conocimiento del protocolo.
? Uso efectivo de las instrucciones para la prevención. Registro de pacientes que acuden a la Unidad con vía de inyección inadecuada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración de protocolo de PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO de las extravasaciones
Responsables: Jefe de Sección , enfermería y TER
Fecha inicio: mayo 2015 Fecha finalización: mayo 2016

- Búsqueda Bibliográfica: mayo y junio
- Elaboración protocolo de extravasaciones: septiembre, octubre y noviembre
- Hoja de registro : septiembre y octubre
- Plan de divulgación: noviembre, diciembre y enero
- Evaluación: febrero, marzo y abril
- Plan de mejora: mayo

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. seguridad
OTRA PALABRA CLAVE 2. prevención extravasaciones contraste
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE EXTRAVASACIONES EN LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO YODADO EN LA UNIDAD MULTIFUNCIONAL DE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 524

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL ESPACIO ASIGNADO A LA ELABORACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO ELECTRONICO EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE ..... CARLOS JOSE YANEZ BENITEZ
· 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.
· FERNANDEZ ROSADO DAVID. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· OSET GARCIA MONICA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· UTRILLAS MARTINEZ ANA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· COMIN NOVELLA LAURA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· DEL VAL GIL JOSE MARIA. . H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· TOLOS MARIN MARIA TERESA. . H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LAFUENTE OBENSA ANA BELEN. . H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El protocolo quirúrgico es un elemento muy importante de la historia clínica del paciente que es atendido en los Servicios de Cirugía General. Actualmente se utiliza en nuestro centro el formato electrónico y por ello su elaboración debe hacerse en un terminal con conexión a la red hospitalaria y al programa HP Doctor. En nuestro centro solo disponemos de un espacio muy limitado con un terminal e impresora, por lo que con frecuencia se debe esperar que se desocupe el equipo para poder elaborarlo o utilizar otro equipo dispuesto en el área de despertar que con frecuencia también esta ocupado. Este proyecto pretende proponer una utilización más óptima del espacio disponible actualmente, lo que permitiría la incorporación de otro ordenador para agilizar la elaboración de los protocolos, facilitar la consulta de la historia clínica electrónica y eliminar la congestión que con frecuencia produce tener cuatro quirófanos con actividad programada con los equipos actualmente disponibles

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creación de un espacio de trabajo que permita incorporar un ordenador adicional en el área destinada a la elaboración de los protocolos quirúrgicos de la actividad quirúrgica programa.
Disminuir el tiempo de espera del equipo quirúrgico en la elaboración de los protocolos.
Optimizar el uso del tiempo del equipo quirúrgico y facilitar un equipo de consulta de la historia clínica electrónica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se propone la creación de un mesa de trabajo en el espacio físico ya existente que permita incorporar otro ordenador de trabajo.
Exponer ante la jefatura de servicio de cirugía general y la supervisión de enfermería del bloque quirúrgico, las ventajas y beneficios que aporta un nuevo terminal junto con la modificación de la distribución actual del espacio de trabajo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuesta que permita evaluar entre los miembros de los servicios quirúrgicos con acceso al área de trabajo la mejora en el área de trabajo destinada a la consulta de la historia clínica electrónica y elaboración de protocolo quirúrgico. Cuantificar el tiempo necesario para la elaboración del protocolo quirúrgico después de la cirugía

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Solicitar durante la primera semana del mes de Julio al jefe de servicio de cirugía y a la supervisión de enfermería del bloque quirúrgico, el estudio del espacio físico existente y evaluar la propuesta de mejora planteada para la incorporación de otro ordenador de trabajo.
Una vez estudiado y si es aprobado se dispondrá de un plazo de un mes para aportar sugerencias , modificaciones o mejoras al proyecto planteado, permitiendo contrastar opiniones de los distintos servicios que utilizaran el espacio de trabajo.
Se prevé el inicio de la optimización del espacio disponible la primera semana de Septiembre y funcionamiento del nuevo espacio la primera semana de Octubre y de forma continua.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 567

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO BARRANCO DOMINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO GIL SILVIA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ UBIETO FERNANDO. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALBIACH ANDREU MANUEL. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GRACIA ROCHE CARLOS. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La satisfacción global del paciente quirúrgico es un aspecto al que históricamente no se le ha prestado la suficiente atención. En muchas ocasiones los factores que influyen en la plena satisfacción del paciente respecto al proceso asistencial difieren entre la percepción de éste y la del personal sanitario. La mayor parte de ellos guardan relación con los factores psicológicos, humanos y materiales, y se valoran menos los factores relacionados directamente con el proceso quirúrgico.
La satisfacción general de los pacientes atendidos en el Hospital de Alcañiz según el último informe que presenta la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario referente al año 2014 es del 26.8%, cifra que se encuentra por encima de la media de la comunidad autónoma de Aragón, que es del 26.2%.
La atención sanitaria está evolucionando hacia un paradigma centrado en el paciente y sus necesidades, en su calidad de vida, así como en el entorno de cuidados.
Creemos importante detectar las oportunidades de mejora en la calidad percibida por el usuario durante la atención sanitaria. Ello nos permitirá conocer cuales son nuestros puntos fuertes para mantenerlos y/o reforzarlos, así como nuestros puntos débiles para mejorarlos.
Por otra parte el cáncer de mama es la cuarta neoplasia en incidencia global y, en mujeres, la neoplasia con mayor incidencia, mortalidad y prevalencia a 5 años (29%, 15,5% y 40,8%, respectivamente). (Datos SEOM en el año 2014)
En nuestro servicio, a pesar de las limitaciones propias de un hospital comarcal, se opera un número importante de mujeres con cáncer de mama al año. Nos planteamos como primer objetivo conocer de primera mano la satisfacción de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en nuestro hospital.
Se analizará:
- Datos sociodemográficos
- Satisfacción con los cuidados, información proporcionada, tiempo dedicado, resultados oncológicos, estéticos y psicológicos, repercusión de la enfermedad y su tratamiento en su vida diaria
- Confianza, amabilidad, preparación e interés de los diferentes profesionales que han prestado la atención.
- Pregunta abierta acerca de las mejoras que plantearía el paciente.

La hipótesis de partida de este estudio es que mediante un sencillo y breve cuestionario específico se puede medir la satisfacción de la paciente operada de cáncer de mama tras su asistencia sanitaria, de forma fácil, sencilla, válida y fiable y que con ello se puede conseguir una mejora de la calidad asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Obtener más de un 80% de encuestas rellenadas de entre las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el servicio de cirugía.
- Constatar los problemas físicos, sociales, psicológicos de las pacientes tratadas en nuestro centro por un cáncer de mama
- Aumentar la calidad de la asistencia de las pacientes con cáncer de mama hasta lograr una puntuación positiva mayor de 4 sobre 5 en todos los conceptos tras completar los primeros doce meses del proyecto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Revisión bibliografía del tema (Silvia Blasco, Ignacio Barranco, Fernando Martínez)
2. Creación del grupo de trabajo multidisciplinar: médicos, enfermeras, auxiliares... (Todos)
3. Diseño de un cuestionario especifico para pacientes intervenidas de neoplasia de mama. (Todos)
4. Entrega de los cuestionarios a las pacientes (Todos)
5. Análisis de lo resultados a los 6 meses (Álvaro Bueno, Carlos Gracia, Marta Gutiérrez)
6. Implementación de las posibilidades de mejora detectadas(Todos)
7. Análisis de lo resultados a los doce meses (Álvaro Bueno, Carlos Gracia, Marta Gutiérrez)

El cuestionario será claro y sencillo, destinado a conocer de la forma mas fidedigna posible la experiencia global del paciente durante el ingreso hospitalario, el tratamiento y los tres primeros meses tras la cirugía, con una escala unidimensional con una puntuación de 1 (más negativo) hasta 5 (más positivo).
Al final se habilitará un campo libre para que el paciente desarrolle críticas, dudas y sugerencias que pueden ser muy útiles para la evaluación y consecución de los objetivos marcados o para plantearse otros nuevos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registraremos el % de encuestas entregadas al inicio del proyecto (1er mes) a los 6 meses y al final del proyecto (mes 12º) (Nº encuestas entregadas/Nº pacientes ingresados) y que deberá ser siempre mayor del 80%

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 567

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Registraremos el % de encuestas rellenas recogidas/entregadas al inicio del proyecto (1er mes) a los 6 meses y al final del proyecto (mes 12º) (Nº entregadas/Nº ingresados)

- Análisis multidisciplinar (médicos y personal de enfermería) de los datos obtenidos a los 6 meses y valorar oportunidades de mejora e implementación de las mismas.
- Realizar un nuevo análisis de los datos a los 12 meses de iniciado el proyecto.
- Obtener al menos un 4 sobre 5 en todos los ítems de la encuesta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Diseño de la encuesta (julio-agosto 2015)
2. Charlas para dar a conocer el proyecto al personal de la planta (septiembre 2015)
3. Inicio de la entrega de encuestas (septiembre 2015)
4. Análisis intermedio (febrero 2016)
5. Análisis final (septiembre 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Encuesta de satisfacción calidad
OTRA PALABRA CLAVE 2. CANCER DE MAMA
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 040

1. TÍTULO

OBESIDAD Y OTROS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ..... ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO VERA JOSE JUAN. PEDIATRA. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SAENZ GUALLAR RAFAEL. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los trastornos alimenticios es uno de los mayores problemas de salud pública, ya que incrementa la morbimortalidad a los individuos que la sufren.
Los obesos en edad adulta sufren problemas de salud asociados, (diabetes, hipertensión, dislipemias, cardiopatías, problemas osteoarticulares...) además de en edad escolar puedan sufrir rechazo social.
Gran parte de la obesidad del adulto se inicia en la niñez, y debido a su elevada prevalencia, la intervención debe comenzar en el momento de la aparición de los síntomas, sin esperar a que el niño " adelgace cuando haga el cambio".
Es útil el proyecto ya que se hace hincapié en el aspecto dietético y en la necesidad de realizar un cambio en el estilo de vida, sin dejar de insistir en que la batalla contra la obesidad no se logra solo con control alimentario, sino que debe ir acompañada siempre de un incremento de las actividades con movimiento.
Los hábitos alimentarios de la familia sirven sin duda de aprendizaje para el niño, por ello es de vital importancia la información a los padres, elaborando en la consulta unas normas claras para realizar una dieta equilibrada y variada

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento llevamos 20 niños en programa de trastornos alimenticios.

La evaluación es siempre individual:
-Historia clínica
-Datos de laboratorio : analítica con hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas.
-Hábitos alimentarios en el entorno familiar de una semana: nº de comidas, alimentos que forman parte en cada comida, si se pica entre horas,
-Actividades físicas que realizan: actividades deportivas extraescolares, si van andando a los sitios como al colegio, uso o no de ascensor,,,
Se realiza una modificación de su alimentación para conseguir una dieta sana y equilibrada, siempre de forma flexible, con una motivación positiva e incluyendo a toda la familia en los cambios alimentarios y siendo los propios niños los que trabajan y pautan nuevos alimentos semanales a comer e introducir en su dieta. Se aconseja y modifica ejercicios semanales.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal es la adquisición de hábitos alimentarios adecuados, de un estilo de vida menos sedentario y como consecuencia, la disminución progresiva de peso hasta límites razonables y la prevención del aumento del mismo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se ha incluido en los programas de tratamiento elementos procedentes de la psicología (reestructuración cognitiva, habilidades sociales, ruptura de cadenas conductuales) y de otras disciplinas (educación nutricional, ejercicio físico)
Es importante introducir sesiones de mantenimieno que incluyan soporte social de los miembros de la familia, la adquisición de habilidades de solución de problemas y la prevención de las recaídas.
En definitiva, es importante lograr, hábitos alimentarios sanos y actividad física saludable, al tiempo de mejorar su autoestima para prevenir la obesidad y posibles alteraciones picopatológicas, así como mejorar la calidad de vida

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Se evaluará además del peso y talla el dietario semanal antes de las sesiones
-Evaluación de cambio a través del modelo Prochaska y Di Clemente
-Encuestas de hábitos higienico-dietéticos semanales, de motivación positiva

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. un año

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. obesos pediátricos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 040

1. TÍTULO

OBESIDAD Y OTROS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN PEDIATRIA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 007

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE MATERIALES Y BOTIQUINES DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... PILAR GIMENO BALLONGA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ FERRI MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· MIR BURGUES OLGA. TCAE. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· VALLS ULLOA TERESA. TCAE. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El CS Alcañiz, está inmerso en la ISO 9001, en la anterior auditoria, se nos detectó como oportunidad de mejora, la elaboración de un listado en el que aparezcan todos los fármacos y el material existente en la sala de urgencias, en el carro de paradas y en los maletines de urgencias. Hay que garantizar la prestación de un servicio de atención urgente, de calidad a la población, por lo que es de vital importancia, que todo el personal del CS Alcañiz, sea conocedor del material, que dispone, de donde se encuentra ubicado, de cuantas unidades tiene...para ello vamos a elaborar un listado, unificado con otros centros del Sector, en el que aparezca la relación del material sanitario y de los fármacos que deben formar parte de este servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Ahora el CS Alcañiz, dispone de un listado de fármacos necesarios para el carro de paradas y también la vitrina adjunta al mismo. No disponemos de listado de material ni tenemos definidos stocks en la sala de urgencias.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Garantizar la disponibilidad de material y fármacos en todos los ámbitos del centro de salud relacionados con la atención urgente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar un listado de material y medicacion actualizada, para la sala de urgencias, carro de parada y maletin de urgencias. Definición de un stock mínimo y estándar.
Revisión diaria del precinto de los carros de paradas y del maletín de urgencias.
Reposición diaria de los materiales y fármacos utilizados, asegurando los stocks.
Registro mensual de la revisión del carro y del maletín y verificación mensual de caducidades.
Difundir la información, a través de sesiones clínicas a los miembros del equipo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de meses en los que consta registro de revisión del carro de paradas*100/12
Verificación mensual del listado de caducidades.
Cumplimentación del formato de rotura de stock.
Análisis semestral del funcionamiento del procedimiento por medio de grupo de trabajo de enfermería.
Auditorías internas y externas de ISO 9001.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde el 1 de mayo hasta el 31 de diciembre de 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 005

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA JIMENEZ SESMA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SIMON MELCHOR ALBA. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SOLANO CASTAN JAVIER. FARMACEUTICO/A. FARMACIA LOPORZANO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) son efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria. Afectan cada año a millones de pacientes y representan un problema de salud pública debido a su elevado coste y morbimortalidad. La higiene de manos (HM) es el procedimiento más importante y eficaz para la prevención y control de las IRAS (1).
Todo profesional sanitario debe ser consciente de la importancia de la realización de la HM en los momentos adecuados, para protegerse a uno mismo, al paciente y al entorno sanitario.
El concepto de seguridad hizo plantear a entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) la necesidad de desarrollar medidas como la HM, para prevenir los EA generados por la práctica clínica.
En 2009 como primera medida para reducir las IRAS, la OMS lanzó la “Estrategia multimodal para la mejora de la higiene de las manos” en los centros sanitarios, con las recomendaciones cómo lavarse las manos y cómo desinfectárselas (2). Desde el 2005 coincidiendo con el lanzamiento del Reto mundial para la Seguridad del Paciente, elaboró el programa “Una atención limpia es una atención más segura” fomentando “los 5 momentos para la HM” (3). En 2015 se conmemora los 10 años de la creación de este programa de la OMS.
Diversos estudios han demostrado que el desarrollo de estrategias en los centros sanitarios incrementan el cumplimiento de la correcta HM por parte de los profesionales sanitarios (1). Además fomentan prácticas seguras como la introducción de soluciones hidroalcohólicas, que son una medida rentable para disminuir las IRAS, prestando una atención segura y de calidad
Los métodos utilizados para identificar problemas, priorizar, evaluar las causas, proponer acciones de mejora han sido Brainstorming y Grupo Nominal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general: Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando una mejor atención y cuidados seguros a los pacientes.
Objetivos específicos:
- Presentar la estrategia a los profesionales de la salud del Centro de Salud de Calaceite.
- Dar a conocer la importancia de la HM para prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
- Mejorar los conocimientos de los trabajadores sanitarios sobre las técnicas y procedimientos de HM.
- Facilitar el acceso y fomentar la utilización de preparados de base alcohólica para la desinfección de las manos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se llevarán a cabo las siguientes acciones:
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas de la evidencia disponible sobre la HM.
- Jornada de presentación de la “Estrategia de higiene de las manos en el Centro de Salud de Calaceite” a los trabajadores.
- Diseño de carteles sobre la HM basándose en los modelos de la OMS.
- Difusión de los carteles diseñados.
- Preparación del taller de formación de la HM.
- Realización de la sesión clínica para la formación en HM.
- Entrega de 9 preguntas del “Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios” de la OMS después de la sesión clínica.
- Nueva entrega de 9 preguntas del “Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios” a los 6 meses de la formación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores de evaluación y seguimiento son:
1. Nº carteles colocados*100/Nº carteles diseñados.
2. Nº de profesionales que asisten la sesión clínica*100/Nº de profesionales del Centro de Salud.
3. Nº de profesionales sanitarios que llevan preparado de base alcohólica en el maletín*100/Nº de profesionales sanitarios del Centro de Salud.
4. Nº de profesionales sanitarios que contestan correctamente 9 preguntas del “Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios” de la OMS después de la sesión clínica *100/Nº de profesionales sanitarios.
5. Nº de profesionales sanitarios que contestan correctamente 9 preguntas del “Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios” después de 6 meses de la formación*100/Nº de profesionales sanitarios.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se desarrolla desde febrero a diciembre de 2015.
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas sobre la HM.: febrero-marzo de 2015.
- Jornada de presentación de la “Estrategia de higiene de las manos en el Centro de Salud de Calaceite” a los

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 005

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

profesionales del Centro de Atención Primaria: abril de 2015.
- Diseño de carteles: abril de 2015.
- Difusión de los carteles: abril de 2015.
- Diseño del taller de formación: mayo de 2015.
- Realización de la sesión clínica de HM a los profesionales: junio de 2015.
- Entrega de 9 preguntas del “Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios” de la OMS tras la sesión clínica: junio de 2015.
- Evaluación de los resultados del cuestionario tras la sesión clínica: julio de 2015.
- Nueva entrega del “Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios” de la OMS a los de 6 meses del taller de HM: diciembre de 2015.
- Reevaluación de los resultados de ambos cuestionarios y valoración de acciones correctivas si procede: diciembre de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. higiene de manos
OTRA PALABRA CLAVE 2. seguridad del paciente
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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 008

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE CALIDAD DEL CS ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... JULIA LOPEZ GIMENO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAENZ GUALLAR RAFAEL. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· LARA GARRIDO ANGELA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· BEGUER GRIÑON MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El CS Alcañiz, trabaja segun los criterios de calidad registrados dentro de la normativa UNE En ISO-9001-2008. LLevamos trabajando así un año escaso, y no tenemos todavía mucha "cultura" en materia de calidad. Siendo conscientes de ello, nos planteamos dicho programa de mejora, para activarnos, ponernos en marcha y adecuar nuestras necesidades y las de la población a unos criterios reales y de calidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Somos un centro incipiente en la certificacion en ISO, no tenemos cultura de calidad ni de sistema de gestion de la calidad, por lo que, siendo conocedores de ello, nos queremos poner en marcha. Tenemos una auditoria interna, del pasado mes de ctubre, en la que tenemos que trabajar, y trabajar en las oportunidades de mejora que se nos planteó.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer una dinámica de trabajo, con todos los miembros del equipo de calidad, con reuniones mensuales. En las que:
1. Fomente la implicación de otros miembros el equipo.
2. Aumentar la satisfacción y la motivación de los miembros del equipo.
3. Mejorar en el seguimiento y la aplicación de un Sistema de Gestión de la Calidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Reuniones mensuales con el equipo de calidad.
2. Incorporación de nuevos miembros al equipo.
3. Seguimiento cuatrimestral de objetivos.
4. Seguimiento mensual de reclamaciones, sugerencias.
5. Informar al equipo sobre los indicadores y los objetivos, en reuniones cuatrimestrales.
6. Seguimiento mensual de Incidencias y de No conformidades.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Reuniones mensuales. Con un total de 8 reuniones con el equipo de calidad.
2. Reuniones cuatrimestrales con el resto del equipo. Con un totalde 2 reuniones de equipo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Desde el 1 de mayo hasta el 31 de diciembre de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 006

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE-CS ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTINEZ FERRI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LARA GARRIDO ANGELA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· BEGUER GRIÑON MARIA PILAR. MEDICO DE ATENCION CONTINUADA EN AP. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· AGUD CARDONA MONICA. ENFERMERO/A. DAP ALCAÑIZ. DIRECTORA ENFERMERIA AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Para poder mejorar, en nuestro equipo, necesitamos reuniones programadas entre medicina y enfermeria, que nos ayuden a tomar decisiones, a difundir conocimientos entre los miembros del equipo y solucionar dudas.
El CS Alcañiz, está inmerso en la creación de un sistema de gestión de calidad certificado con ISO 9001:2008. Nuestros registros indican que el número de sesiones de nuestro plan de formación es escaso para el número de profesionales que trabajamos en el CS. Asimismo también se considera escasa la asistencia a las sesiones clínicas a pesar, de que se pide, desde el Servicio de Formación Continua, la acreditación de las sesiones a través de la Solicitud de Actividades Presenciales.
Por todo esto, queremos realizar un programa formativo específico para médicos y enfermeras, de manera que se incremente tanto el número de miembros del equipo que imparten sesiones clínicas, como la asistencia a las sesiones clínicas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año en curso se han acreditado de forma trimestral todas las sesiones del CS Alcañiz.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantar un plan de formación continuada basado en las necesidades del centro para medicina y para enfermería, en el que se incremente tanto el número de profesionales que imparten sesiones clínicas como la asistencia a las sesiones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Análisis de situación por grupo de trabajo: valoración de la idoneidad del contenido de las sesiones y horario en el que se imparten.
Identificación de oportunidades de formación: Encuesta de necesidades formativas en el centro, evaluación de indicadores e incidencias del sistema de gestión de la calidad.
Establecimiento de un plan de formación para médicos y enfermeras adaptado a las necesidades del centro.
Difusión del plan de formación, en tablón del centro, en nuestro correo del salud, y en el correo vía OMI.

Registro de asistencia a las sesiones y publicación trimestral de los indicadores del plan de formación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Todas las sesiones deberán:

1. % de sesiones acreditadas por la Comisión de Formación Continua.
2. Evaluación mediante encuestas de satisfacción a los profesionales.
3. % de encuestas de necesidades percibidas recibidas en el equipo
4. % de asistencia a las sesiones por categoría profesional
5. % de profesionales sanitarios que imparten al menos una sesión al año.
5. Evaluación de la transferencia: evolución de los indicadores de los puntos débiles del contrato de gestión

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1/4/2015 hasta el 31/12/2015

11. OBSERVACIONES. Necesitamos un cañón proyector, por un importe máximo de 800€.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 039

1. TÍTULO

CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL

2. RESPONSABLE ..... GORETTI GOMEZ TENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REPOLLES PERALTA PATRICIA. MATRONA. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL POSTPARTO ES UN MOMENTO EN EL QUE SE NECESITA MUCHO APOYO POR LA CONFUSION QUE SE CREA. HEMOS DETECTADO UNA DESINFORMACION POR PARTE DE LAS RECIENTES MADRES Y UNA DEMANDA DE AYUDA EN ESTA ETAPA
EL PROYECTO ES ÚTIL YA QUE ASÍ SE OBTIENE UN ESPACIO PARA COMPARTIR DUDAS Y SE MUESTRAN TÉCNICAS PARA RESOLVER PROBLEMAS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - FOMENTAR, PROMOVER Y PROTEGER LA LACTANCIA MATERNA Y LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO EN EL ENTORNO RURAL
- RESOLVER DUDAS SOBRE LA CRIANZA DEL BEBÉ
- ADQUIRIR EDUCACIÓN BÁSICA SOBRE CUIDADOS Y PUERICULTURA
- DISMINUIR EL NUMERO DE VISITAS AL PEDIATRA O MATRONA PARA RESOLVER DUDAS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - TALLER DE LACTANCIA MATERNA 1 HORA A LA SEMANA EN EL CENTRO DE SALUD, PARA MADRES QUE HAN DADO A LUZ CON UNA SERIE DE CHARLAS PROGRAMADAS, RESPONSABLE LA MATRONA Y PEDIATRA DEL CENTRO
- MODIFICAR AGENDAS EN PROGRAMA OMI CON LA CREACIÓN DE LA AGENDA TALLER PARA LLEVAR UN REGISTRO DE LAS SESIONES
- CREAR UN ORGANIGRAMA CON LAS CLASES Y RESPONSABLES DE LAS MISMAS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - NUMERO DE MADRES CON LACTANCIA MATERNA PRIMEROS 6 MESES/ TOTAL DE MADRES EN UN AÑO
- SATISFACCION DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL TALLER, MEDIDA CON UNA ENCUESTA AL FINALIZAR EL TALLER
- CONSULTAS SIN ENFERMEDAD/TOTAL CONSULTAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - DE MAYO 2015 A MAYO 2016
- TODOS LOS JUEVES DE 11 A 12 H
- CRONOGRAMA: MASAJE INFANTIL 5 SESIONES, ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, RCP, DESARROLLO PSICOMOTOR

11. OBSERVACIONES. ASIMISMO EN CADA SESION SE RESERVA UN TIEMPO PARA REPASAR TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PUERPERAS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. LACTANCIA
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 017

1. TÍTULO

VALORACION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL ALCAINE PARICIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALACEITE
· Localidad ..... CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL SALVADOR REBECA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GUILLEN MARIN JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· GIL MOLINOS MARTA. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO AGUILAR FRANCISCO. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· MILLAN GINER CLEMENTE. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· GINER SANCHO ANA LUISA. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO CALERO FRANCISCO. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La dependencia es uno de los problemas socio sanitarios que va en aumento debido al elevado índice de envejecimiento de la población. El cuidador principal proporciona un apoyo al paciente dependiente muy importante y un ahorro significativo al sistema sanitario.
Se ha demostrado que realizar intervenciones en el cuidador es una medida terapéutica muy eficaz, por ello es muy importante cuidar al cuidador, facilitarle información y ayuda adecuada además de proporcionarle apoyo en sus tareas cotidianas.
Debido al gran impacto emocional que causa un paciente dependiente en su familia vemos necesario realizar la valoración del cuidador principal mediante la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.
Posteriormente realizaremos a través de talleres grupales una serie de intervenciones para descargar su ansiedad, estrés y frustración, facilitándoles verbalizar sus sentimientos para lograr prevenir y aliviar el síndrome del cuidador que padecen.
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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general: Estudiar el grado de sobrecarga del cuidador principal, intervenir para disminuir esta sobrecarga y mejorar su calidad de vida.
Objetivos específicos:
- Presentar la estrategia a desarrollar a todos los profesionales de la salud del Centro de Atención Primaria Rural de Calaceite.
- Detectar el nivel de sobrecarga del cuidador mediante la escala de valoración de Zarit (<47 puntos indica no sobrecarga, 47-55 puntos es una sobrecarga leve y > 55 puntos nos confirma un nivel de sobrecarga intensa).
- Facilitar información, apoyo y soporte a la familia y al cuidador principal para reducir el índice de sobrecarga.
- Proporcionar una adaptación del paciente dependiente y del cuidador a los cambios que vayan apareciendo a lo largo de la evolución de la enfermedad.
- Prestar una atención eficaz, continuada y de calidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para el cumplimiento de los resultados, se llevarán a cabo las siguientes acciones:
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas de la evidencia disponible sobre el paciente dependiente, la sobrecarga del cuidador y las estrategias disponibles para reducir el nivel de sobrecarga.
- Presentación del Proyecto de Mejora de la Calidad a los trabajadores en el Centro de Salud de Calaceite mediante una sesión clínica para su formación y coordinación.
- Aplicación de la escala de valoración de la sobrecarga del cuidador de Zarit a los cuidadores previo a la realización de los talleres grupales.
- Realización de talleres grupales (quincenales) a cuidadores de aproximadamente 10-15 personas, dirigidos a prestar apoyo emocional y mejora de la calidad de vida del cuidador.
- Dar a conocer a los cuidadores y ponerles en contacto con los Servicios Sociales de Base.
- Reevaluación de la sobrecarga realizando de nuevo la escala de valoración de Zarit a la finalización de los talleres grupales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de profesionales que asisten a la presentación del Proyecto de Mejora de la Calidad *100/Nº de profesionales del Centro de Salud de Calaceite. Estándar 100%.

Estudio antes-después de la intervención:
- Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit< 47 puntos (no sobrecarga) *100/Nº de cuidadores asistentes.
- Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit entre 47-55 puntos (sobrecarga leve)*100/Nº de cuidadores asistentes.
- Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit> 55 puntos (sobrecarga intensa)*100/Nº de cuidadores asistentes.
- Nº de cuidadores a los que aplicamos la escala de valoración de la sobrecarga del cuidador de Zarit *100/Nº

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 017

1. TÍTULO

VALORACION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

de cuidadores .
Se valorará la mejora absoluta y relativa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se desarrollará desde mayo de 2015 a diciembre de 2015.
- Búsqueda bibliográfica: mayo de 2015.
- Sesión clínica informativa del Proyecto de Mejora a los profesionales del Centro de Atención Primaria: junio de 2015.
- Realización previa a los talleres de la escala de valoración de Zarit: junio de 2015.
- Realización cada quince días de los talleres grupales a cuidadores: julio-septiembre de 2015.
- Coordinación con Recursos Sociales de Base: julio-septiembre de 2015.
- Reevaluación del cuidador, realizando de nuevo las escalas de valoración, tras los talleres formativos: octubre de 2015.
- Análisis de los resultados del Proyecto mediante indicadores y formulación de propuestas de mejora: diciembre de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CUIDADOR PRINCIPAL
OTRA PALABRA CLAVE 2. ESCALA DE ZARIT
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 004

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

2. RESPONSABLE ..... ALBA SIMON MELCHOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALACEITE
· Localidad ..... CALACEITE
· Servicio/Unidad .. NO TRABAJO EN HOSPITAL
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JIMENEZ SESMA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. DAP ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GUILLEN MARIN JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA
· SOLANO CASTAN JAVIER. FARMACEUTICO/A. FARMACIA LOPORZANO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El carro de paradas y el maletín de urgencias son elementos indispensables dentro de cualquier centro sanitario, para realizar en condiciones óptimas la atención urgente. Es necesario protocolizar su contenido y su mantenimiento para que llegado el momento esté disponible todo lo necesario, minimizando las posibilidades de error. Esto proporciona seguridad tanto para el paciente como para los propios profesionales sanitarios.
Todos los miembros del equipo deben conocer los contenidos, la ubicación y distribución. Además los elementos deben estar accesibles para su rápida identificación, facilitando con ello una respuesta adecuada en situaciones de apremio.
Por ello nos vemos en la necesidad de crear e implantar un protocolo basado en unos criterios mínimos unificados, que recoja la organización y control del carro de paradas y maletín de urgencias en el Centro de Atención Primaria Rural de Calaceite.
La técnica de grupo empleada para identificar las oportunidades de mejora ha sido la de Brainstorming y su priorización y elección se ha realizado mediante la técnica de grupo nominal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general: Garantizar la disponibilidad inmediata de los medicamentos, material y productos sanitarios relacionados con la atención urgente en el Centro de Salud de Calaceite con el fin de mejorar la seguridad del paciente.
Objetivos específicos:
1. Establecer el contenido del material y medicación del carro de paradas y maletín de urgencias, siguiendo los criterios mínimos del protocolo PO-06-1_AL(P)E del Sector Alcañiz bajo la normativa de Calidad ISO 9001.
2. Implantar un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y maletín de urgencias, basándonos en el protocolo PO-04-4_AL(P)E del Sector Alcañiz que cumple la normativa de Calidad ISO 9001.
3. Dar a conocer el protocolo del carro y maletín al personal sanitario del Equipo de Atención Primaria.
4. Implicar a los profesionales del Centro de Salud en el control y mantenimiento del protocolo del carro de paradas y maletín de urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Entre las actividades a realizar se encuentran:
- Elaboración y acuerdo del listado de los contenidos del carro de paradas y maletín de urgencias basándose en el documento PO-06_AL(P)E del Sector Alcañiz “Procedimiento de organización del material de urgencias” y en la revisión bibliográfica en bases de datos científicas. Utilización del modelo PO-06_AL(P)E “Listado de contenidos de maletines y carros” para su registro.
- Aplicación de la “Lista de verificación de equipos y material de urgencias” del carro de paradas y maletín de urgencias para sus revisiones, empleando el protocolo PO-04 4_AL(P)E del Sector Alcañiz, teniendo en cuenta el listado de los contenidos previamente acordado.
- Preparación de la sesión clínica para presentarlo a los profesionales del centro.
- Realización de una sesión clínica en la que se presenten los dos documentos a los miembros del Centro de Atención Primaria e incentivar su registro y seguimiento.
- Cumplimentación de la lista de verificación de equipos y material de urgencias del carro de paradas y maletín de urgencias de manera programada una vez al mes, después de su uso y/o al comenzar la guardia si el precinto no está íntegro.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación del proyecto de mejora se llevará a cabo a los 6 meses de su implantación, según los indicadores:
- Porcentaje de cumplimentación mensual de la lista de verificación de equipos y material de urgencias del carro de paradas: Nº de meses con cumplimentación de todos los ítems*100/6 meses. Estándar 100%.
- Porcentaje de cumplimentación mensual de la lista de verificación de equipos y material de urgencias del maletín de urgencias: Nº de meses con cumplimentación de todos los ítems*100/6 meses. Estándar 100%.
- Número de revisiones con hallazgos de material y fármacos caducados del carro de paradas*100/6 meses.
- Número de revisiones con hallazgos de material y fármacos caducados del maletín de urgencias *100/6 meses.
- Número de revisiones con hallazgos de stock insuficiente de material y fármacos del carro de paradas*100/6 meses.
- Número de revisiones con hallazgos de stock insuficiente de material y fármacos del maletín de urgencias *100/6 meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto ha comenzado en el mes de enero de 2015 y finalizará en el mes de diciembre de 2015.
- Determinar el listado de los contenidos del protocolo del carro de paradas y maletín de urgencias basándose

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 004

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

en los contenidos mínimos del documento “Procedimiento de organización del material de urgencias” y en la búsqueda bibliográfica de la evidencia científica sobre el material y medicación aconsejada: enero-marzo de 2015.
- Implantar la “Lista de verificación de equipos y material de urgencias” aplicando el modelo PO-04 4_AL(P)E: abril de 2015.
- Elaborar y preparar la sesión clínica para presentar el protocolo a los componentes del equipo: abril de 2015.
- Presentar el protocolo a los componentes del equipo de Atención Primaria: mayo de 2015.
- Iniciar el registro de la “Lista de verificación de equipos y material de urgencias” del carro de paradas y maletín de urgencias: junio de 2015.
- Revisar los registros cumplimentados y evaluar los resultados de los indicadores: diciembre de 2015.

11. OBSERVACIONES. Se trata de la implementación de un protocolo del carro de paradas y maletín de urgencias en el Centro de Salud de Calaceite basándonos en el “Procedimiento de organización del material de urgencias” y en la “Lista de verificación de equipos y material de urgencias” del Sector Alcañiz.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. carro de paradas
OTRA PALABRA CLAVE 2. maletín de urgencias
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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 215

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 ..... EVA TRILLO CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHAMOCHO OLMOS ELVIRA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO ABAD LIDIA. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· LLORCA CAMARASA MIGUEL. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· BAQUERO DIONIS NATIVIDAD. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· SANZ ALMALE ALFREDO. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la auditoria interna realizada en 2013 se abrió una no conformidad porque no se habían realizado ninguna actividad relacionada con la Comunidad.
En el EAP de Calanda no existe la cultura de realizar actividades para promover la educación sanitaria a grupos de enfermos crónicos, motivada por el ámbito rural y tamaño del equipo que hace que se tienda más a actividades educativas de tipo individual.
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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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 quincenal y con una duración de una hora. 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 temáticas de las sesiones sera:
Qué es la diabetes
Tratamiento dietético y ejercicio
Tratamiento farmacológicos. Insulina
Cuidados en el paciente diabético

Responsable: TRILLO CLAVO, EVA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación inicial de conocimientos
Evaluación al finalizar el cursillo
Control de asistencias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo – Septiembre 2015: Elaboración de los materiales a emplear
Octubre – Diciembre 2015: Realización del cursillo
Enero 2016: Evaluación de la actividad realizada

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. MEJORA
OTRA PALABRA CLAVE 2. EDUCACIÓN
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 641

1. TÍTULO

GESTION DE ALMACEN

2. RESPONSABLE ..... CONCHA 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
· MARCO LOSTAL CARMEN. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· ALEGRE HUALDE JOSE LUIS. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· CHABBAR BOUDET JAVIER NAVIL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· MORENO PUENTE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· APARICIO ROS EUSEBIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Centro de Salud de Cantavieja es un centro rural con una población muy dispersa, formada por 7 consultorios locales, un PAC (Punto de Atención Continuada) y el propio Centro de Salud. El equipo sanitario está formado en total por 13 profesionales (7 médicos, 5 enfermeros y un administrativo). La población que atiende no es elevada pero tiene una elevada dispersión lo que hace necesario tener disponible gran cantidad de fármacos para poder suministrar a los botiquines del resto de los pueblos donde se realiza asistencia sanitaria, así como al propio personal sanitario del centro.
Cada mes se realiza un envió desde Farmacia Central que se almacena en el Centro de Salud y cada profesional coge el material necesario para su consultorio y/o maletín. Existe una falta de control de lo que cada personal coge lo que dificulta el pedido a Farmacia, así como el control de las caducidades de los fármacos.
Esto se podría corregir con una hoja de control donde cada personal anotase los fármacos que extrajese del almacén, y el destino final de los mismos (consultorio o maletín de cada profesional).
Esta oportunidad de mejora tiene un apoyo unánime por todo el equipo del centro de salud, creemos que las ventajas que aporta es involucrar a todo el personal en la gestión de almacén, evitar caducidades de fármacos, y con esto un ahorro considerable. Por otra parte también se facilitará a la persona encargada de realizar el pedido mensual a farmacia esta labor, al existir un registro sobre las entradas-salidas de fármacos del almacén.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Revisión de almacén mensual.
- Organización de almacén para que exista una mayor rapidez a la hora de buscar cualquier material o medicación.
- Eliminación de material caducado.
- Reducir el tiempo utilizado por la persona encargada de realizar el pedido a farmacia y su ordenación posterior
- Se quieren evitar errores en las solicitudes de los pedidos, evitando déficits en materiales o medicación o excesos en los mismos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Control de caducidades
- Eliminación de material caducado
- Revisión, reorganización y etiquetado de todo el material fungible y sanitario del centro
- Establecer un turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, para la revisión del almacén.
- 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 destino del mismo (consultorio o botiquín), y su firma.
- Reuniones periódicas con el equipo para informarles del proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Eliminación del material caducado
- Etiquetado y registro del material almacenado
- Número de revisiones del almacén en el periodo que dure el proyecto (ideal 1 revisión al mes)
- Número de revisiones firmadas de almacén en hoja de control / número total de revisiones programadas
- Registro del material extraído de almacén en hoja de control
- Firmas en hoja de control de material extraído de almacén/ total de material extraído
- Destino de material en hoja de control de material extraído de almacén/ total de material extraído

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - El proyecto se realizará durante el segundo semestre de 2015
- Durante el mes de Junio de 2015 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 Julio de 2015 hasta Diciembre de 2015 se registrarán las revisiones del almacén, así como la extracción del material del mismo.
- Reuniones informativas para el EAP, una al inicio del proyecto, y después de forma periódica (cada 2 meses

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 641

1. TÍTULO

GESTION DE ALMACEN

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. caducidad
OTRA PALABRA CLAVE 2. medicamentos
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 661

1. TÍTULO

VALORACION DE LA UTILIZACION DE INHALADORES Y LA ADHERENCIA A LOS MISMOS EN UN CENTRO DE SALUD

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.
· PAULO FUERTES ROSANA. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· VALLE LOBATON JUAN MANUEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· EDO MALLEN JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· JARQUE MATEO AMPARO. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ SILVESTRE MANUELA. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· ORTIN ALVAREZ GLORIA. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· GRANADA GARCIA PASCUAL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La administración de fármacos por vía inhalada permite una acción rápida y directa del medicamento en el árbol bronquial con la ventaja de precisar dosis menores y tener menos efectos secundarios que la vía oral o sistémica. Sin embargo, la eficacia de este tratamiento depende de su correcta administración. Diversos trabajos han constatado que muchos pacientes no realizan de una forma correcta las maniobras de inhalación de los dispositivos y que el principal factor asociado es la falta de instrucción previa o inadecuada al paciente en el momento de instaurarles el tratamiento.
El objetivo de este proyecto es comprobar si existen fallos en el manejo de inhaladores por nuestros pacientes, y si tras un programa educativo se subsanan. Para ello nos apoyáramos en hoja de evaluación del uso correcto de inhaladores elaborada por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Otro punto para el correcto manejo de estos pacientes, es la adherencia que tienen al tratamiento. Según el Test Adherencia a los Inhaladores (TAI) solo el 37.5% de los pacientes asmáticos o con EPOC mantienen una buena adherencia a los inhaladores; en el 47 Nacional de la SEPAR, se ha confirmado la fiabilidad de este test tanto para identificar al paciente con pobre adherencia al tratamiento, como para determinar su grado de adherencia (bajo, medio o alto).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la técnica de utilización de los sistemas de inhalación que usan nuestros pacientes de acuerdo a las recomendaciones utilizadas por la SEPAR
Optimizar la prescripción de estas terapias adecuando el sistema de inhalación a las características del paciente y tener en cuenta sus preferencias a la hora de pautar un dispositivo u otro
Favorecer el cumplimiento terapéutico y Conocer la adherencia de los pacientes al tratamiento
Educar a nuestros pacientes para un correcto uso de sus inhaladores, ya que esto supone una mejora del control de sus patologías, y a su vez produce una disminución del gasto sanitario.
Mejorar la formación de los profesionales sanitarios incrementando los conocimientos teóricos y prácticos de los dispositivos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Antes de iniciar al proyecto, se registrarán a todos los pacientes que se encuentren en tratamiento con inhaladores, y posteriormente se incluirán los que se les paute de novo. Se tendrá una reunión con todos los profesionales del Equipo de Atención Primaria, para explicarles los test a realizar a los pacientes y los dispositivos para que luego ellos se lo puedan explicar a los pacientes.
Para valorar los conocimientos del paciente en la técnica de inhalación en el dispositivo que utilice nos apoyaremos en la recomendaciones de la SEPAR sobre la utilización de los diferentes dispositivos. Inicialmente se valorará la técnica que realiza el paciente a la hora de utilizar su dispositivo pautado mediante un cuestionario que aborda los diferentes pasos para su utilización, anotando los fallos para comprobar si se subsanan posteriormente. Si el paciente presenta algún error se realizará un intervención educativa, enseñándole el manejo correcto de su dispositivo, y se le ofrecerá repetir la maniobra al paciente hasta que realice todos los pasos de forma correcta.
El paciente será citado cada 3 meses para reevaluar los conocimientos adquiridos mediante las intervenciones.
En cada cita con el paciente también se les realizará el cuestionario TAI, para comprobar su adherencia al tratamiento, y comprobar si se modifica a lo largo del tiempo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número total de pacientes de nuestro centro salud con terapia inhalada
Número total de pacientes de nuestro centro salud con terapia inhalada que quieren participar en el proyecto/ Número total de pacientes de nuestro centro salud con terapia inhalada
Tipos de dispositivos utilizados por paciente / número total de participantes
Número de fallos al utilizar el dispositivo por paciente / total de pacientes incluidos en el estudio
Puntuación TAI (Test Adherencia a los Inhaladores) de cada paciente/ total de pacientes
Cambio de inhalador por paciente/ total de pacientes
Número de agudizaciones de su patología por paciente/ Total de pacientes
Numero de ingresos por agudizaciones por su patología por paciente/ total de pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se realizará el segundo semestre de 2015 y el primero de 2016
Durante el mes de Junio de 2015 se registrarán a todos los pacientes que se encuentren en tratamiento con

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 661

1. TÍTULO

VALORACION DE LA UTILIZACION DE INHALADORES Y LA ADHERENCIA A LOS MISMOS EN UN CENTRO DE SALUD

inhaladores. Nos pondremos en contacto con ellos para ofrecerles a participar en el proyecto, y se les dará una primera cita.
Reuniones informativas para el EAP, una al inicio del proyecto, y después de forma periódica (cada 3 meses

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. adeherencia
OTRA PALABRA CLAVE 2. inhaladores
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 655

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION AL PARTO EN EL AMBITO EXTRAHOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ASTIER PEÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUJOL OBIS ROSA MARIA. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· MORALES EMPERADOR JESUS. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· FRANCIN POBLADOR ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· CALONGE VERGARA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· CALAVIA CONTRERAS MERCEDES. MATRONA. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· REMACHA SIENES MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ ANGOSTO ESTHER. MATRONA. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La zona básica de Caspe Chiprana abarca a una población de aproximadamente 10.000 habitantes (INE, 2014) con una población temporera de abril a noviembre por tareas agricolas entorno a 3500 personas. De ella una parte importante son personas extranjeras con escasos conocimientos del idioma y del funcionamiento del sistema sanitario, siendo estas carencias más acentuadas entre las mujeres. Además, la población temporera acude, en muchas ocasiones, en familia.
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.
Durante el año 2014 se atendieron 3 partos en la zona básica de Caspe-Chiprana. Los tres de personas de origen extranjero (dos de la región del Magreb y una de Polonia). Los tres casos con poco conocimiento del idioma. De estos 3 casos: 2 atenciones se realizaron tras aviso urgente en domicilio con parto en curso y una atención de urgencia en el centro de salud. Los partos se resolvieron satisfactoriamente y las parturientas y los recién nacidos fueron trasladados al Hospital de Alcañiz para supervisión con el soporte medicalizado del 061.
La evaluación de la atención de estos 3 partos se revisó por parte del equipo en una sesión clínica con la matrona. Esta sesión permitió identificar la carencia de material adecuado en el área de urgencias del centro de salud y en los maletines domiciliarios de atención urgente. Y por otro lado, los profesionales identificaron áreas de mejora en el procedimiento de atención realizado para que se pudiera atender el procedimiento con más seguridad.
El equipo tomo la decisión de solicitar el material necesario al Hospital de Alcañiz, elaborar un procedimiento estandarizado a seguir para la atención del parto a nivel extrahospitalario coordinado con el Servicio de Obstetricia y Ginecologia de Alcañiz como actividad preventiva dentro del Sistema de Calidad del Equipo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Elaboración de un procedimiento normalizado de atención al parto en el medio extrahospitalario (domicilio del paciente o centro de salud)
2. Incorporación al petitorio del equipo del material y fármacos necesarios para garantizar el cumplimientod el procedimiento.
3. Formación de los miembros del equipo de atención primaria en la aplicación de dicho procedimiento.
4. Evaluar la aplicación del procedimiento.
5. Nuevas propuestas de mejora.
6. Facilitar el procedimiento evaluado para su posible incorporación a los procedimientos del Sistema de Calidad ISO de equipos de atención primaria del sector de Alcañiz

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Proceso de elaboración del procedimiento de atención al parto extrahospitalario:
- revisión de la bibliografía existente a nivel nacional e internacional de atención al parto fuera del ambito hospitalario.
- reuniones de trabajo de miembros del EAP con el Servicio de Ginecologia y Obstetricia del Hospital de Alcañiz para la elaboración de un procedimiento de atención al parto extrahospitalario para las condiciones asistenciales del centro de salud de Caspe coordinado con el Hospital de Alcañiz.
- capacitación de los miembros del equipo de atención primaria en el procedimiento de atención al parto fuera del hospital.
- elaboracion de una evaluación de la formación recibida
- diseño de indicadores de cumplimiento del procedimiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - disponibilidad de ampollas de oxitocina en el maletin de atención domiciliaria urgente y en el botiquin del area de urgencias del centro de salud y en el petitorio de farmacia del centro.
- disponibilidad de kit de atención al parto (pinzas umbilicales, paño esteril, portas, guantes, ...) en el maletin de atención domiciliaria urgente y en el botiquin del area de urgencias del centro de salud.
- registro de incidencias sobre atenciones al parto por parte del equipo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Revisión bibliográfica: junio a septiembre
2. Reuniones de trabajo: de septiembre a noviembre.
3. Formación de los profesionales: de diciembre a febrero 2016.
4. Puesta en marcha del procedimiento y sus indicadores de evaluación: de marzo a junio 2016.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 655

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION AL PARTO EN EL AMBITO EXTRAHOSPITALARIO

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ATENCION AL PARTO
OTRA PALABRA CLAVE 2. MEDIO EXTRAHOSPITALARIO
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 344

1. TÍTULO

CICLO DE MEJORA EN EL PROCESO DE ATENCIÖN AL PACIENTE OBESO

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. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ SANCHEZ MARTA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· CALVO ALBAS MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ADELL PORTOLES PILAR. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO ANENTO PILAR. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· GASQUE CALAHORRA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· BERNAD CALZADA ESTHER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La obesidad es un factor de riesgo que suele estar bastante infradiagnosticado en OMI-AP,especialmente en pacientes con otras patologías crónicas, como hipertensos o diabéticos,que con frecuencia presentan simultáneamente obesidad y en muchas ocasiones falta el diagnóstico de obesidad en OMI-AP, y como consecuencia no se inician las actividades que le correspondenen le plan personal ni en los planes de cuidados correspondientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede al ser un proyecto nuevo

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO:
- Incrementar el diagn´çostico de obesidad en OMI-AP
- Desarrollar el proceso de atención al paciente obeso a través de la implementación de los planes personales y planes de cuidados de OMI-AP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Ciclo de mejora de la calidad con evaluación de los indicadores que luego se describen.
Una vez confirmada la hipótesis de existencia del problema,planteamos realizar un plan de formación consistente en la estandarización de la evaluación del paciente obeso,planificación del régimen hipocalórico y actividad física.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Prevalencia del diagnóstico de obesidad antes-después de la intervención.
- Muestreo aleatorio de 50 historias. Evaluación del cumplimiento de los sigueintes criterios:
1. % de pacientes con diagnóstico de obesidad que tienen glucemia evaluada en los dos últimos años
2. % de pacientes con glucemia evaluada en los últimos dos años cuyos valores fueron entre 110 y 125 mgs/dl (Exclusión: pacientes diabéticos)
3. % de pacientesobesos con riesgo cardiovascular evaluado en los últimos dos años
4. % de pacientes obesos que tienen registrado en el último año, en el plan de cuidados de conocimientos deficientes al menos 1 criterio de resultados y uno de sus indicadores
4. % de pacientes obesos que tienen registrado en el último año, en el plan de cuidados de conocimientos deficientes al menos 1 intervención y uno de sus actividades relacionadas
5. % de pacientes obesos que tienen registrado en el último año, en el pln de cuidados de desequilibrio nutricional,el criterio de resultados y su indicador y al menos 1 intervención y uno de sus actividades relacionadas
6. % de pacientes que tienen registrado en el último año, en el plan de cuidados de gestión ineficaz de la salud, el criterio de resultados y su indicador y al menos 1 intervención y uno de sus actividades relacionadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Junio 2015: evaluación inicial
- Septiembre-Octubre 2015: Desarrollo del plan de formación
- Marzo 2016: Reevaluación de indicadores.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. obesidad
OTRA PALABRA CLAVE 2. mejora
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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 344

1. TÍTULO

CICLO DE MEJORA EN EL PROCESO DE ATENCIÖN AL PACIENTE OBESO

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 238

1. TÍTULO

MANEJO DEL DESA (DESFRIBILADOR SEMI-AUTOMATICO) Y RCP BASICA PARA LOS MUNICIPIOS QUE PERTENEZCAN A LA ZONA BASICA 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.
· VILLALBA MIR ANA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. MAC
· RIOS LAZARO MIGUEL JESUS. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. MAC
· GIL SALVADOR REBECA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. EAC
· LATORRE BARTOLO SILVIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. EAC
· BERLANGA RUBIO JUAN JOSE. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS.
· BORRAZ MIR MARIA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Por parte de comarcas se han comprado varios desfibriladores para todos los municipios. La mayoria de la poblacion desconoce ese hecho, y mucho menos su uitilizacion.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Educacion poblacional sanitaria, manejo del DESA por el mayor numero de poblacion. Inventariado de desfibriladores disponibles, asi como su ubicacion y responsable de su mantenimineto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Coordinacion del proyecto: Alberto Salesa
Elaboracion material de charlas: Ana Villalba
Captacion de asistentes: Juanjo Berlanga
Elaborar inventario de DESAS: Maria Pilar Borraz
Coordinacion con ayuntamientos: Silvia Latorre y Rebeca Gil
Charlas en municipios: Todo el equipo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Inventariado y mantenimiento de desfibriladores semi-automaticos.
-Listado de asistentes a charlas de manejo de DESA y rcp basica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio 31 de Septiembre de 2015, final previsto para mayo-junio de 2016.
Octubre-Noviembre-Diciembre: elaboracion de inventario y preparacion de charlas.
Primer trimestre de 2016: captacion de asistentes a las charlas.
Segundo trimestre de 2016: charlas explicativas del manejo del DESA y RCP basica.

11. OBSERVACIONES. Me gustaria saber si puedo contar contar con algun recurso del SALUD (muñecos de RCP basica) para la elaboracion de este proyecto.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 477

1. TÍTULO

CRIBADO OPORTUNISTA DE EPOC EN EL C.S. MAS DE LAS MATAS

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 PRIMARIA
· RIOS LAZARO MIGUEL JESUS. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· BERLANGA RUBIO JUAN JOSE. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· BORRAZ MIR MARIA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE BARTOLO SILVIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La captacion de pacientes epoc en CS MAS de las MATAS se realiza cuando la enfermedad muestra un clinica avanzada o complicaciones. La captacion oportunista en urgencias en las que el paciente acude por otro motivo nos ofrece una muestra aleatoria.
En el centro disponemos de espirometro que calibrariamos y lo usariamos como prueba gold estandar para valorar nuestro primer cribaje.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detectar a los pacientes con alto riesgo de presentar enfermedad de EPOC. Realizar posteriormente confirmacion diagnostica mediante espirometria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Como cuestionario de sintomas para cribado de EPOC en España solo esta validado en castellano el COPD-PS.
Este test lo pasariamos en la consulta de urgencias a todo fumador mayor de 35 años con historia acumulada de tabaquismo (>o = paquetes año)
Segun Guia GesEPOC

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Valorar la prevalencia de la enfermedad de EPOC en la poblacion que cubre el CS MAS DE LAS MATAS
Valorar la eficiencia del estudio. Con un cuestionario validado poder obtener datos que posteriormente se confirman con una prueba gold estandar

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duracion seria de un año para poder captar a los pacientes en distintas epocas del año
La captacion se realizaria en el Servicio de urgencias del centro donde trabajamos todos.
Realizaremos una sesion clinica para revisar el tema de EPOC con la nueva clasificacion fenotipica

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. mayores de 35 años
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Tabaquismo >o= 10 paquetes año

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. cribado
OTRA PALABRA CLAVE 2. EPOC
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 718

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA Y PALIPERIDONA INYECTABLE EN EL SECTOR ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JAUREGUI ISASMENDI MIREN JOSUNE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CSM ALCAÑIZ
· PEREZ TAUSIA DANIEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CSM ALCAÑIZ
· GARCIA CAMPAYO ANTONIO JESUS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CSM ALCAÑIZ
· PANZANO GRACIA EMMA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CSM ALCAÑIZ
· LABORDA GALICIA NATALIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ALCAÑIZ. SERVICIO FARMACIA AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el contexto de la realización de un plan de inspección del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, para la comprobación del uso adecuado de paliperidona y risperidona inyectable de larga duración en el ámbito ambulatorio, se decidió entre el servicio de farmacia de atención primaria y el centro de salud mental del hospital de Alcañiz, desarrollar un programa para la mejora del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes de salud mental en tratamiento con risperidona y paliperidona inyectable de larga duración en el Sector Alcañiz.
Numerosos estudios demuestran que los pacientes con trastornos mentales graves (TMG) tienen bajas tasas de adherencia terapéutica, siendo ésta la principal causa de recaídas e ingresos hospitalarios. Es fundamental el tratamiento farmacológico a largo plazo en el manejo de estos TMG, tanto en la prevención de recaídas como en las graves y variadas consecuencias que de ellas se derivan (ingresos hospitalarios, empeoramiento de la sintomatología, pérdida del funcionamiento y calidad de vida del paciente).
En el ámbito del uso racional del medicamento de pacientes en tratamiento con risperidona y paliperidona inyectable de larga duración, el trabajo en equipo multidisciplinar es imprescindible para el adecuado control farmacoterapéutico y clínico de los pacientes en tratamiento con psicofármacos, ya que constituye una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos con estos fármacos.
En el Sector Alcañiz disponemos de un largo período de observación (4 años), lo que garantiza un seguimiento regular y multidisciplinar de los casos, es decir, un conocimiento preciso de cada uno de los individuos estudiados.
Lo que se pretende conseguir con este proyecto es mejorar la información sobre las prescripciones, dispensaciones y cumplimiento del tratamiento farmacológico de estos pacientes, y con ello, valorar los potenciales beneficios en lo que se refiere al alivio de los síntomas psicóticos, a reducir los ingresos hospitalarios y a mejorar la calidad del vida del paciente y su entorno.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Creación de un equipo multidisciplinar (farmacéutica atención primaria, psiquiatras csm, enfermera csm y auxiliar administrativo farmacia ap).
- Información farmacoterapéutica actualizada a disposición de los psiquiatras y farmacéutica de atención primaria.
- Elaboración de 200 informes farmacoterapéuticos y seguimiento de 100 pacientes.
- Realización de dos sesiones formativas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar la seguridad, la eficacia y la eficiencia de los tratamientos farmacológicos del paciente incluidos en dicho programa.
- Continuación de la actividad del equipo multidisciplinar entre el Servicio de Psiquiatría y Farmacia de atención primaria del Sector Alcañiz.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Informe farmacoterapéutico y clínico actualizado semanalmente de todos los pacientes incluidos en el programa. Responsables: tosos los miembros del equipo.
- Reunión del equipo (excepto auxiliar administrativo) cada 2 meses, al objeto de unificar criterios, solventar dudas, etc.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº pacientes con cada uno de los fármacos del programa en seguimiento.
- Nº Informes farmacoterapéuticos por cada paciente en seguimiento.
- Nº de discordancias detectadas.
- % adherencia terapéutica con cada uno de los fármacos.
- Evaluación de la eficiencia del coste farmacológico.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio : ya se viene realizando desde 2010, si bien, este programa se inició en diciembre 2014.
Fecha de finalización: continuada hasta la posible finalización del programa de dispensación ambulatoria (no previsto actualmente).
Monitorización de indicadores: trimestral (2015).
Evaluación global de indicadores. Enero 2016.
Comunicación de resultados. Enero 2016.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 718

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA Y PALIPERIDONA INYECTABLE EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Propuesta de mejora. Enero 2016.

11. OBSERVACIONES. No aplica11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes salud mental en tratamiento con medicamentos del programa de dispensación ambulatoria de Risperidona y Paliperidona inyectable de larga duración

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SALUD MENTAL
OTRA PALABRA CLAVE 2. MONITORIZACION TERAPEUTICA
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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 529

1. TÍTULO

PROYECTO PLURISECTORIAL DE MEJORA DEL CONOCIMIENTO DE LA CADENA DE CUSTODIA EN EL AMBITO EXTRAHOSPITALARIO MEDIANTE UN DIPTICO INFORMATIVO

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE AGUILON LEIVA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRER DUFOL ANA. TOXICOLOGA. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE TOXICOLOGIA CLINICA
· TORRES PEREZ ANTONIO MANUEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ SORIANO MARIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. GINECOLOGIA Y PEDIATRIA
· MIR RAMOS EDUARDO. ENFERMERO/A. UME ALCAÑIZ. UVI MOVIL ALCAÑIZ
· SATUSTEGUI DORDA PEDRO JOSE. ENFERMERO/A. UME BARBASTRO. UVI MOVIL BARBASTRO
· GARCIA LOPEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Cadena de Custodia (CC) es la aplicación de una serie de normas con la obligación de asegurar y proteger todas aquellas muestras para análisis toxicológicos cuyos resultados tengan implicaciones legales, evitando así su pérdida, destrucción, suplantación, alteración o contaminación, lo que podría suponer serios problemas en la investigación de una presunta conducta punible, así como, un futuro enjuiciamiento.
En algunas ocasiones, el personal sanitario de los centros de salud y servicios de emergencias extrahospitalarias, es el encargado de iniciar la cadena de custodia, motivo por el que se considera fundamental su conocimiento. Además, en los últimos años, se han emitido sentencias absolutorias por rupturas de la CC.
En el año 2014 se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron todos los centros de salud (123) y unidades móviles de emergencias (12) del Servicio Aragonés de Salud. Este trabajo presentado en las XVIII Jornadas Nacionales de Toxicología Clínica, VIII Jornadas de Toxicovigilancia y Jornadas de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES Madrid) reveló el alto grado de desconocimiento sobre los aspectos relativos a la CC que tienen los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito extrahospitalario de la comunidad autónoma de Aragón.
De esta manera, un 64,8% de los profesionales encuestados no sabían qué era la CC, el 90,7% no conocían cómo se cumplimentaban los documentos y el 97,2% no habían recibido formación sobre su aplicación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo: Mejorar el conocimiento sobre la cadena de custodia en los profesionales sanitarios del ámbito extrahospitalario del Servicio Aragonés de Salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un díptico informativo relativo a la cadena de custodia consensuado con la Unidad de Toxicología Clínica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y que incluya información respecto a:
1. Qué es la cadena de custodia
2. Para qué se utiliza
3. Cuándo se debe de realizar
4. Dónde se puede obtener y cómo se debe rellenar el documento de cadena de custodia
El díptico informativo se remitirá a los correos corporativos de los diferentes coordinadores médicos y enfermeros a los que va dirigido el proyecto. Posteriormente se solicitará la valoración de los coordinadores respecto de la utilidad y difusión del
díptico a través de correo electrónico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador nº1:
Fórmula:
nº de coordinadores que han recibido el díptico informativo / nº total de coordinadores x 100
Metodología: Se enviará acuse de recibo del email a todos los coordinadores médicos y de enfermería incluidos en el estudio.

Indicador nº2:
nº de coordinadores que valoran la utilidad del díptico / nº total de coordinadores x 100
Metodología: Se solicitará una valoración por parte de todos los coordinadores que hayan recibido el díptico.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Julio - Septiembre: Elaboración del díptico.
Octubre - Noviembre: Envío del díptico.
Diciembre: Valoración de los resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales sanitarios del ámbito extrahospitalario

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 529

1. TÍTULO

PROYECTO PLURISECTORIAL DE MEJORA DEL CONOCIMIENTO DE LA CADENA DE CUSTODIA EN EL AMBITO EXTRAHOSPITALARIO MEDIANTE UN DIPTICO INFORMATIVO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 298

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL USO Y LIMPIEZA DE LAS CAMARAS DE INHALACION Y NEBULIZADORES

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
· GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· LASSO OLAYO JESUS MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro hospital han surgido discrepancias y dudas sobre el uso y limpieza de las cámaras de inhalación frente al habitual uso de los nebulizadores.
Realizando una revisión bibliográfica y una búsqueda de la mejor evidencia científica hemos pensado en aportar aclaraciones al respecto para facilitar la práctica diaria de nuestra plantilla.

No existe ninguna duda de que la vía inhalatoria es la preferible y la más utilizada para la administración de fármacos en el paciente respiratorio, especialmente en el área de los broncodilatadores , tanto en situaciones de urgencia como en crisis. Sin embargo, la información disponible llama la atención sobre los defectos existentes en su correcta utilización. Buena parte de estas incorrecciones son atribuibles al desconocimiento existente sobre la adecuada utilización de inhaladores.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aclaración al respecto de:

Las indicaciones y el modo de uso de las cámaras de inhalación y nebulizadores.
La limpieza de las cámaras de inhalación y nebulizadores.
Mejoría de la utilización de los dispositivos de ayuda a la terapia inhalada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión bibliográfica de las evidencias respecto al uso, indicaciones y errores de los diferentes dispositivos; cámaras de inhalación y nebulizadores. Análisis posterior y establecimiento de conclusiones. Elaboración de un documento.

Actualización del anterior procedimiento operativo y difusión en todos los servicios del hospital donde se ha utilizado este tipo de procedimiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disposición en todos los controles de enfermería de nuestro hospital de el documento y un esquema de la utilización de los nebulizadores y cámaras de inhalación, además de su limpieza.
Realización de una charla informativa sobre el tema a todos los equipos de enfermería de cada planta.
Evaluación mediante una encuesta de 8 ítems a las supervisoras de cada unidad sobre los cambios en la actividad en la planta respecto a este tema.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración 1 año

Elaboración del documento: Junio 2015
Elaboración e impresión del esquema Julio 2015
Charla informativa por los diferentes equipos de de enfermería Septiembre-Noviembre 2015
Elaboración de la encuesta Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 407

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROCESO DE ENFERMERA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ARAGONES VILLANUEVA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION COT
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RECHE SABATER ALBERTO. INFORMATICO/A. H ALCAÑIZ. INFORMATICA
· VIDAL MESEGUER ANA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
· FRAILE CABEZAS MARIA DE LAS NIEVES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
· SERRET GASCON LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION ESP QUIRURGICAS
· MARCOS GARCIA IVAN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION COT
· ROSELLO SASTRE NURIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nuestro hospital tiene un registro informatizado para la realización del informe de continuidad de cuidados al alta, que la comisión de continuidad de cuidados considera poco práctico, lo que dificulta la producción de dichos informes. Además el registro de úlceras y caídas, de carácter voluntario, se registra actualmente en papel. En los últimos años venimos observando como el número de úlceras y caídas declaradas está disminuyendo. Además en el caso de las caídas observamos que se están declarando predominantemente las que producen lesiones importantes. Dentro del programa de gestión de camas que diseñamos en nuestro hospital, se han ido añadiendo en el último año distintos registros de enfermería, de tal forma que se está convirtiendo en una útil herramienta de registro, en ausencia de protocolos de enfermería dentro de la historia clínica electrónica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disponer de un formato electrónico orientado a las necesidades del hospital para la realización del informe de continuidad de cuidados e incrementar el número de informes de continuidad de cuidados que se realizan en nuestro hospital.
- Incrementar el registro de úlceras y caídas mediante un registro informatizado ligado al programa de gestión de camas que está siendo utilizado para otras funciones del proceso enfermero.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación de grupo de trabajo en el seno de la comisión de continuidad de cuidados
- Elaboración de un modelo de plan de cuidados e informe de continuidad de cuidados.
- Traslación del nuevo modelo a un formato electrónico con acceso a través del programa de gestión de camas del hospital
- Incorporación del formato electrónico a la historia clínica electrónica que se está pilotando en nuestro hospital.
- Elaboración un registro informatizado de úlceras y caídas ligado al programa de gestión de camas que está siendo utilizado para otras funciones del proceso enfermero.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de pacientes ingresados que reciben informe de continuidad de cuidados al alta
- Número absoluto de ICC realizados
- Número absoluto de úlceras declaradas
- Número absoluto de caídas declaradas
- % de pacientes ingresados con úlceras por decúbito
- % de pacientes ingresados que tienen al menos una caída registrada
- Comparación de la tasa de úlceras según registro, con la tasa de úlceras en los cortes que se realizan en el hospital

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de formato electrónico Junio- Septiembre
- Difusión: Octubre
- Evaluación trimestral una vez difundido el formato.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 285

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL MANEJO Y CUIDADO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA PERCUTANEA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA ARROYO ESPALLARGAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· MARTINEZ ARIÑO MANUELA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· BUENO BIOSCA IRENE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· PRADES SABADO CARMEN JOSE. TCAE. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· FERNANDEZ BONILLA EVA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· LACARTA GARCIA PEDRO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· LUENGO DANIEL ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El sector Alcañiz presenta como característica una gran dispersión geográfica que obliga en muchas ocasiones a traslados de los pacientes largos, costosos e incomodos

Actualmente hay numerosos pacientes con patologías crónicas que no se pueden alimentar por via oral y precisan la colocación de sondas de gastrostomía percutanea para mantener una correcta nutrición enteral.

Estos pacientes precisan una atención individualizada y un manejo mas especializado por parte del personal de atención primaria.

En el manejo de estas sondas pueden surgir diversas complicaciones que con la formación adecuada pueden resolverse en atención primaria y evitar de este modo traslados del paciente al Hospital innecesarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocimiento de correcto manejo, recambio y mantenimiento de las sondas de gastrostomía percutanea por parte del personal de atención primaria.

Identificación y actuación correcta ante las complicaciones que surgen con el uso de sondas de gastrostomía percutanea

Mejora de la calidad de vida del enfermo al ahorrarse traslados incomodos al Hospital para la resolución de dichas complicaciones.

Aumento de la eficiencia en el manejo de estos pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de formación teórica mediante sesiones clínicas en los centros de salud y hospital del sector dirigidas a personal médico y de enfermería por parte del personal del servicio de endoscopia del Hospital de Alcañiz.

Ofertar al personal de atención primaria la asistencia al servicio de endoscopias del Hospital de Alcañiz, para formase en las técnicas de manejo y cambio de las sondas de gastrostomía percutanea.

Informar de formas de contacto con el servicio de endoscopias en caso de duda del manejo de estas sondas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de encuestas de satisfacción a los asistentes a las sesiones formativas.

Recogida de información durante la visita del paciente para el cambio de sonda (cada 6 meses) sobre complicaciones e incidencias que se han producido y cual ha sido su forma de resolución.

1. % Asistentes a las sesiones clínicas de formación.
2. % personal que acepta la realización de practicas respecto a los asistentes a la formación teórica.
3. % complicaciones o incidencias que fueron resueltas en atención primaria respecto al total de ellas.
4. Número de traslados evitados a los pacientes y al Servicio de Aragonés de Salud.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Sesiones clínicas realizadas durante los meses de Septiembre y Octubre de 2015
Formación practica durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2015.
Registro de incidencias de 1 de Enero a 31 de Mayo de 2016.
Presentación de resultados de los indicadores en Junio 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 285

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL MANEJO Y CUIDADO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA PERCUTANEA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Gastrostomía

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 042

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

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 MAR. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· GARCIA GARCIA ALFREDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· RIOS GARCIA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· ROYO MOLES MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 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

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de asistencia de profesionales a las sesiones clínicas para exposición del protocolo
- % asistencia a los cursos de RCP básica y avanzada para personal sanitario y no sanitario
- Satisfacción del personal con el procedimiento (encuesta de elaboración propia).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo hasta el 4º trimestre de 2015.
Realización de cursos de RCP básica y avanzada en el 4ª trimestre de 2015
Sesiones clínicas primer trimestre de 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PROTOCOLO
OTRA PALABRA CLAVE 2. REANIMACION CARDIOPULMONAR
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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 042

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 018

1. TÍTULO

ACORTANDO DISTANCIAS-VALORACION DE HERIDAS CRONICAS UTILIZANDO LAS NUEVAS TECNOLOGIAS

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BLASCO GIL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RECHE SABATER ALBERTO. PROGRAMADOR DE SOFTWARE. H ALCAÑIZ. INFORMATICA
· MINGUILLON ORTEGA MARIA PILAR. TCAE. H ALCAÑIZ. CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las heridas crónicas son una de las patologías más prevalentes entre la población anciana, siendo los profesionales de Atención Primaria los que asumen, en primera instancia, los cuidados de los pacientes portadores de una herida crónica.
Los efectos propios del envejecimiento en la capacidad física de las personas mayores, la comorbilidad asociada a este tipo de pacientes y las características geo- demográficas de Aragón, son barreras que en muchas ocasiones dificultan el acceso a los servicios de Atención Especializada.
En la Consulta de Enfermería del Servicio de Cirugía se valoran aquellos pacientes con heridas crónicas refractarias al tratamiento remitidos desde AP, sin embargo debido a la dispersión de la población y a la necesidad de trasladar a personas con elevada dependencia, nos planteamos el objetivo de mejorar la accesibilidad de estos pacientes a nuestro Servicio. Para ello, y haciendo uso de las nuevas tecnologías, queremos ofrecer al equipo de AP la posibilidad de recibir nuestra valoración y elaborar, conjuntamente, un programa de cuidados individualizado para cada paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Facilitar el acceso a la valoración en Consulta de Enfermería del Servicio de Cirugía del Hospital de Alcañiz a aquellos pacientes, que por diferentes motivos, no pueden desplazarse.
- Facilitar al profesional de enfermería de AP un acceso directo a la Consulta de heridas crónicas para resolución de dudas, puesta en común de conocimientos, etc…
- Incrementar la cobertura de pacientes portadores de heridas crónicas atendidos en la Consulta de Enfermería del Hospital de Alcañiz, que de otro modo no tendrían acceso a este servicio.
- Satisfacción de pacientes y profesionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Evaluación de pacientes portadores de heridas crónicas refractarias a tratamiento a través de Intranet
- Acceso directo a la Consulta de Enfermería del Servicio de Cirugía
- Ubicación del paciente en el servicio correspondiente tras la valoración realizada
- Unificación de criterios en cuanto al tratamiento de las heridas crónicas
- Continuidad de cuidados con atención primaria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de pacientes atendidos en el servicio con úlcera cicatrizada en el año en curso x100/ Nº de pacientes atendidos en el servicio con úlcera activa en el año en curso Fuente: registro propio
- Satisfacción del paciente con la atención recibida (encuesta de elaboración propia)
- Satisfacción del profesional con la atención recibida (encuesta de elaboración propia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto- Abril 2015
No existe fecha de finalización del proyecto puesto que nuestro objetivo es la continuidad del mismo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 595

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE QUIRURGICO EN PLANTA DE HOSPITALIZACION Y EN CONSULTAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... ALVARO BUENO DELGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ UBIETO FERNANDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALBIACH ANDREU MANUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GRACIA ROCHE CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La satisfacción global del paciente quirúrgico es un aspecto al que históricamente no se le ha prestado la suficiente atención. En muchas ocasiones los factores que influyen en la plena satisfacción del paciente respecto al proceso asistencial difieren entre la percepción de éste y la del personal sanitario. La mayor parte de ellos guardan relación con los factores psicológicos, humanos y materiales, y se valoran menos los factores relacionados directamente con el proceso quirúrgico.
La satisfacción general de los pacientes atendidos en el Hospital de Alcañiz según el último informe que presenta la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario en el año 2014 es del 26.8%, cifra que se encuentra por encima de la media de la comunidad autónoma de Aragón, que es del 26.2%.
La atención sanitaria está evolucionando hacia un paradigma centrado en el paciente y sus necesidades, en su calidad de vida, así como en el entorno de cuidados.
Nos planteamos como primer objetivo conocer de primera mano la satisfacción de los usuarios atendidos en nuestro servicio, mediante la elaboración de un instrumento que nos permita monitorizar aquellos aspectos en los que exista una oportunidad de mejora.
Creemos importante detectar las oportunidades de mejora en la calidad percibida por el usuario durante la atención sanitaria. Ello nos permitirá conocer cuales son nuestros puntos fuertes para mantenerlos y/o reforzarlos, así como nuestros puntos débiles para mejorarlos.
Se analizarán los siguientes datos:
- Datos sociodemográficos
- Satisfacción con los cuidados, solución del problema, información proporcionada y tiempo dedicado
- Confianza, amabilidad, preparación e interés de los diferentes profesionales que han prestado la atención.
- Pregunta abierta acerca de las mejoras que plantearía el paciente.

Nuestro proyecto es aplicable a cualquier secuencia del proceso asistencial (comunicación y oferta de los servicios del centro, citación, recepción, documentación, tiempos de espera, entrevista, exploración, adecuación de pruebas complementarias y/o interconsultas, diagnóstico, control y seguimiento, tratamientos, resultados de salud…) o a cualquier otro servicio asistencial del servicio de salud.
La hipótesis de partida de este estudio es que, mediante un sencillo y breve cuestionario específico, se puede medir la satisfacción del paciente tras su intervención (o asistencia sanitaria en general), de forma fácil, sencilla, válida y fiable y que con ello se puede conseguir una mejora de la calidad asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Obtener más de un 70% de encuestas rellenadas de entre los pacientes ingresados en planta de hospitalización en el servicio de cirugía.
- Analizar los datos reflejados en los cuestionarios e implementar actuaciones concretas de mejora
- Aumentar la calidad de la asistencia percibida por el usuario hasta lograr una puntuación positiva mayor de 4 sobre 5 en todos los conceptos tras completar los primeros doce meses del proyecto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Revisión bibliografía del tema (Silvia Blasco, Alvaro Bueno, Ignacio Barranco, Fernando Martínez)
2. Creación del grupo de trabajo multidisciplinar: médicos, enfermeras, auxiliares... (Todos)
3. Diseño de un cuestionario especifico para paciente quirúrgico ingresado/ambulatorio. (Todos)
4. Entrega de los cuestionarios a los pacientes (Todos)
5. Análisis de lo resultados a los 6 meses (Álvaro Bueno, Carlos Gracia, Marta Gutiérrez)
6. Implementación de las posibilidades de mejora detectadas(Todos)
7. Análisis de lo resultados a los doce meses (Álvaro Bueno, Carlos Gracia, Marta Gutiérrez)

Dada la elevada edad media de la población asistida en nuestro centro, el cuestionario será claro y sencillo, destinado a conocer de la forma mas fidedigna posible la experiencia global del paciente durante el ingreso hospitalario, con una escala unidimensional con una puntuación de 1 (más negativo) hasta 5 (más positivo).
Al final se habilitará un campo libre para que el paciente desarrolle críticas, dudas y sugerencias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registraremos el % de encuestas entregadas al inicio del proyecto (1er mes) a los 6 meses y al final del proyecto (mes 12º) (Nº encuestas entregadas/Nº pacientes ingresados)

Registraremos el % de encuestas rellenas recogidas/entregadas al inicio del proyecto (1er mes) a los 6 meses y

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 595

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE QUIRURGICO EN PLANTA DE HOSPITALIZACION Y EN CONSULTAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

al final del proyecto (mes 12º) (Nº encuestas entregadas/Nº pacientes ingresados)

- Análisis multidisciplinar (médicos y personal de enfermería) de los datos obtenidos a los 6 meses para valorar oportunidades de mejora e implementación de las mismas.
- Nuevo análisis de los datos a los 12 meses de iniciado el proyecto.
- Conseguir más del 90% en solicitud de consentimientos.
- Obtener al menos un 4 sobre 5 en todos los ítems de la encuesta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Diseño de la encuesta (julio-agosto 2015)
2. Charlas para dar a conocer el proyecto al personal de la planta (septiembre 2015)
3. Inicio de la entrega de encuestas (septiembre 2015)
4. Análisis intermedio (febrero 2016)
5. Análisis final (septiembre 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Encuesta de satisfacción calidad
OTRA PALABRA CLAVE 2. calidad
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 304

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO PRECOZ DE HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL MEDIANTE EL USO DE BILIRRUBINOMETRO TRANSCUTANEO 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
· GARCIA LORENTE CONCEPCION. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· PONS GODES INMACULADA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· SERRER GASCON LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· OLIVEROS GARIN ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ictericia es uno de los síntomas que requieren más frecuentemente atención médica en los recién nacidos. Aproximadamente el 60% de los neonatos a término y el 80% de los pre-término van a desarrollar ictericia en la primera semana de vida. Además un 10% de los recién nacido lactados al pecho siguen presentando ictericia al mes de vida. En la mayoría de los neonatos, bajo la ictericia no subyace ninguna patología y se trata de una situación generalmente inofensiva. Sin embargo existen causas patológicas de ictericia neonatal y aunque son infrecuentes es importante detectarlas.
Actualmente preocupa en los países occidentales, la reaparición de la casi olvidada ictericia nuclear; a consecuencia de que cada vez se dan de alta más precozmente los recién nacidos del nido.
Valores de bilirrubina entre 25-32 mgr/ están asociados con un incremento del riesgo de disfunción neurológica inducida por bilirrubina. Cuando este grupo de niños es identificado y tratado correctamente el resultado es excelente, con un riesgo adicional mínimo o nulo para desarrollar secuelas adversas en el neurodesarrollo. Es por ello importante establecer unas pautas de actuación que nos permitan identificar el riesgo y hacer un seguimiento adecuado de estos pacientes. Iniciando su control, como recomienda la AAP,en las primeras 24 horas de vida del RN

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Detección precoz de la hiperbilirrubinemia neonatal permitiendo con ello realizar un seguimiento adecuado de los recién nacidos cuando son dados de alta a domicilio o si precisa la instauración de tratamiento. La inspección visual no es un método fiable para valorar el grado de icyericia, sobretodo en los niños con la piel pigmentada

•Disminuir la morbi-mortalidad con buen costo beneficio a largo plazo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los bilirrubinómetros usan la reflectancia espectral de una longitud de onda múltiple de la superficie de la piel y son capaces de estimar la bilirrubina venosa.
La bilirrubina transcutánea es un buen método para estimar la bilirrubina venosa y así evitar al niño extracciónes de sangre, pero tiene limitaciones, por lo que la cifra de bilirrubina transcutánea deberá confirmarse con muestra venosa cuando los valores obtenidos sean superiores a 15 mg/dl.
No está indicada en los recién nacidos menores de 35 semanas de EG ni en los que están siendo tratados con fototerapia
Se trata pues de una prueba simple, de bajo coste, realizable con mínimo tiempo que resulta útil para la identificación precoz de la hiperbilirrubinemia.
No precisa personal altamente especializado para su realización, por lo que podrá ser realizado por el personal que atienda a los recién nacidos.
Esta es la secuencia de actuación:
- Se realizará una medida diaria de bilirrubina en frente y otra a nivel de esternón, tomando como referencia el valor medio de ambas. La prueba se realizara durante el examen clínico de rutina del RN, diariamente y hasta el alta.
- Interpretación de los valores según nomograma edad dependiente.
- Comprobación de valores de bilirrubina en sangre venosa si se obtienen cifras superiores a 15 mgr/dl con el transcutaneo o un 15% inferior a la cifra con la que correspondería iniciar tratamiento.
- Todo RN dado de alta con cifras de bilirrubina próximas a la necesidad de tratamiento en un 15% por debajo de indicación de fototerapia deben ser citados para control clínico en el plazo de 24 horas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Monitorización del % de niños con hiperbilirrubinemia neonatal detectada
Correlación de medidas bilirrubinómetro-sangre venosa en los pacientes susceptibles de control clínico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se iniciará dicho proyecto a partir del Lunes 25 de mayo y se realizará a todos los recién nacidos durante el examen físico rutinario sin fecha final del mismo para mejorar la calidad de la asistencia a los recién nacidos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 304

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO PRECOZ DE HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL MEDIANTE EL USO DE BILIRRUBINOMETRO TRANSCUTANEO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 634

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE DETECCION DE INCIDENTES DE SEGURIDAD CLINICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ: CONTINUACION

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.
· GOMEZ ARA ANA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· BELENGUER CARRERAS LINA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· AZUARA LAGUIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· CERDA GINER CLARA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En 2014 un grupo de personas del Servicio de Urgencias interesados por la seguridad clínica de nuestros pacientes nos formamos en este ámbito, y decidimos crear y difundir una cultura de seguridad en nuestro servicio, hasta ahora inexistente. Los riesgos derivado de la atención a la salud están integrados en la calidad asistencial, y debe ser una prioridad identificar dichos riesgos, reconocerlos, aprender de ellos, implementar soluciones para prevenir daños, mejorarndo así nuestra asistencia. Pusimos en marcha un registro de incidencias en la intranet del Hospital.
Hasta ahora el registro todavía es bajo por lo cuál hemos puesto en marcha otras fuentes para incrementar esta recogida.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En Febrero 2015 impartimos un curso de seguridad clínica en nuestro hospital para formar a los profesionales en este campo, difundir nuestro registro de incidencias y animarles a usarlo como medio de comunicación de errores que diarimente cometemos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Recoger los efectos adversos más frecuentes en nuestro Servicio e implantar las acciones de mejora tras identificar y analizar los incidentes que se producen.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se propone analizar la tasa retorno para evaluar en esos casos si se ha cometido algún tipo de fallo.
Evaluar las reclamaciones como otra fuente para análisis causa-efecto.
Implicar a nuestros compañeros, para que mantengan una actitud activa como puede ser realizando sesiones clínicas de esos casos en los que se haya detectado algún tipo de fallo en la seguridad de nuestros pacientes.
Esperamos así aumentar el número de casos en nuestro registro.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizarán reuniones periódicas del equipo del proyecto de mejora para analizar con un enfoque sistémico los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en el servicio y establecer las medidas pertinentes. Realizar un análisis de riesgos proactivo mediante un análisis modal de fallos y efectos AMFE o similar de aquellos procedimientos que puedan existir e implantar medidas para subsanarlos.
Fomentar el flujo de comunicación con atención primaria respecto a los incidentes encontrados.
Promover la formación del profesional en materia de seguridad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. se prevee finalizar el proyecto el primer o segundo trimestre de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD CLÍNICA

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 630

1. TÍTULO

SISTEMA DE APOYO PARA FAMILIARES Y PACIENTES EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL DELGADO PASCUAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PINEDA ROMERO ALEJANDRO. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· GONZALEZ GUIJARRO MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ABELLA PEREZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· MORENO PARRA NATALIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ALQUEZAR CIVERA MANUELA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· GASCON INGLES BELEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Recientemente se ha comenzado a desarrollar una unidad de hospitalizacio´n a domicilio en el hospital de Alcan~iz. Hemos podido observar que una vez que el enfermo crónico agudizado vuelve a su hogar, encuentran graves limitaciones al desconocer algunos de los cuidados básicos. Estas limitaciones muy frecuentemente no son detectadas ni por el propio profesional ni por la familia ni por el paciente mientras se encuentra alojado en la cama de un hospital. En nuestro caso, al proporcionar cuidados hospitalarios en el propio hogar del enfermo hemos observado una mejor comprensión y adherencia a los cuidados en el seno de su hogar puesto que es el medio “natural”. Consideramos necesario establecer, un sistema de aprendizaje sistemático con ayuda gráfica para poder optimizar la comprensión y adherencia a cuidados básicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Establecer un sistema de aprendizaje sistemático en caso de que el enfermo sea portador de sondaje urinario permanente, padezcan movilidad limitada, sufran de disfagia o sea portador de una sonda nasogástrica/gastrostomía.
- Conocer la necesidad de ayuda de la persona y sus capacidades para optimizar la autonomía.
- Fomentar la autonomía.
- Medir el grado de satisfacción en familiares y enfermos.
-Valorar cuantos de nuestros pacientes de Hospitalización a Domicilio reingresadores por cuadros respiratorios padecen una posible dis

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará formación en detección y manejo de disfagia a todos los profesionales implicados en el proceso. Posteriormente se procederá a la elaboración de material gráfico para población no profesional de normas básicas para el manejo de: sondaje urinario permanente, cuidado de piel, gimnasia pasiva, movilización de pacientes encamados movilidad limita, normas para la alimentación en caso de disfagia y cuidados de sonda nasogástrica/gastrostomía. El equipo de enfermería de Hospitalización a Domicilio se encargará de explicar dichos cuidados, resolviendo dudas y supervisando dichos cuidados a lo largo del proceso asistencial y además proporcionará la documentación gráfica para facilitar el proceso de aprendizaje. De acuerdo con la experiencia acumulada, dicha documentación podrá sufrir modificaciones a lo largo de la desarrollo del proyecto. Además se realizará un test de screening basado en 8 items sintomáticos de disfagia en pacientes con infecciones respiratorias de repetición. En aquellos en los que el test de screening sintomático sea positivo se realizará un test de deglución con distintas texturas para realizar un diagnóstico de presunción de disfagia y determinar la textura más adecuada para la ingesta. En estos casos proporcionaremos además del test gráfico de disfagia genérico, la información de la textura más adecuada para su caso específico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Características sociodemográficas básicas de la población a estudio. 2. Porcentaje de pacientes respecto al total portadores de sondaje urinario, que sufran de movilidad limitada, disfagia. 3. Porcentaje de pacientes con infecciones respiratorias frecuentes con una probable disfagia no sospechada previamente. 3. Satisfaccio´n del paciente o de sus familiares (en caso de deterioro cognitivo o dependencia en el cuidado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Creacio´n de protocolos y material gráfico: Junio
- Documentacio´n del proceso: Julio- Febrero
- Medicio´n: Marzo 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes en Hospitalización Domiciliaria portadores de sondaje urinario permanente, encamados, afectos de disfagia y portadores de sondanasogástrica/gastrostomía.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 630

1. TÍTULO

SISTEMA DE APOYO PARA FAMILIARES Y PACIENTES EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 255

1. TÍTULO

INDEPENDENCIA, ORGANIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS PROPIOS EN RELACION CON LAS POLIGRAFIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

2. RESPONSABLE ..... SERGIO FANDOS LORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA. ENFERMERO/A. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN. MEDICO/A. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· BELENGER CARRERAS LINA MARIA. MEDICO/A. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente el hospital de Alcañiz tiene contratado la realización de los estudios de sueño (poligrafías nocturnas) con la empresa Gasmedi, integrado en el contrato de Terapias respiratorias domiciliarias.

Desde hace meses, se observa retraso en la realización, retraso en el envío de la misma al Hospital, repetición de las mismas por no cumplir la suficiente calidad de registro y extravío de muchas de las pruebas.

Hablamos de 5-6 meses de media entre la solicitud de la prueba y la recepción del resultado por parte del paciente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el retraso del resultado de la prueba desde que se solicita hasta su recepción por el paciente.

Acabar con el extravío de pruebas, problema que hace que el retraso mencionado anteriormente pueda ampliarse hasta 1 año, puesto que hasta que no reclama el paciente no se detecta el extravío.

Llevar a cabo un control, organización e independencia de una prueba médica con capacidad de ser realizada por el propio servicio del Hospital sin necesidad de intermediarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El objetivo y método del proyecto es realizar las poligrafías nocturnas domiciliarias desde el servicio de Neumología como se está realizando en la mayoría de los hospitales de Aragón. La enfermera se encargará de explicar el funcionamiento y colocación del monitor de apneas, entregando el mismo al paciente en la consulta para que lo devuelva al día siguiente tras haber completado el registro por la noche. Esa misma mañana el estudio será analizado, sabiendo si es válido para no tener que repetirse, y pudiendo ser citado en la mayor brevedad posible.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tiempo entre la solicitud de la prueba y su posterior realización: Localizaremos la fecha de petición y la de recogida de resultado.

Número de estudios de sueño que precisan repetición. Registro de datos
Número de estudios de sueño extraviados. Registro de datos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Octubre 2015, aunque el proyecto continue realizaremos finalización del proyecto para obtener los resultados en Octubre 2016.

Realizaremos un corte de resultados provisionales en marzo 2016.

Realizaremos sesión "Aula Respira", reunión con pacientes con enfermedad del SAHS, familiares y personas interesadas, donde informamos al pacientes de las características y repercusiones de dicha enfermedad.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Enfermedades del Sueño
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 102

1. TÍTULO

REGISTRO FOTOGRAFICO REFERENCIADO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PROPIO Y EN DEPOSITO DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GARCIA CABAÑERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENEZ GIMENO CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANOS
· ARRUFAT ANDREU MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de quirófano cuenta constantemente con personal nuevo. De las 25 enfermeras con la que cuenta el servicio 9 trabajan siempre en turno de mañanas y 14 en turno rotatorio.Principalmente, es en el turno de mañanas cuando se emplea el instrumental en depósito (prótesis totales de cadera, rodilla, clavos intramedulares, etc).Actualmente contamos con 41 cajas de COT entre las propias y las que han dejado en depósito. Además de otras muchas otras cajas propias que no son de COT.Son las enfermeras de este servicio las que montan los contenedores con el material para su posterior esterilización. Hemos detectado dudas a la hora de colocar las piezas en su lugar en los distintos contenedores.Consideramos que es de suma importancia que la enfermera que luego ha de instrumentar con ese material, lo encuentre ordenado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar un registro fotográfico referenciado con el que el personal de quirófano pueda guiarse y detectar las posibles pérdidas de alguna pieza.El personal de incorporación reciente, podrá conocer el instrumental y el nombre de las piezas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se comunicará al personal del servicio de quirófano el proyecto de mejora. Se realizarán fotografías del instrumental una vez que se haya colocado en su lugar. En la propia fotografía, aparecerán numeradas las piezas y referenciadas en un lista

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de cajas de instrumental de COT catalogadas en depósito
- % de cajas de instrumental propias catalogadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El registro fotográfico se llevará a cabo en un año.
Se iniciará en el mes de Junio de 2015 informando al personal de quirófano del proyecto que se va a llevar acabo y se finalizará en el mes de Febrero de 2016 encuestando a los trabajadores sobre la utilidad del mismo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 367

1. TÍTULO

AMPLICACION DE LA IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA DE LA OMS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... PILAR GASCON POLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRAGA MILIAN MARIA CRUZ. ENFERMERO/A. H.C. ALCAÑIZ. SERVICIO DE QUIROFANO
· TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA. ENFERMERO/A. H.C. ALCAÑIZ. QUIROFANO
· GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H.C. ALCAÑIZ. ESTERILIZACION
· YAYA BEAS MANUEL RICARDO. MEDICO/A. H.C. ALCAÑIZ. TRAUMATOLOGIA
· BUENO DELGADO ALVARO. MEDICO/A. H.C. ALCAÑIZ. CIRUGIA
· REMACHA SIENES MARIA. MEDICO/A. H.C. ALCAÑIZ. GINECOLOGIA
· VICENTE LOPEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H.C. ALCAÑIZ. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la implantación de la gestión por procesos en el bloque quirúrgico del Hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la lista de verificación de cirugía segura de la OMS (LVCSOMS). En el primer año se consiguió apenas una implantación del 3%, fundamentalmente porque el cuestionario provocaba resistencias en la

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Sin embargo en el último año, y tras la implantación de un proyecto de mejora conseguimos alcanzar en Diciembre el estándar propuesto de un 30% de los pacientes. Deseamos continuar con el proyecto, redefiniendo el objetivo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Continuar la implantación de la lista de verificación de cirugía segura de la OMS, alcanzando en este tercer año al menos un 60% de las intervenciones programadas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Inclusión de nuevos especialistas en el grupo de trabajo multidisciplinar para difundir el cuestionario en nuevos servicios quirúrgicos
- Implementación
- Evaluación trimestral de resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pacientes intervenidos de forma programada en los que se ha implementado la LVCSOMS x 1

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Mayo 2015: Reunión del grupo de trabajo
- Mayo- Junio: Difusión del cuestionario en los servicios quirúrgicos
- Evaluación trimestral de resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 528

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA AGENDA DE CITADOS EN EL SERVICIO DE REHABILACION EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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.
· PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· VIDAL ABOS ANA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· LUCEA SODRIC SUSANA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· LOPEZ GONZALO ISABEL. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· MUÑOZ TENA JORGE. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· BURILLO LAFUENTE MARIO. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El gimnasio del servicio de rehabilitación de nuestro hospital ha tenido tradicionalmente una agenda común de citación en formato papel donde se anota la distribución de los pacientes según tratamiento. Esta agenda común está en un tablón de corcho fuera del puesto de trabajo, lo que implica numerosos "paseos" para comprobar los datos y alta probabilidad de error para asignación de horarios.
El proyecto surge por la necesidad de gestionar de manera más eficiente esta información.
Planteamos el diseño de una agenda electrónica de citación disponible en todos los puestos de trabajo a través de su acceso en la intranet del hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conseguir mayor efectividad en la distribución y localización de los pacientes y secundariamente en la gestión del tiempo del gimnasio evitando descoordinaciones en la citación y mejorando la intimidad de los pacientes en el gimnasio derivada de la planificación ordenada de la actividad. Los diferentes trabajadores podrán consultar la misma información desde distintos puntos y de forma simultánea mejorando la legibilidad, claridad y orden de los datos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Diseño por el Servicio de Informática de una agenda electrónica que se adapte a las necesidades organizativas del servicio de rehabilitación, utilizando los recursos informáticos del hospital garantizando la seguridad de los datos.
- Desarrollo de un manual de uso del programa informático para los profesionales y difusión en un taller formativo.
- Modificación del manual de funcionamiento interno, estableciendo la implicación de los profesionales y responsabilidad de notificación de cambios

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -:- Realización de encuesta de satisfacción de los profesionales
- Monitorización antes/después del número de pacientes que se tratan en el gimnasio
- Monitorización antes/después del número de pacientes que se tratan en electroterapia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: JUNIO 2015
- Búsqueda y valoración software que se adapte a las necesidades organizativas: JUNIO 2015
- Elaboración del manual de uso: AGOSTO 2015
- Implantación total del Proyecto: SEPTIEMBRE 2015.
- Monitorización de indicadores y resulta

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 593

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... OLGA GAVIN BLANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· SERRANO HERRERO MARIA PILAR. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· RUIZ MARISCAL MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· SANCHO VAL LUIS IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El hospital de Alcañiz carece de un procedimiento unificado de prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes en el ámbito hospitalario. Tampoco se monitoriza indicador alguno sobre profilaxis tromboembólica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Establecer un procedimiento clínico unificado de profilaxis de enfermedad tromboembólica para todo el hospital.
- Implantarlo en todos los servicios.
- Monitorizar su implantación mediante la medición periódica de indicadores.
- Desarrollar un estudio observacional analítico prospectivo de la adecuidad-inadecuidad de las medidas de tromboprofilaxis en los servicios de Medicina Interna y Cirugía general antes y después de la elaboración del protocolo para evaluar el impacto del mismo en la praxis médica y detectar opciones de mejora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión bibliográfica de guías de práctica clínica actualizadas.
- Adaptación local de la guía mediante protocolo consensuado con los servicios hospitalarios.
- Elaboración de algoritmo/calculadora de riesgo.
- Implantación mediante sesiones clínicas.
- Monitorización con indicadores por unidad de calidad. Recogida de datos en los Servicios de Cirugía General y Medicina Interna.
- Desarrollar las bases para futuras intervenciones encaminadas a la reducción de la tromboprofilaxis inadecuada.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Se llevará a cabo una evaluación de las historias clínicas por dos o más facultativos del proyecto tras haber realizado revisión de guías de práctica clínica actualizadas. La primera evaluación se realizará en los meses de julio, agosto, septiembre antes de haberse publicado la guía clínica. La segunda evaluación se realizará tras la publicación de la guía clínica en noviembre, diciembre y enero

- Como indicador global usaremos: porcentaje de pacientes con riesgo enfermedad tromboembólica que tienen medidas de prevención= número de pacientes con riesgo de ETE con medidas de prevención*100/ número total de pacientes con riesgo moderado-alto de ETE con una estancia mayor de 2 días
Valor crítico < 70%, valor aceptable 71-89%, valor excelente 90-100%
- Como indicadores complementarios usaremos:
• Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado una evaluación de riesgo de enfermedad tromboembólica=Pacientes con evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica en las primeras 24 horas del ingresox100/Pacientes que han sido hospitalizados al menos 2 días
• Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis adecuada* a protocolo x 100/Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis. Indicador secundario: a) cual es el porcentaje de los pacientes con profilaxis incorrecta por exceso y cuál es el porcentaje de profilaxis incorrectas por defecto.
• Porcentaje de pacientes intervenidos que reciben profilaxis: Pacientes intervenidos de cirugía colo-rectal con prescripción de profilaxis tromboembólica al alta x 100 / Pacientes intervenidos de cirugía colo-rectal

* Adecuada: dosis correcta (ajustada a peso y riesgo) + administrada en las primeras 24 horas del ingreso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.-Formación de los colaboradores: junio.
2.-Recogida de información previa a publicación de guía: julio, agosto, septiembre
3.-Publicación de guía consensuada, realización de sesiones formativas: octubre
4.- Recogida de datos tras guía: noviembre, diciembre, enero.
3.- Análisis de resultados: febrero.
4.- Presentación a los Servicio y diseño de opciones de mejora: marzo

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 593

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 419

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA A LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GONZALEZ VAQUERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOMAS BLASCO PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIOS CLINICOS
· SAURAS NAVARRO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· PONS SIMON CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· GAIBAR ANGUERA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION ESP QUIRURGICAS
· BONO LAMARCA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
· LOPEZ ABAD CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
· SIERRA PUEYO MARTA. TCAE. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El último manual de acogida a pacientes del proceso de hospitalización del Hospital de Alcañiz se realizó en el año 2007. Desde entonces, el documento ha quedado obsoleto y actualmente no se entrega a los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Proporcionar información sobre el funcionamiento del hospital a los pacientes y sus familiares

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación de grupo de trabajo para identificar qué información se quiere incluir
- Recogida de documentos de acogida de otros hospitales
- Elaboración de grupo focal con familiares de pacientes ingresados en el último año
- Revisión de reclamaciones sobre necesidades de información
- Redacción del documento
- Revisión por informadores clave

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disponibilidad del documento
Monitorización con carácter semestral del consumo de ejemplares de manual de acogida que se entregan.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Creación grupo de trabajo: Junio 2015
- Recogida de documentos de acogida: Junio 2015
- Grupo focal: Julio 2015
- Revisión reclamaciones: Julio 2015
- Redacción del documento: Septiembre-Octubre 2015
- Revisión informadores clave: Octubre-Noviembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 368

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ORGANIZACION DEL BOTIQUIN Y DEL CARRO DE PARADAS EN EL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... MARTA INFANTES MORALES
· Profesión ..... MEDICO/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. QUIROFANO
· SANCHO VIVES ESTHER. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
· CARRILLO MOROTE SUSANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
· OLIVER MARIN LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
· BONO LAMARCA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
· LOSCOS GARCIA ANA BELEN. TCAE. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
· ESPINAL HERNANDEZ ANDREA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2014, las plantas del hospital llevaron a cabo un proyecto de organización de botiquines con el método 5S así como del carro de paradas. La experiencia ha sido satisfactoria por lo que nos planteamos introducirla en el bloque quirúrgico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Optimizar el espacio y ordenar el botiquín del quirófano por principio activo y forma de presentación con eliminación de muestras de origen no controlado, con aseguramiento de los stocks mínimos y control de caducidades verificado mensualmente. Verificación de la cadena del frio en los termolábiles.

Asegurar la disponibilidad de todo el material del carro de paradas, monitorizando el buen funcionamiento del aparataje asociado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implementación del procedimiento operativo de carros de paradas del hospital en el quirófano.
Ordenación del botiquín y almacén del hospital mediante el método 5S:
Seiri: Organización. Eliminando-reubicando productos innecesarios.
Seiton: Orden. Criterios de ordenación y sistema FIFO.
Seiso. Limpieza, una vez ordenado.
Seiketsu: Estandarizar, Difusión del procedimiento de gestión del botiquín
Shitsuke: Disciplina para implantar las medidas, verificación de que el sistema funciona

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Auditoria interna del botiquín y almacén

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015. Auditoria inicial del botiquín
Junio 2015. Introducción del procedimiento de gestión de botiquines del hospital
Junio 2015 Revisión de los stocks almacenados, eliminando-reubicando productos innecesarios. Determinación de stock estándar y mínimo. Reordenación del botiquín con sistema FIFO y limpieza,
Junio-Septiembre: Implantación del procedimiento
Diciembre 2015: Auditoria
Mayo 2016. Auditoría

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 404

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE UTILIZACION DE BOMBAS DE INFUSION EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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.
· GASCON POLO PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
· MIRAVETE GONZALEZ ELENA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA
· BELLES PALLARES LUCIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
· RAMIREZ RODRIGEZ ROSARIO. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA
· INSA GOMEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ESP QUIRURGICAS
· CORRAL SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA
· MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION A DOMICILIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras evaluar la seguridad de sistema de utilización de medicamentos en nuestro hospital han surgido varias oportunidades de mejora. La que nos ocupa se relaciona con la seguridad en la utilización de las bombas de infusión que actualmente carecen de criterios explícitos de indicación, dosificación e instrucciones de manejo. Además los planes de formación no han incluido específicamente formación sobre estos sistemas de administración de fármacos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incrementar la seguridad en el manejo de las bombas de infusión mediante la normalización de la actividad y su despliegue mediante un plan de formación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un procedimiento de bombas de infusión que incluya específicamente:
- Criterios de uso: indicaciones, tipo de pacientes, medicamentos específicos y velocidades de infusión
- Instrucciones de manejo: funciones activadas y prevención de errores en programación, dosificación, velocidad de administración
- Establecimiento y despliegue de un plan de formación en los lugares donde se manejan estas bombas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Disponibilidad del Documento
2. Nº Trabajadores de unidades que manejan bombas que han sido formados en el plan x100/ Nº Trabajadores de unidades que manejan bombas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Creación del grupo de trabajo: JUNIO 2015
• Recogida de información del material existente: JUNIO 2015
• Redacción de las instrucciones técnicas y disponibilidad del documento: Septiembre-Octubre 2015
• Difusión: Noviembre- Diciembre 2015
• Evaluación trimestral una vez realizada la difusión.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 611

1. TÍTULO

GESTION POR PROCESOS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ(TECNICAS DIAG. Y TERAPEUTICAS NO QUIRURGICAS)

2. RESPONSABLE ..... SUSANA LUCEA SODRIC
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· VIDAL ABOS ANA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· GASPAR ANDREU JUAN CARLOS. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· MUÑOS TENA JORGE. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· LOPEZ GONZALO ISABEL. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· BURILLO LAFUENTE MARIO. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la planificación estratégica de la calidad del Hospital de Alcañiz se incluye una línea de gestión por procesos, orientada a establecer, documentar implementar y medir los procesos clave del hospital.
El proceso de rehabilitación es uno de los procesos que hay que definir y gestionar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. -Brindar una atención integral al paciente y cuidados de calidad.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Brindar una atención integral al paciente y cuidados de calidad.
-Disminuir la variabilidad en la asistencia.
-Mejorar el procedimiento de acogida al personal de nueva incorporación.
-Mejorar la coordinación dentro del servicio y con los servicios clientes.
-Gestionar el proceso mediante el registro y medición de indicadores e incidentes críticos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Constitución del equipo de proceso con responsable de proceso
- Realización de ficha de proceso.
- Definición del proceso, subprocesos, procedimientos e instrucciones técnicas.
- Definición de indicadores
- Creación de registro de incidencias
- Gestión del proceso

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disponibilidad del soporte documental del proceso. Los indicadores serán definidos a partir de la ficha de procesos y del análisis que se produzca acerca de los puntos débiles de la organización. En cualquier caso se incluirá el siguiente:

- % número de pacientes que reciben tratamiento rhb en hospitalización tras pedir colaboración al servicio de rhb en tiempo inferior a 48 horas/número total de colaboraciones desde hospitalización al servicio de rhb.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Constitución del grupo de trabajo: JUNIO 2015
-Diseño del proceso: JULIO-DICIEMBRE 2015
-Implementación : 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 408

1. TÍTULO

PROCESO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO DE ASIS MARCILLA CORDOBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAVIN BLANCO OLGA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION A DOMICILIO
· SERRANO HERRERO MARIA PILAR. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HOSP DOMICILIO
· GONZALEZ GUIJARRO MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSP A DOMICILIO
· ABELLA PEREZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPIT A DOMICILIO
· MORENO PARRA NATALIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSP A DOMICILIO
· ALQUEZAR CIVERA MANUELA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPI A DOMICILIO
· GASCON INGLES BELEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION A DOMICILIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Hospital de Alcañiz está implementando una estrategia de gestión por procesos. Recientemente se ha aprobado el desarrollo de una unidad de hospitalización a domicilio en el hospital de Alcañiz. Consideramos necesario establecer, documentar implementar y medir el proceso de hospitalización a domicilio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer, documentar implementar, medir y mejorar el proceso de hospitalización a domicilio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación de equipo de proceso
- 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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Índice de ocupación HaD
2. Estancia media en HaD y total (Hospitalización convencional + HaD)
3. Porcentaje pacientes comentados para ingreso/ paciente aceptados por la unidad
4. % de pacientes ingresados en HaD con los que se mantiene comunicación por E-mail o por teléfono con su médico de A. Primaria.
5. % de reingresos en el hospital; % de éxitus;
6. Satisfacción pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Creación de equipo de proceso: Mayo
- Documentación del proceso: Mayo-Noviembre
- Medición: Diciembre 2015, frecuencia de monitorización posterior en función de los indicadores que se determinen

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL DOMICILIO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 058

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA IMPLEMENTACION DEL CODIGO ICTUS EN EL HOSPITAL 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.
· ANDRE CALVETE FERNANDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· SOLIVA MARTINEZ DANIEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
· OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· ALCAINE CHAURE FERNANDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2013 se presentó el programa de atención a pacientes con ictus en la Comunidad Autónoma de Aragón. Como parte de una estrategia de implantación se constituyo un equipo de trabajo. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido, no ha llegado a implementarse la fibrinolisis en el hospital de Alcañiz, siendo derivados los pacientes al Hospital Miguel Servet reduciendo la ventana temporal en la que puede realizarse la fibrinolisis (o aumentando el tiempo puerta aguja). Ya sea por problemas de formación, inseguridad o liderazgo la estrategia de implementación no ha funcionado en este punto

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantar la fibrinolisis en todos los pacientes candidatos en el Hospital comarcal de Alcañiz

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Constitución de equipo de trabajo: análisis de situación. Reuniones al menos trimestrales.
-Elaboración de un procedimiento operativo de fibrinolisis con registro específico
-Fase 1. Implementación de fibrinolisis por parte de los profesionales experimentados (horario de mañana y guardias de los citados profesionales). 3-6 meses según incidencia. Durante este período, en horario de tarde noche se actuaría como hasta ahora, es decir, derivando a hospital Miguel Servet. Formación concurrente de los profesionales de urgencias.
-Sesiones de casos por parte de los profesionales experimentados
-Fase 2. Implementación en horario completo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes con ictus que son fibrinolizados
% de pacientes con ictus fibrinolizados en Alcañiz
Tiempo puerta aguja

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Constitución de equipo de trabajo: Junio 2015
- Elaboración de procedimiento operativo: Junio 2015
- Fase 1: Junio-Octubre 2015
- Fase 2: Noviembre-Mayo 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. fibrinolisis ictus
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 416

1. TÍTULO

ADAPTACION LOCAL DEL PROTOCOLO DE SUJECIONES FISICAS

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO OLIVAN USIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLOM VIRUETE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
· ROMERO SEGURA VERONICA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· FERRER SODRIC ROSAURA. TCAE. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· PALOS AÑON LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION CIRUGIA
· SAENZ BELMONTE MARIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION MED INTERNA
· IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION COT
· GUILERA AMELA SILVIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION COT

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro del proceso de hospitalización, el Hospital de Alcañiz tiene un procedimiento de sujeciones mecánicas que a la vista del documento emitido por el Comité de Bioética de Aragon “Declaración sobre las sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito social y sanitario” va a requerir una actualización para ponerse de acuerdo a estas recomendaciones. En este contexto, la unidad estratégica de enfermería de Aragón ha elaborado un protocolo de sujeción física que queremos implementar en nuestro hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Actualizar las normas de sujeción física de nuestro hospital poniendolas de acuerdo con las recomendaciones del Comité de Bioética de Aragón.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Sesión clínica de difusión del procedimiento a cargo de la Unidad Estratégica
- Evaluación de necesidades estructurales del hospital para desarrollar el procedimiento, y alternativas posibles en caso de carecer de alguna de ellas.
- Redacción de documento adaptado al hospital-Desarrollo de registros dentro del proceso de hospitalización
- Evaluación del documento por el comité de bioética del sector
- Difusión del documento mediante sesiones clínicas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de usuarios con sujeción mecánica en los que consta consentimiento informado
Porcentaje de medidas de sujeción que son comunicadas al órgano judicial correspondiente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Sesión clínica inicial JUNIO 2015
Evaluación necesidades JUNIO 2015
Adaptación local del documento: Septiembre 2015
Evaluación comité de bioética: Octubre 2015
Difusión en implantación: Octubre-Mayo 2016
Evaluación: Cortes en Diciembre de 2015 y Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 269

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SCREENING PRECOZ DE CARDIOPATIAS CONGENITAS NEONATALES A TRAVES DE LA PULSIOXIMETRIA EN RECIEN NACIDOS ASINTOMATICOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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.
· CLAVERO MONTAÑES NURIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· BERDUN CHELIZ ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· GARCIA LORENTE CONCEPCION. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· PALOMAR JOVEN MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· GAIBAR ANGUERA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· MARTINEZ SORIANO MARIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El retraso en el diagnóstico de cardiopatías congénitas complejas puede incrementar el riesgo de muerte o lesión en recién nacidos; el descarte de estas malformaciones solo mediante el examen físico puede obviar muchas de estas lesiones. En Gran Bretaña se calculó que el 25% de las cardiopatías congénitas graves no fueron diagnosticadas hasta después del alta de las maternidades.
Hasta el momento existe suficiente evidencia para recomendar el screening con oximetría de pulso a las 24 a 48 horas del nacimiento, recomendación avalada por el Comité Asesor de Enfermedades Hereditarias de los E.E.U.U. En enero de 2012 la AAP publica la aprobación de la Secretaria de Salud de los E.E.U.U. a realizar la oximetría de pulso para el descarte de cardiopatías congénitas.
Este método tiene gran especificidad y valor predictivo negativo (probabilidad de no tener la enfermedad con una prueba negativa), es decir los recién nacidos que muestren valores altos de SpO2 es poco probable que tengan cardiopatía congénita. Por otro lado la sensibilidad y la tasa de falsos positivos es alta, es decir que cuando un neonato satura bajo no existe mucha certeza de que realmente tenga cardiopatía, por lo cual deben realizarse exámenes complementarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Detección prenatal de cardiopatías congénitas (CC) permite mejorar el pronóstico de los recién nacidos con CC subsidiarias de intervención en el primer año de vida. La detección precoz de cardiopatías congénitas mayores es especialmente importante en las CC ductus-dependientes, cuyo cierre demorado puede desencadenar un fallo cardiovascular crítico. Los métodos actuales de diagnóstico basados en los predictores antenatales y el examen físico durante el periodo neonatal no detectan todos los casos de CC, especialmente con los nuevos programas de alta precoz. Es por esto que se precisa de un método de cribado para realizar el diagnóstico de estos pacientes antes del comienzo de los síntomas.
•Disminuir la morbi-mortalidad con buen costo beneficio a largo plazo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La oximetría del pulso es la medición, no invasiva, del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos. Se trata de una prueba simple, segura, factible, de bajo costo, realizable con un mínimo de tiempo siendo útil para la identificación de defectos cardíacos congénitos de forma rápida, como método de valoración en los recién nacidos previo al alta hospitalaria.
No requiere personal altamente especializado para su realización, por lo que podrá ser realizado por el personal que atienda a los recién nacidos previos al alta. Además, es una técnica con buena aceptación por el personal de salud y familia del neonato. Se va a ejecutar la secuencia siguiente:
- Se realizará una medida de saturación preductal en mano derecha y postductal en uno de los pies a partir de las 24 horas de vida, asociado al examen clínico de rutina en todos los RN previo al alta.
- Si saturación menor a 95% o si la diferencia entre ambas es mayor al 3% se considerarán los RN con sospecha de CC y se repetirán 3 mediciones sucesivas. Si esto se mantiene, se realizará ecocardiograma con Doppler de forma preferente.
- Control en la consulta de Pediatría de todos los recién nacidos con prueba de screening positiva (Si saturación menor a 95% o si la diferencia entre ambas es mayor al 3

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de niños de menos de 24 horas de vida a los que se ha realizado una medida de saturación preductal y post ductal (corte anual de 30 historias).
- % de niños con saturación menor del 95% o diferencia de saturación pre-post ductal > 3% que han sido remitidos a valoración ecocardiográfica
- % de niños remitidos con confirmación de cardiopatía.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se iniciará dicho proyecto a partir del Lunes 18 de mayo y se realizará a todos los recién nacidos previos al alta sin fecha fin del mismo por mejorar la calidad de la asistencia a los mismos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 269

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SCREENING PRECOZ DE CARDIOPATIAS CONGENITAS NEONATALES A TRAVES DE LA PULSIOXIMETRIA EN RECIEN NACIDOS ASINTOMATICOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. MEJORA ACTIVIDAD ASISTENCIAL
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 423

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARTA PALOMAR JOVEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESP QUIRÚRGICAS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION CIRUGIA GENERAL
· BERNARDO BAYONA ELENA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
· HERNANDEZ GARCIA ADORACION. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSP CIRUGIA GENERAL
· PEREZ PORCAR ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PRUEBAS FUNCIONALES
· CESTER LARIO ANDREA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. H C ALCAÑIZ
· PONS GODES INMACULADA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSP ESP QUIRURGICAS
· AGUILAR GRACIA MARIA ISABEL. TECAE. H ALCAÑIZ. HOSP MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hace dos años se diseñó el proceso de hospitalización del Hospital de Alcañiz que ha producido hasta la fecha 62 documentos. Sin embargo nos ha faltado definir un documento clave: el Manual de acogida a los trabajadores del proceso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la eficiencia en el trabajo de los trabajadores de nueva incorporación mediante un documento que muestre los aspectos clave de los distintos puestos de trabajo así como la organización en las plantas del hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - 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".

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de nuevos trabajadores que han firmado el recibí del manual de acogida

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo- Junio 2015: Elaboración del manual de acogida
Julio-Septiembre 2015: entrega del manual de acogida al personal de nueva incorporación
Dicie

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 303

1. TÍTULO

ACTUACION COORDINADA SERVICIO DE PREVENCION-ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA ANTE UN ACCIDENTE BIOLOGICO EN TRABAJADORES DEL SALUD, DEL SECTOR ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PARDOS DOMINGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CURRAS MATEO MARIA DOLORES. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· RIOS GARCIA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· BONASA ALZURIA MARIA ELMA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· ROYO MOLES MARIA ISABEL. ENFERMERA/O. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· AGUD CARDONA MONICA. ENFERMERA/O. DAP ALCAÑIZ. DIRECCION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los accidentes biológicos son la primera causa de accidente laboral en trabajadores del Sector Alcañiz y deben considerarse como una urgencia. Debemos disponer de medios para proporcionar al trabajador la información, valoración y tratamiento necesario durante las 24 horas del día, todos los días del año, sin olvidarnos de la dispersión geográfica de nuestro Sector.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Los Servicios de Prevención asumen la gestión del accidente biológico en horario de mañana. Las supervisoras y el Servicio de Urgencias del Hospital, complementan al Servicio de Prevención durante otros turnos, fines de semana y festivos.
En el año 2002 se realizó un protocolo de accidente biológico, no obstante, durante todo este tiempo se han producido algunos cambios p.e. en las plantillas de personal, registros y programas informáticos, nuevos fármacos para el VIH, etc. que hacen necesarios una revisión completa del protocolo existente.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que todos los trabajadores que sufren un accidente cuenten siempre con una rápida valoración, por si precisara tratamiento de urgencia.
Para el Servicio de Urgencias del Hospital de Alcañiz como punto de referencia en horario complementario al Servicio de Prevención: Actualización de conocimientos, implementación de la consulta telefónica para atender a los trabajadores de Atención Primaria, evitándoles desplazamientos. Utilización de los registros de vacunación actualizados por el Servicio de Prevención y unificados con OMI- AP (se incorporaron por un proyecto de mejora de calidad de 2014) y uso de base de datos de microbiología para poder consultar el estado serológico del trabajador.
En los centros de Atención Primaria se ganaría autonomía y podrían evitarse desplazamientos y profilaxis postexposición.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar dos diagramas de flujo de actuación: Uno para los trabajadores accidentados de Atención Primaria y otro para Hospital
En Hospital: Realizar un árbol de decisión rápida para el Servicio de Urgencias, en cuanto a actuaciones que no pueden ser demoradas.
Potenciar la consulta de los registros de vacunación en OMI-AP.
El Servicio de Farmacia revisará y mantendrá siempre la dotación de medicación de urgencia.
En Atención Primaria: Consulta en OMI- AP los datos de vacunación de los trabajadores. Se proporcionará un teléfono de contacto de 24 horas para contactar con el Servicio de Urgencias del Hospital.
Reuniones con los profesionales que forman parte del equipo de Urgencias y posteriormente divulgación del protocolo en los centros de Atención Primaria del Sector.
Se pretende crear un procedimiento dentro del proceso de Urgencias y en la certificación ISO de los Centros de Salud.
Se realizarán trípticos.
Se unificarán las hojas de petición de consentimiento informado para realización de serologías y las de profilaxis postexposición con las de todos los Servicios de Urgencias del Salud.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disponibilidad del documento e incorporación a los manuales de acogida de los centros de salud.
Divulgación en Atención Primaria: % de de centros de salud en los que se ha realizado reunión formativa.
Monitorización de la cumplimentación de las encuestas que se realizan tras cada accidente biológico.
Entrevistas a personas que han sufrido un accidente biológico en el período de estudio.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: mayo de 2015.
Finalización: mayo de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trabajadores del Salud del Sector Alcañiz

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 303

1. TÍTULO

ACTUACION COORDINADA SERVICIO DE PREVENCION-ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA ANTE UN ACCIDENTE BIOLOGICO EN TRABAJADORES DEL SALUD, DEL SECTOR ALCAÑIZ

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Accidente Biológico
OTRA PALABRA CLAVE 2. Urgencias
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 431

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE RASURADO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... ESTHER PEREZ ANGOSTO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRILLO MOROTE SUSANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
· CASES REPISO CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· VICENTE TELLO MARIA ANGELES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL
· PELLICER PIQUER VICTORIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H ALCAÑIZ. TRAUMATOLOGIA
· MECA RODRIGUEZ JAVIER. CELADOR/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· FOZ BLANC JOAQUIN. CELADOR/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL
· GARCIA ZURITA ALFREDO. CELADOR/A. H ALCAÑIZ. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se considera mejorable la ejecución del rasurado quirúrgico en las unidades quirúrgicas del Hospital de Alcañiz.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Minimizar el riesgo de infecciones dependientes del rasurado quirúrgico.
Formar a los profesionales de la metodología a realizar para que los enfermos quirúrgicos sean rasurados de forma correcta tanto en el método como en los límites.
Disponer en todos los servicios de maquinilla eléctrica así como de cabezales desechables.
Disponer en todos los servicios quirúrgicos del manual, para que tengan acceso todos los profesionales implicados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar con la colaboración de todos los servicios.
Elaboración del procedimiento.
Distribución del procedimiento a todos los servicios.
Difusión y docencia a los profesionales implicados.
Asesoramiento ante dudas y problemas que puedan surgir.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes que tienen un rasurado al tipo de intervención a realizar.
Fuente: registro a partir de observación directa del paciente antes de entrar a quirófano.
Se realizarán tres mediciones al año.
Proponemos alcanzar un estándar del 90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015. Constitución del grupo de trabajo
Julio-Septiembre. 2015 Elaboración del procedimiento
Septiembre –Octubre. Formación al resto de profesionales
Noviembre-15, febrero-16 y Junio-16. Realización de medidas de la aplicación del protocolo en los enfermos quirúrgicos, así como de la existencia de material (maquinilla eléctrica y manual) en cada unidad quirurgica.
Julio-15 Realización de memoria del procedimiento.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 490

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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.
· VARELA MARTINEZ ISABEL. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE FARMACIA
· LLORENS PALANCA MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE FARMACIA
· BELTRAN MOSEGUI EVA NATIVIDAD. AUXILIAR DE FARMACIA. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE FARMACIA
· AZUARA LAGUIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
· CERDA GINER CLARA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
· DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
· OLIVEROS GARIN ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Elaboración de un procedimiento de medicamentos de alto riesgo con al menos los siguientes puntos:
o Elaboración de listado de medicamentos de alto riesgo
o Escalas de dosificacion de medicamentos de alto riesgo
o Identificación de los cajetines con colores vistosos, marcaje de advertencia y ubicación separada en los botiquines
o Separación de medicamentos iguales pero con diferente dosificación
o Los medicamentos con nombre parecido se rotularán el primero con MAYÚSCULAS y el segundo con minúsculas
o Restricción de electrolitos concentrados
o Se reducirá al máximo posible la variedad de presentaciones (dosis, concentraciones y volúmenes)
- Actualización del procedimiento de administración de fármacos con inclusión de instrucciones en caso de dosificación de medicamentos de alto riesgo
- Se elaborará una instrucción técnica con especificaciones sobre la preparación de los fármacos incluidos en el carro de paradas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incrementar la seguridad en el manejo de los medicamentos de alto riesgo, disminuyendo la probabilidad de errores en el manejo de estos medicamentos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de un procedimiento de medicamentos de alto riesgo con al menos los siguientes puntos:
o Elaboración de listado de medicamentos de alto riesgo
o Escalas de dosificación de medicamentos de alto riesgo
o Identificación de los cajetines con colores vistosos, marcaje de advertencia y ubicación separada en los botiquines
o Separación de medicamentos iguales pero con diferente dosificación
o Los medicamentos con nombre parecido se rotularán el primero con MAYÚSCULAS y el segundo con minúsculas
o Restricción ¿o eliminación? de electrolitos concentrados
o Se reducirá al máximo posible la variedad de presentaciones (dosis, concentraciones y volúmenes)
- Actualización del procedimiento de administración de fármacos con inclusión de instrucciones en caso de dosificación de medicamentos de alto riesgo
- Se elaborará una instrucción técnica con especificaciones sobre la preparación de los fármacos incluidos en el carro de paradas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existencia del procedimiento
- Auditoria interna de botiquines en el hospital

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2015: Formación del grupo de trabajo
Junio 2015: Auditoría inicial.
Septiembre 2015: Elaboración del procedimiento
Octubre 2015: Inicio del procedimiento.
Abril 2016: Auditoría de implantación..
Mayo 2016: Evaluación de los Resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 490

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 409

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROCESO DEL BANCO DE SANGRE EN EL HOSPITAL 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.
· SOLE LLOP ESTHER. BIOLOGO/A. H ALCAÑIZ. BIOQUIMICA CLINICA
· PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA
· PELLICER PIQUER ANA. TEL. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA
· UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE. TEL. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA
· MOROS GARCIA-MASCARAQUE MARIA JESUS. TEL. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA
· TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CALIDAD
· SAHAGUN PAREJA JUAN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El laboratorio de Hematología ha sido recientemente auditado por los responsables de la certificación del banco de sangre de Aragón (certificación ISO 9001:2008 y del comité de Acreditación de transfusiones (CAT 3ª edición. 2006) En dicha auditoria se constató la necesidad de normalizar la documentación del banco de sangre del hospital de Alcañiz

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer, documentar e implementar el proceso de acuerdo al REAL DECRETO 1088/2005, de 16 de septiembre y siguiendo la directiva Europea sobre Calidad y Seguridad de la sangre.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación de un equipo de mejora formado por facultativos y personal técnico del laboratorio.
2. Revisión de la Bibliografía. Normativa legal estatal, autonómica y europea y manuales de procedimientos operativos europeos.
3. Adaptación de los protocolos actuales a la norma.
4. Implementación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disponibilidad del documento

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Constitución de equipo de mejora: Junio 2015
Revisión de bibliografía: Junio-Julio 2015
Adaptación de los protocolos actuales a la norma: Julio-Noviembre 2015
Implementación: Diciembre-Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 273

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA DISGAFIA EN EL ICTUS AGUDO

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES TENA EJARQUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ FARJAS ELENA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· FERRANDO RAMOS MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ANDREU MARTI ANA. TCAE. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ALCON ARIÑO TERESA. TCAE. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ARNEDO CENTELLES RAQUEL. TCAE. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· CURA BELMONTE NOELIA. TCAE. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La disfagia afecta a un 30-65% de pacientes con ictus. La dificultad de deglución puede provocar aspiración y reducción de la ingesta oral, y secundariamente complicaciones de salud serias: neumonía, desnutrición y deshidratación. La aparición de estas complicaciones prolonga las estancias hospitalarias y empeora el pronóstico de recuperación del paciente. La detección precoz de la disfagia durante la hospitalización permitiría adaptar las dietas y la ingesta de líquidos a la situación de cada paciente y evitar las complicaciones señaladas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se realiza de forma rutinaria ni orgamizada la detección precoz de la disfagia en ictus.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Detección precoz de la disfagia en pacientes hospitalizados por un ictus
- Modificación de las texturas de los alimentos y líquidos, e implementación de técnicas compensatorias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Constitución de equipo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento operativo de detección de la disfagia en ictus con registro específico.
- Información al paciente y a la familia sobre la disfagia y las técnicas compensatorias para evitarla.
- Sesiones conjuntas con el personal de planta y de cocina para la modificación de la textura de las dietas
- Fase 1. Sesiones formativas del personal de enfermería y auxiliares de clínica.
- Fase 2. Implementación en la practica habitual

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes con ictus a los que se les aplica el procedimiento de detección de disfagia
% de pacientes con ictus que no presentan complicaciones secundarias la disfagia
Grado de satisfacción de los usuarios por la información recibida

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Constitución de equipo de trabajo: Junio 2015
- Elaboración de procedimiento operativo: Junio-Septiembre 2015
- Implementación en la práctica habitual: Octubre 2015-Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. disfagia, ictus
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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 290

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDO UNIFICADO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión ..... OTROS
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ VAQUERO CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· PITARQUE LACUEVA BELEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. CONTABILIDAD
· MOLIAS FERRER JAVIER. INFORMATICO/A. H ALCAÑIZ. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La implantación de una estrategia de gestión por procesos ha proporcionado al hospital una sistemática de medición de nuevos indicadores junto con el análisis y mejora de los indicadores ya existentes. Sin embargo los indicadores existentes están recogidos por distintas fuentes perdiéndose una perspectiva global del hospital. A veces, algunos de los indicadores que se recogen no siempre llegan al destinatario que tiene interés en analizarlo. Además, al analizar los indicadores de calidad recomendados para los hospitales del sistema nacional de salud observamos que en nuestro hospital faltan por medir algunos indicadores esenciales de los descritos en este documento. Por todo ello planteamos:
- Introducir nuevos indicadores asistenciales
- Recogida unificada de la información en un cuadro de mando unificado mostrado a través de un panel de control informatizado

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar el número de indicadores asistenciales del hospital, mediante recogida preferentemente informatizada
- Disponer rápidamente de toda la información mediante un panel de control

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Recogida de todas las fuentes de indicadores del hospital
- Desarrollo de un nuevo cuadro de mando unificado con descripción de indicadores, fuente y período de medición
- Recogida de todos los indicadores en un solo panel de control disponible a través de la intranet
- Desarrollo de protocolos de registro informatizados ligados al programa de gestión interna del hospital para facilitar la recogida de indicadores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disponibilidad de un panel de control informatizado antes de finalizar 2015

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo Junio 2015. Recogida de todas las fuentes de información del hospital
Junio-Septiembre. Desarrollo del nuevo cuadro de mando, incluidos nuevos indicadores.
Junio-Diciembre 2015. Desarrollo de la herramienta informática

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 494

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES DE LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGIA, DERMATOLOGIA Y DIGESTIVO 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.
· PERALTA GINES CILIA AMPARO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE REUMATOLOGIA
· MARRON MOYA SERVANDO EUGENIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE DERMATOLOGIA
· LACARTA GARCIA PEDRO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE DIGESTIVO
· FERNANDEZ BONILLA EVA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE DIGESTIVO
· LUENGO DANIEL ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE FARMACIA
· MOYA GOMEZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE FARMACIA
· CORTES GRACIA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo de este proyecto es la informatización del área de Pacientes Ambulantes de la Farmacia y la implantación de la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes ambulantes pertenecientes a los Servicios de Reumatología, Dermatología y Digestivo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante 2014 se implantó la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes ambulantes oncológicos. Se han obtenido las mejoras previstas tanto las relacionadas con la seguridad del paciente como en el circuito de prescripción médica-validación farmacéutica-elaboración mezcla intravenosa-dispensación. El resultado es muy satisfactorio por parte de todos los servicios implicados (Oncología y Farmacia).

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Reducción en la probabilidad de error.
- Mejora en el proceso de prescripción médica.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Mejora en el proceso de preparación de la mezcla y su dispensación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Informatización:

1.Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®)

2.Configuración del programa informático Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).

3.Validación farmacéutica a través del programa informático.

4.Impresión de las hojas de preparación y etiquetas por paciente y mezcla intravenosa a preparar.

5.Mejora en control de calidad de las mezclas intravenosas preparadas.

6.Gestionar el stock de fármacos utilizados e imputación del gasto para cada mezcla y paciente a través del programa de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).

Implantación:

1.Prescripción médica a través del programa de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).

2.Validación Farmacéutica a través del programa de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).

3. Dispensación de las mezclas intravenosas a través del programa de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador del Proceso de informatización: Nº de mezclas intravenosas preparadas mediante proceso informatizado versus Nº de mezclas intravenosas preparadas mediante proceso manual sobre el total de mezclas.

Indicador de la implantación prescripción electrónica en los Servicios de Reumatología, Dermatología y Digestivo: Nº de prescripciones medicas electrónicas versus no electrónicas del total de prescripciones médicas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2015. Inclusión de los pacientes en tratamiento activo e inicio del uso completo del programa informático.
Junio 2015: Validación del proceso de informatización. Introducción de mejoras.
Junio-Septiembre 2015: Formación del personal implicado e implantación del proceso de prescripción electrónica
Octubre 2015: Implantación de la prescripción electrónica en cada servicio.
Noviembre 2015- Abril 2016: Seguimiento e implantación de mejoras.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 494

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES DE LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGIA, DERMATOLOGIA Y DIGESTIVO DEL SERVICIO DE FARMACIA

ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ambulantes

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 421

1. TÍTULO

DOCUMENTACION DE LAS INSTRUCCIONES TECNICAS PARA DERIVACIONES EXTERNAS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR VIDAL MESEGUER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARAGONES VILLANUEVA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION MED INTERNA
· CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION MED INTERNA
· TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ESP QUIRURGICAS HOSPITALIZACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la evaluación del proceso de hospitalización se ha detectado como oportunidad de mejora la normalización de las instrucciones técnicas en caso de derivación de pacientes para la realización de pruebas en otros hospitales de SALUD. Actualmente esta información no la conoce todo el personal. Esto se traduce en problemas de preparación de pacientes, documentos que no llegan a emitirse (volantes, consentimientos, ...), ausencia de preparación de volante de ambulancia que repercuten en retrasos en la derivación y disfunciones en el servicio receptor.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Desviar correctamente a los pacientes a los servicios de referencia de SALUD.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración del catálogo de pruebas que más frecuentemente se remiten en nuestro hospital
- Contacto con los servicios de referencia para saber cual es el procedimiento de derivación en cada uno de ellos, así como sus necesidades con respecto a nuestra forma de derivar.
- Elaboración definitiva de instrucciones técnicas adaptadas a la normativa de los hospitales de referencia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pruebas recogidas en el catálogo que disponen de instrucciones de derivación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo- Septiembre de 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 654

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE ATENCION PRIMARIA FACILITANDO LA FORMACION EN AUTOEXPLORACION DE LESIONES DERMATOLOGICAS POTENCIALMENTE SOSPECHOSAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD MONESMA PEDRO. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GALVE ROYO EUGENIO. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ABADIA TAINE BEGOÑA. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ CUBERO ELVIRA. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ BRUN PILAR. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· NUÑEZ OBON MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ ARNAL MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante la creciente demanda de consulta en Atención Primaria por problemas dermatológicos que conllevan a su vez, un aumento excesivo de derivaciones hacia la consulta especializada, en nuestro Centro de Salud creemos conveniente elaborar un proyecto de formación que incida en la autoexploración y autocuidado, y mejore así la seguridad de los pacientes ayudando a detectar lesiones primarias potencialmente malignas e, indirectamente, una mejora en el trabajo de los profesionales especialistas que verán restringida la demanda de consulta por este problema, derivando así los recursos existentes en los casos que verdaderamente lo necesitan y obteniendo, en definitiva, una mayor satisfacción tanto del paciente como del profesional.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En el marco de la promoción de la salud, y con motivo de la campaña Euromelanoma llevada a cabo por la Academia Española de Dermatología y Venereología, queremos persuadir al usuario de la importancia del autocuidado y sensibilizarlo de los riesgos de la exposición solar así como educarlo en hábitos saludables de fotoprotección e impulsar el diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer de piel, con el último fin de reducir su incidencia en nuestra sociedad. Es fundamental en el caso del melanoma, el diagnóstico y tratamiento precoz para poder vencer dicha enfermedad.
Nuestro objetivo es que los pacientes tomen conciencia del cuidado de su propia piel utilizando protección adecuada y enseñar a realizar autochequeo eficaz para reconocer lesiones potencialmente sospechosas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Difusión del protocolo establecido, en la campaña Euromelanoma
• Formación multidisciplinar en la materia así como uso y manejo del dermatoscopio
• Colaboración con Atención Especializada

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • % de pacientes con lesiones malignas de piel diagnosticadas siguiendo dicho protocolo
• % de derivaciones a Especializada una vez puesto en marcha el protocolo
• % de disminución de derivaciones respecto al año anterior en consulta de Dermatología

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • De junio a noviembre de 2015: Difusión del protocolo entre los profesionales y formación del uso y manejo del dermatoscopio
• De noviembre de 2015 a mayo 2016: Implantación progresiva del protocolo y recogida de datos
• Junio de 2016: Evaluación del proyecto

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 406

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DERIVACION DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE LA REMISION DE IMAGENES DIGITALES

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA ARNAL ALONSO
· 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
· GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
· SANCHEZ ZAPATER ASUNCION. PEDIATRA. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología dermatológica condicionada por su expresividad clínica se caracteriza en muchas ocasiones por la incertidumbre diagnóstica y sus características agudas, con heterogeneidad en su presentación. La redes y la remisión telemática de las imágenes facilitan su resolución y favorecen la colaboración entre la Atención Primaria y Especializada, así como evitar retrasos en la atención, la adquisición de conocimientos y la destreza en los elementos participantes, y el almacenamiento de las imágenes para su control evolutivo y facilitar la labor docente con la creación de un banco de imágenes de casos clínicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el último año se realizaron 12 interconsultas telemáticas. Media de respuesta de 5 días, moda de 4 días, y tiempo de espera máximo de 10 días (periodo vacacional del dermatólogo). Gran variedad de diagnósticos, vitíligo, pitiriasis residual, tiña incognito, nevus en control periódico (controlado con dermatoscopio),... Derivado a la consulta un caso de "dermatitis perivascular superficial" donde se indicó la biopsia.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Continuar durante el años 2015 con el envío de imágenes digitales, incluyendo la realizadas con el dermatoscopio, así como su almacenamiento, que permite comparar la evolución de las lesiones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Centralizar, al disminuir la variabilidad, en un solo responsable del Servicio de Dermatología la remisión de las imágenes para su valoración e informe posterior, resolviendo aquellas dudas tanto diagnósticas, como de diagnóstico diferencial y terapéuticas que puedan surgir.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tiempo de respuesta.
Tasa de resolución del proceso.
Concordancia de la impresión diagnóstica.
Tasa de derivación de los pacientes consultados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Continuar a lo largo del año 2015 con este proyecto de mejora, y evaluación anual del mismo.

11. OBSERVACIONES. Se han presentaran las conclusiones y la evaluación, en forma de comunicaciones orales, y una publicación en una revista científica a lo largo de este año.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 732

1. TÍTULO

ATENCION AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO

2. RESPONSABLE ..... MARIA 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
· REDONDO CUERPO VICTORIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· NUÑEZ OBON MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. OPORTUNIDAD DE MEJORA:
- Uno de los indicadores de la Cartera de Servicios de 2014 era la “Atención al Paciente Polimedicado”. Una vez revisados los datos obtenidos por el C.S. Actur Norte, hemos constatado que los resultados se han quedado por debajo de lo esperado.
- Dado que en el Pacto de Gestión de 2015 aparece como un indicador exclusivo de Enfermería, nos hemos propuesto establecer una dinámica de trabaja para aumentar la cobertura alcanzada en 2015.
- Este trabajo es importante para cumplir los objetivos que nos marca el SALUD, pero, sobre todo, para prestar un mejor cuidado a los pacientes (que es el fin último de nuestra profesión).
- En general, los ancianos son paciente con pluripatología y por tanto requieren el uso de varios fármacos simultáneamente. Esto puede tener como consecuencia un aumento considerable de las reacciones adversas y por supuesto de errores en la administración de los mismos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La presentación del Pacto de Gestión en el mes de mayo, y por tanto el contenido completo del indicador, nos ofrece una margen de trabajo de 6 meses aproximadamente para conseguir los objetivos que nos proponemos.
Objetivos:
1. Aumentar el porcentaje alcanzado al menos un 2% por trimestre que resta de trabajo. Esto supone al menos un 4% respecto al valor referenciado en 2014 (teniendo en cuenta que el año anterior los médicos también participaban en la consecución de este indicador).
2. Ayudar a pacientes y/o cuidadores a controlar la administración adecuada de fármacos.
3. Registrar en OMI-AP los datos obtenidos y actualizar los ya existentes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Sesiones informativas para el equipo de enfermería del C.S. Actur Norte.
2- Revisión de los registros actuales de OMI.
3- Revisión de criterios de inclusión y cumplimentación correcta del programa en OMI.
4.- Conseguir una mejora en la Adherencia al Tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
1. Listado OMI del servicio del polimedicado con revisión clínica realizada en el curso 2014.
2. Porcentaje de pacientes que han pasado por consulta de enfermería durante 2015 para revisar criterios de "Adherencia al Tratamiento".
3. Porcentaje de pacientes ancianos polimedìcados en los que se ha realizado revisión clínica de la medicación en 2015.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 01 de junio de 2015.

Cronograma: Indicadores en las fechas:30/09/2015, 30/12/2015, y 30/03/15.
Final: 30 de mayo de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Polimedicados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 749

1. TÍTULO

ESTUDIO CUALITATIVO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y EVITAR LAS COMPLICACIONES AL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... ELBA ARNAL PEREZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABALLERO ALEMANY CARMEN. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· OLIETE HERRERO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· ORENSANZ ALAVA AFRICA. EIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· CONDE ANDRES RUBEN. EIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· MORALES GREGORIO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· SORIA SANCHEZ CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia de la diabetes tipo 2 en España es del 7 % según el informe anual de Ministerio de Salud de 2013. En los últimos 20 años la prevalencia de esta enfermedad ha pasado del 4 al 7%.
La presencia de complicaciones microvasculares (retinopatía, neuropatía, nefropatía) y macrovasculares (ACV, IAM, amputaciones) depende, en gran parte, del grado de control metabólico y de otros factores de riesgo cardiovascular que con tanta frecuencia se asocian a esta enfermedad, y son responsables del deterioro en la calidad de vida del paciente diabético y de la disminución de su esperanza de vida; hasta un 75 % de los pacientes con DM2 mueren por eventos cardiovasculares.

¿En qué medida un buen control de nuestro paciente diabético en la consulta de atención primaria puede repercutir positivamente tanto a nivel del propio paciente y del sistema sanitario? La atención al paciente diabético está incorporada en la cartera de servicios de atención primaria, siendo fundamental su manejo por el equipo de Medicina y Enfermería tanto en prevención primaria como en el abordaje terapéutico (medidas higiénico-dietéticas, ejercicio y farmacológico), por lo que consideramos que un buen control de esta patología y de los factores de riesgo cardiovascular puede evitar complicaciones a largo plazo, con el consiguiente gasto de recursos que ello implica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Estudio en fase de diseño. Aún no se han obtenido resultados.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO PRINCIPAL: Mejorar el control del paciente diabético acorde a las Guías de Práctica Clínica de nuestro entorno.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

-Aumentar el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que adquieren el hábito de realizar actividad física en su vida diaria.
-Fomentar el seguimiento de una dieta saludable.
-Disminuir el riesgo cardiovascular (RCV) de los pacientes actuando sobre los factores de riesgo modificables: tensión arterial, tabaquismo, LDL, sobrepeso-obesidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará captación de pacientes diabéticos en las consultas de Atención Primaria (Medicina y Enfermería) realizando una encuesta motivacional de actividad física, el cuestionario de adherencia a dieta mediterránea y un cuestionario para valorar la actividad física que está realizando.
Además se hará registro de medidas antropométricas (peso, talla, perímetro abdominal) y se comprobará la existencia de parámetros bioquímicos específicos para nuestro estudio (Colesterol total, LDL, HBA1C y FG).

Se crearán grupos formados por 5-8 pacientes a los que se impartirá sesiones grupales con el fin de mejorar los autocuidados de su enfermedad y aumentar su grado de implicación (empoderamiento). Se les ofertará un plan específico de actividad física y dieta saludable. Para facilitar su cumplimiento y refuerzo motivacional, se acordarán seguimientos programados por Enfermería. En estas citas de revisión se reforzará positivamente los logros obtenidos y se instaurarán las medidas correctoras de manera individualizada.

INTERVENCIÓN GRUPAL
La 1º sesión grupal : beneficios de la alimentación saludable, los grupos de alimentos, los Hidratos de Carbono recomendados y los alimentos que se deben evitar.
La 2º sesión grupal: cuidados del pie en relación a la práctica de la actividad física, autoexploración del pie. Qué es una hipoglucemia.
La 3º sesión grupal : programa de actividad física (beneficios de la actividad física, ejercicios de calentamiento y estiramiento).
La duración total de este programa será de 24 semanas. Al finalizar este período, se evaluará si el paciente puede continuar desarrollando una actividad física y dieta adecuada sin necesidad de seguimiento específico, programándolos ya únicamente las visitas correspondientes según el plan de cuidados del paciente diabético de OMI-AP.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 749

1. TÍTULO

ESTUDIO CUALITATIVO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y EVITAR LAS COMPLICACIONES AL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Determinaciones de laboratorio:
Ø Colesterol total
Ø Colesterol LDL
Ø Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

Exploración y pruebas complementarias
Ø IMC
Ø FDO
Ø exploración del pie diabético
Ø ITB
Ø TA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo2015: exposición del proyecto a los profesionales del centro de salud (Medicina y Enfermería).
Junio- Julio 2015: solicitud de permisos a comité de ética y a gerencia.Captación de profesionales interesados a participar en el proyecto.
Septiembre 2015- Abril 2016: captación de pacientes diabéticos y desarrollo de la actividad.
Mayo 2016: Evaluación control del paciente diabético tras intervención
Junio 2016: Exposición de resultados a los profesionales del centro. Propuestas de Mejora y valorar publicación de resultados del proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Diabetes Mellitus, Type 2
OTRA PALABRA CLAVE 2. Exercise
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 678

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y MANEJO DE ENURESIS NOCTURNA INFANTIL, MEDIANTE ENCUESTA DIRIGIDA ,REALIZADA EN EL CONTEXTO DE LA REVISION DE 6 AÑOS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL DE ATENCION PRIMARIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUADRADO PIQUERAS LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MARTINEZ HERNANDEZ NIEVES. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· BUÑUEL ALVAREZ JOSE CRISTOBAL. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ ZAPATER ASUNCION. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ GIL MARIA PILAR. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GUIRADO GIMENEZ FERNANDO. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· PALACIN GONZALEZ MARIA LOURDES. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA ROMERO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enuresis nocturna es un trastorno frecuente, se estima una incidencia aproximada del 16% a los 5 años y del 10% a los 6 años, pero infradiagnosticado, por lo que no recibe el manejo y tratamiento adecuado. Su detección es difícil pues, con frecuencia se considera un problema “menor” y los padres no consultan al pediatra por este problema. Sin embargo, puede llegar a ser un problema de salud importante en niños y adolescentes, habiéndose relacionado con problemas de autoestima y de relación social. Además, con frecuencia, existe comorbilidad habiéndose comprobado una estrecha relación con otras patologías como estreñimiento, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).
La Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria ha editado en el año 2014 una Guía de Práctica Clínica (GPC)sobre “Manejo terapéutico y diagnóstico de la enuresis infantil”.
El objetivo de este proyecto es la mejora del diagnóstico y manejo de la enuresis infantil, en el contexto de las revisiones del Programa de Salud Infantil en Atención Primaria, y basándonos en las recomendaciones de dicha guía.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora del diagnóstico y manejo de la enuresis infantil mediante:

- Detección de los niños de 6 años con enuresis nocturna.
- Valoración si primaria o secundaria.
- Valoración si monosintomática o complicada.
- Detección de comorbilidad: Enfermedad nefrourológica, estreñimiento, TDAH o SAOS.
- Diagnóstico y Tratamiento de la comorbilidad.
- Derivación de la enuresis complicada, no monosintomática, a consulta especializada de Urología infantil.
- Manejo terapéutico de la enuresis primaria monosintomática por el pediatra de Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reunión inicial de todos los miembros del equipo, para mejorar el conocimiento de la GPC de la SEPEAP sobre enuresis infantil y puesta en común de la metodología a seguir para la realización del proyecto de mejora
El Proyecto de mejora se va a desarrollar en consultas de Pediatría del Sector I, derivando a consulta de Urología pediátrica del Hospital Miguel Servet, Sector II, los pacientes detectados con enuresis no monosintomática.
En el contexto de la revisión de 6 años del Programa de Salud Infantil, se preguntará concretamente sobre el control miccional.
Se incluirán en el proyecto de mejora aquellos niños que tengan dificultades en el control miccional nocturno, al menos 1 vez al mes (criterio diagnóstico establecido por la OMS y por la Sociedad Internacional de Continencia de los Niños).

Este grupo de niños se incluirá en una base de datos realizada conjuntamente entre Primaria y el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Miguel Servet, registrándose los siguientes datos:
- Primaria: No control miccional anterior.
- Secundaria:Periodo de continencia anterior de al menos 6 meses consecutivos.
- Monosintomática: No existe sintomatología diurna.
- No monosintomática o complicada: Síntomas diurnos como urgencia miccional, cambio frecuencia urinaria (menos de 3 micciones o más de 8 al día), escapes, chorro miccional débil, dolor miccional)
- Antecedentes familiares: Enuresis, litiasis renal (hipercalciuria).
- Factores asociados:
Estreñimiento o encopresis.
Respiración bucal nocturna, ronquido, apneas del sueño.
Trastornos de conducta
Trastornos de aprendizaje.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 678

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y MANEJO DE ENURESIS NOCTURNA INFANTIL, MEDIANTE ENCUESTA DIRIGIDA ,REALIZADA EN EL CONTEXTO DE LA REVISION DE 6 AÑOS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL DE ATENCION PRIMARIA

Exploración física:
- Peso, talla, TA y percentiles.
- Exploración abdominal: Fecalomas,globo vesical
- Exploración de genitales: Hipospadias
- Columna lumbosacra: Disrafismos y alteraciones neurológicas EEII
- ORL: Respiración bucal, paladar ojival y facies adenoidea.

Realización de diario miccional de 3 días.

Tratamiento de los factores asociados o desencadenantes si los hubiera.

Manejo de la enuresis nocturna monosintomática con la medida terapeútica que mejor se adapte, tratamiento conductual, alarma o desmopresina.
Valoración a los 3 meses de la eficacia del tratamiento.

Al finalizar el proyecto, se realizará una reunión de todos los miembros del equipo de mejora para una puesta en común de los datos obtenidos, análisis de los resultados y encuesta de satisfacción.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores: Evaluación
1. En cada uno de los cupos de pediatría que participan en el proyecto, se valorará el número de niños que tengan registrado en OMI-AP,como episodio o condicionante, enuresis nocturna. Esta valoración se realizará al inicio del proyecto y a su finalización.
2. Análisis descriptivo de los resultados:
- % de niños que se detecta enuresis en revisión de 6 años.
- % monosintomáticas
- % derivaciones Urología pediátrica
- % factores asociados (estreñimiento, TDAH,SAOS)
- Tratamientos instaurados
- Eficacia de cada uno de los tratamientos(remisión de los síntomas mas del 90%, remisión parcial, disminución de al menos 50%)
Encuesta de satisfacción miembros del equipo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 de Junio 2015
Fecha de finalización: 31 de Mayo 2016

Reunión informativa: Al inicio del proyecto.
Recogida de datos: 1 de Junio 2015 al 31 de Diciembre 2015.
Análisis de resultados: 1 de Enero 2016 al 30 de Abril 2016.
Reunión conjunta: Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Diagnostico enuresis infantil Atención Primaria
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 556

1. TÍTULO

ESTUDIO CUALITATIVO PARA CONOCER LAS OPINIONES, EXPECTATIVAS Y BARRERAS RESPECTO A LA MEDICACION INHALADA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC O ASMA

2. RESPONSABLE ..... VICTOR NAVARRO CASTILLO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARNAL PEREZ ELBA. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· ORENSANZ ALAVA AFRICA. EIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· CONDE ANDRES RUBEN. EIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· SOLANS MARTINEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ PEREZ JUDITH. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· SIERRA SERRANO LUIS ELIAS. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) afecta a más de 5% de la población y se asocia con una alta morbimortalidad.
La prevalencia del asma en adultos mayores de 65 años se estima en 4-8%.

El manejo adecuado de la enfermedad puede disminuir la sintomatología, reducir la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones, mejorar el estado de salud y prolongar la supervivencia.
Los pilares de la terapia farmacológica son los tratamientos inhalados administrados solos o en combinación (broncodilatadores, glucocorticoides inhalados) en función de la gravedad y el impacto de la enfermedad, el riesgo de exacerbaciones, y la respuesta al tratamiento.
La educación sobre el propósito y la dosificación de los medicamentos prescritos y sobre la técnica de inhalación correcta es esencial para un manejo adecuado de la enfermedad.
Los pacientes deben aprender a controlar sus síntomas y la función pulmonar; deben entender lo que desencadena sus crisis y cómo evitar o reducir la exposición a desencadenantes; y deben entender cómo usar los inhaladores correctamente.

Creemos que el uso incorrecto de los mismos puede tener relación con reagudizaciones respiratorias y mala evolución de la enfermedad y que para ello es necesario la adherencia del paciente al tratamiento. Se ha diseñado este estudio cualitativo para conocer como se realiza la técnica inhalatoria, así como las expectativas o barreras de los pacientes respecto a este tipo de tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO PRINCIPAL: Conocer como realizan la técnica inhalatoria pacientes con EPOC y asma.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
Observar si la variabilidad del uso correcto o no del dispositivo inhalatorio depende de:
-las expectativas de los pacientes respecto a la técnica
-las barreras de los pacientes respecto a la técnica
-el tipo de dispositivo
-si existe patología asociada
-la edad del paciente
-el tiempo de evolución de patología respiratoria
-el tiempo que lleva utilizando el dispositivo
-el nivel sociocultural, educativo y económico
-aprendizaje previo para utilización del dispositivo
Propuestas concretas que les ayudarían a mejorar la técnica y con las que se elaborarán materiales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tomamos una muestra inicial de 60 pacientes, siendo aproximadamente 5 usuarios de cada tipo de inhalador: inhaladores dosificadores presurizados e inhaladores de polvo seco (unidosis: HANDIHALER® o multidosis: TURBUHALER® y ACCUHALER®).

Todos los investigadores llevarán a cabo la captación de la población de forma activa en las consultas de atención primaria en centros de salud urbanos (C.S. La Jota, C.S. Actur Oeste, C.S. Actur Sur, CS Arrabal, CS Parque Goya y CS Actur Norte) y rurales (C. S. Zuera, C.S. Alfajarín). Se observarán manejando el dispositivo de manera individualizada el día de la captación al estudio y se les invitará a participar en el estudio. Citándoles para formar parte de uno de los grupos. Se harán grupos de unas 10 personas cada uno, intentando que sean homogéneos para que todos participen por igual.
Posteriormente se seguirán captando pacientes hasta que se consiga la saturación en las variables estudiadas.

Se realizará análisis de los cuestionarios, y finalmente redacción definitiva de los resultados (todos los investigadores)
Se realizará análisis descriptivo de la muestra. (todos los investigadores)
Se organizarán los textos mediante etiquetas y se clasificarán en categorías o conceptos. (todos los investigadores)
Se realizará análisis de contenido. (todos los investigadores)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 556

1. TÍTULO

ESTUDIO CUALITATIVO PARA CONOCER LAS OPINIONES, EXPECTATIVAS Y BARRERAS RESPECTO A LA MEDICACION INHALADA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC O ASMA

Tras el análisis de la situación se plantearan medidas (todos los investigadores). Se ha previsto crear materiales dirigidos a pacientes y una página web en la que se dejarán protocolos de actuación y materiales para sanitarios (todos los investigadores). Se realizará taller no presencial mediante spontanea para dar a conocer los materiales a los sanitarios (el taller será impartido por los investigadores tres y cuatro) y la página web en la que se dejarán (investigadores uno y dos).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Variables a estudio:
- Edad
        - Sexo
        - Nivel cultural (estudios)
- Nivel economico
        - Tipo de inhalador
        - Formación previa
        - Espiración previa
        - Forma de manipular el dispositivo
        - Inhalación correcta
- Patología que precisa tratamiento inhalado
-Patología asociada
- Reagudizaciones mensuales
-Tiempo que hace que usa terapia inhalada
-Aprendizaje previo
-Expectativas
-Barreras
-Propuestas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril 2015: los investigadores realizaron la búsqueda bibliográfica.
- Junio 2015: el investigador enviará documentación necesaria al Comité de Ética.
- Tras la resolución del Comité de Ética, el investigador solicitará 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.
- Agosto-Noviembre 2015: Estudio de campo: los investigadores llevararán a cabo la captación y se les citará para realizar estudio en grupos.
- Noviembre-Diciembre 2015:análisis y redacción resultados
- Enero- Marzo 2016: creación de los materiales dirigidos a pacientes y de la página web en la que se dejarán protocolos de actuación y materiales para sanitarios
- Junio-Septiembre 2016: análisis de datos, redacción definitiva y difusión de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Asthma
OTRA PALABRA CLAVE 2. Pulmonary Disease, Chronic Obstructive
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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 642

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.
· NAVARRO CASTILLO VICTOR. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· CALLEJAS GIL INMACULADA. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ PEREZ JUDITH. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· SOLANS MARTINEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· MELUS PALAZON ELENA. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· GARUZ BELLIDO ROBERTO. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· ARIÑO PELLICER SARA. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida 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 riesgo de ictus), la morbimortalidad que genera (es responsable del 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 Atención Primaria (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 responsabilidaden 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 individualizada y mediante una reevaluación constante.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Estudio en fase de diseño. Aún no se han obtenido resultados.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO PRINCIPAL: Mejorar la indicación de tratamiento anticoagulante en los pacientes de nuestro centro de salud.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
Analizar posibles contraindicaciones del tratamiento anticoagulante
Evaluar riesgo/ beneficio de tratamiento anticoagulante
Evaluar la indicación o no de los nuevos anticoagulantes orales frente a Acenocumarol

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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 (1º 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 hemorragia). 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 del tratamiento anticoagulante y si existe alguna contraindicación de dicho tratamiento.
Se comunicará al médico responsable del paciente el resultado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8. INDICADORES: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Factores de riesgo de ictus:

Insuficiencia cardiaca o disfunción sistólica ventricular izquierda

Hipertensión

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 642

1. TÍTULO

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

Edad

Diabetes mellitus

ACV, AIT o tromboembolia

Enfermedad vascular (Infarto de miocardio previo, enfermedad arterial periférica, placa aórtica)

Sexo

-Factores de riesgo de sangrado:
Hipertensión
Función renal y/o hepática alteradas
ACV previo
Sangrado previo
INR lábil
Edad
Toma de fármacos o alcohol

-Tipo de anticoagulante 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 cardioembólico.
-Aparición de evento hemorrágico.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2015: exposición del proyecto de gestión para la mejora de calidad asistencial del paciente con fibrilación auricular a los profesionales del centro de salud (Medicina y Enfermería).

Junio 2015:solicitar el listado de pacientes de nuestro centro de salud diagnosticado de fibrilacion auricular.
Julio-Abril 2016: revisión de historias clíncias con recogida de datos mediante custionario.
Mayo 2016: Evaluación de los resultados.
Junio 2016: Exposición de resultados a los profesionales del centro. Propuestas de Mejora y valorar publicación de resultados del proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Atrial Fibrillation
OTRA PALABRA CLAVE 2. Hemorrhage
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 067

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA EN PACIENTES EPOC EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

2. RESPONSABLE ..... JOSE JAVIER VALDEPEREZ TORRUBIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUEDA RUBIO RAQUEL. MIR. CS ACTUR SUR. H. ROYO VILLANOVA
· DONCEL SOTERAS BARBARA. MIR. CS ACTUR SUR. H. ROLLO VILLANOVA
· JIMENEZ MARIN EMILIO. MEDICO/A. CS ACTUR SUR. NO TRABAJA EN HOSPITAL
· LAHUERTA JARQUE AMPARO. FISIOTERAPEUTA. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· PITARQUE GARGALLO PILAR. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. NO TRABAJA EN HOSPITAL
· ALVAREZ ROCHE TERESA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR.
· ARAQUISTAIN MIRIAM. FISIOTERAPEUTA. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia general de EPOC en Aragón es del 10,4%. Se trata de una enfermedad muy infradiagnosticada y por tanto, infratratada. Según el estudio ARAPOC el 78.9% de los pacientes diagnosticados de la enfermedad desconocía que la padecía. La realización de espirometría también es baja en España. En Aragón es del 10.4%, El Programa de rehabilitación surge como una iniciativa del Centro de Salud Actur Sur, puesto que no estaba implantado ningún proyecto de este tipo en el centro y nuestro diagnóstico de EPOC era especialmente bajo (2,57 frente al 2,76 de media en el Sector 1 de Zaragoza) Por los datos que hemos encontrado, las unidades de Rehabilitación respiratoria (RR) en los Centros de Salud son escasas. Y La rehabilitación es también una parte importante en el tratamiento de personas con EPOC, teniendo en cuenta que es la intervención que más aumenta la calidad de vida, junto al cese del tabaquismo y la optimización del tratamiento médico de la EPOC.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Proyecto de nueva instauración.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Establecer la eficacia de un programa de rehabilitación respiratoria en el centro de salud Actur Sur.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC moderado-grave con un programa de 6 semanas de duración junto con los cuidados habituales.
- Educación del paciente y su familia.
- Valorar el efecto del programa en cuanto a la mejora de la disnea, la capacidad para el ejercicio, disminución de las exacerbaciones y disminución del número de ingresos hospitalarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En CS Actur Sur hemos desarrollado un proyecto multidisciplinar en el que formaremos dos grupos de 10 a 15 personas captadas por cada médico en su consulta (2-3 por cupo), con características: FEV1 <50 y pertenecientes a los grupos C y D GOLD). Realizaremos en cada paciente, previo a comenzar el proyecto una espirometría actual, CAT10, BODEx y Saint George. La duración del programa será de 6 semanas con sesiones por parte de enfermería y fisioterapia. Se realizarán nuevamente los mismos test que al comienzo del proyecto, para analizar los resultados obtenidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores que utilizaremos, que nos darán una visión objetiva y subjetiva de la mejoría o falta de ella, en nuestro proyecto son: espirometría, CAT10, BODEx y Saint George, previas y posteriores a la finalización de las sesiones de reahabilitación respiratoria.
Además de unas encuestas de satisfacción al finalizar las sesiones, para posibles mejoras en el futuro.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. CRONOGRAMA:
- Abril 2015: diseño de un proyecto de gestión.
- Junio-Octubre 2015: Captación de pacientes. Ésta se llevará a cabo durante los meses de junio a octubre. El cuestionario y espirometría previos se realizarán durante las entrevistas iniciales, o se citará a los pacientes posteriormente en el mismo periodo para ello.
- Un grupo de 10 a 15 pacientes en septiembre-octubre 2015: se realizarán las sesiones grupales y las evaluaciones. Pasadas 6 semanas, se harán de nuevo espirometrías junto con los test anteriormente expuestos. El segundo grupo con el mismo número de pacientes se llevará a cabo en los meses de noviembre y diciembre.
- Enero y febrero 2016:se realizará la difusión de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Diagnostico y tratamiento EPOC. Evitar reagudizaciones e ingresos hospitalarios.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EPOC moderado-severo

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Pacientes EPOC grado C y D según Guía Gold, con tratamiento farmacológico con doble/triple broncodil

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 067

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA EN PACIENTES EPOC EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 452

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A TRAVES DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION COMUNITARIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CUCALON ARENAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIESTE AISA LUCIA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN.
· PEREZ ZARZA LEONOR. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN.
· CABRERO CABORNERO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN.
· GUILLEN BALLARD MARIA TERESA. MEDICO PEDIATRA. CS ALFAJARIN.
· NAVARRO SERRANO EVA. MEDICO PEDIATRA. CS ALFAJARIN.
· VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN.
· RUBIO JIMENEZ CARLOS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A pesar que la información sobre “hábitos de vida saludables” es muy abundante en los medios de comunicación y la educación sanitaria es continua en las consultas de AP, los profesionales sanitarios observamos a diario en nuestro trabajo que hay un grupo de pacientes crónicos y depoblación general que no participa ni se responsabiliza del cuidado de sus problemas de salud.
La “autorresponsabilidad” y motivación en los hábitos alimenticios, la abstención del tabaco y alcohol y el ejercicio físico mejoran el controlde las enfermedades crónicas y evitan o retrasan su aparición.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo General:
Desarrollar un Programa de Educación para la Salud (EpS) comunitario que estimule la participación y el compromiso de la población en “estilos de vida saludables”
Objetivos específicos:
Organizar sesiones informativas periódicas en cuidados de salud y
autorresponsabilidad en enfermedades relacionadas con los estilos de vida.
Establecer actividades municipales que estim

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El Programa se plantea con un ámbito de aplicación local al haber partido la iniciativa de la actividad por parte del profesional de Nuez de Ebro. Según la experiencia y aprovechando otros recursos ciudadanos esperamos que se pueda extender a las otras localidades.
Sesiones informativas: Periodicidad: Mensual
Duración: 45 min
Responsable: Médico y Enfermera de la localidad
Temas: Cuidados generales, Profilaxis, Enfermedades crónicas más prevalentes.
Ejercicio Físico: Periodicidad: Semanal
Duración: 1 hora
Responsable: Ayuntamiento
Baile y Senderismo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación en resultados de Salud en este caso no se puede realizar porque requeriría un estudio prospectivo estratificado. Por otra parte los beneficios ya están demostrados.
Analizaremos la participación.
Indicadores Cuantitativos:
Nº de profesionales no sanitarios con alguna responsabilidad en el
proyecto:
Monitores, representantes del Ayuntamiento, de las asociaciones de vecinos.
Número de personas que acuden a las sesiones valorando como óptimo >
40 personas.
Número de personas que acuden a la actividad de EF valorando como óptimo
> 25 personas.
Que después de 6 meses continúen realizando la actividad el 60%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de las sesiones: Mayo
Inicio de la actividad fisica: Junio

En Octubre revisar la participación y valorar la frecuencia de las actividades.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 452

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A TRAVES DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION COMUNITARIA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 443

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN LAS PATOLOGIAS MAS PREVALENTES EN ATENCION PRIMARIA II

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.
· DIESTE AISA LUCIA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN.
· MAINAR LATORRE MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ALFAJARIN.
· RAMOS GABILONDO OLGA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN.
· SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN.
· PALACIN LIÑAN ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALFAJARIN.
· AGUILAR LEÑERO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS ALFAJARIN.
· LOPEZ CENALMOR ISABEL. MEDICO MAC. CS ALFAJARIN. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La diversidad de la patología atendida en AP, la atención integral y el seguimiento del paciente exigen al profesional de AP estar al día en muy diversos temas: protocolos, guías de práctica clínica, MBE de las enfermedades más prevalentes y actualización, cuando se presenta, de la patología poco frecuente.
En los centros de Salud rurales, la dispersión de las localidades, la variabilidad de los grupos que se atienden en AP y la falta de tiempo en las agendas para formación dificulta incorporar la Formación Continuada (FC) con la fluidez y continuidad necesaria.
El Programa garantiza la continuidad del iniciado en la convocatoria del 2014.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el 2014 se ha desarrollado una dinámica de actualización de los temas elegidos por el equipo en base a distintos aspectos: prevalencia, dificultad, cambios en protocolos y factibilidad aprovechando los recursos propios del equipo o colaboraciones externas.
Ha participado el 70-80% de los miembros del equipo.
Se han valorado como “muy útiles” los temas tratados.
Hay una predisposición positiva a la continuidad.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Afianzar el programa iniciado en la convocatoria del 2014, solucionando las dificultades que presenta y reforzando los aspectos ya valorados como positivos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividades, Responsables, Método:
-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. Buscar colaboración externa si se considera oportuno. Equipo de mejora.
-Cada mes se tratará un tema dedicándole una o más sesiones de 55 min. Profesional responsable.
-Establecer el sistema de registro para que la actividad cumpla los criterios de FC para acreditación ISO del Centro. Equipo de mejora.
-Para la actualización utilizaremos la biblioteca virtual del iacs como elemento de búsqueda e información objetiva. El ponente específico del tema.
-Las sesiones estarán dirigidas por el ponente pero tendrán una orientación participativa, resolutiva de dudas o casos planteados que tengan relación con el tema.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Hemos observado que el sistema elegido en la convocatoria del 2014 (encuestas) tiene el inconveniente que resta tiempo a la sesiones y al ser un equipo pequeño no puede contrastarse la validez. El programa de formación nos interesa por su “utilidad” y la aplicación en la práctica diaria asistencial por lo que en este programa se valorará Indicadores cuantitativos:
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%
VALORACION anual del programa por parte del equipo (De 0 a 5)
Utilidad del programa
Satisfacción de los profesionales implicados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio:
Reunión del equipo para seleccionar los temas.
Nombrar al responsable de cada tema.
Julio:
Cronograma de las sesiones que se iniciara después del periodo estival.
Septiembre:
Inicio del calendario de sesiones.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 443

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN LAS PATOLOGIAS MAS PREVALENTES EN ATENCION PRIMARIA II

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 765

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 TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· PALLARUELO SANJUAN RAQUEL. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· SANZ ABOS EVA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A las consultas de pediatría, normalmente saturadas, acuden 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 la alimentación complementaria, vacunas, desarrollo psicomotor pasan a ser las consultas más frecuentes. Estas demandas restan tiempo al profesional para la atención de otras consultas que si requieren una atención 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 tanto a los aspectos físicos, psíquicos, emocionales, culturales y espirituales.
Los grupos de iguales tienen un valor añadido muy importante al ser los propios integrantes de los propios integrantes, desde su experiencia, quienes tienen las soluciones más adecuadas a las dificultades planteadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El número de madres pertenecientes al centro que han asistido al grupo alguna vez fueron un total de 90 , de las cuales 60 han acudido a un mínimo 4 sesiones y 40 han completado el ciclo de 8 sesiones. Las encuestas se entregaban a las que completaban el ciclo de 8 sesiones, pidiéndoles que las rellenaran manteniendo el anonimato. Fueron entregadas hasta el mes de abril de 20151 30 encuestas.
¿ Los temas que se han impartido te han parecido adecuados?
Nivel 4 (n= 2) 6,66%. Nivel 5(n=28) 93,33%
¿ El tiempo dedicado a los mismos te ha parecido adecuado?
Nivel 4(n=9) 30%.Nivel 5(n=21) 70%
¿Se han explicado con la suficiente claridad?
Nivel 4 (n=2) 6,66%. Nivel 5 (n=28) 93,33%
¿Las condiciones de las salas te parecen adecuadas?
Nivel 3 (n=6) 20% Nivel 4(n=12) 40% Nivel 5(n=12) 40%.El espacio reducido de la sala es la queja expresada por las madres
¿ El horario te parece adecuado?
Nivel 3 (n=3)10%; Nivel 4 (n= 11) 36,66%; Nivel 5 (n=19) 63,33%pidiendo horario de tarde///
¿Crees que la información recibida y experiencia compartidas con otras madres te ha dado más capacidad para resolver los pequeños problemas de crianza sin la ayuda de un profesional sanitario?
Nivel 3 (n=3)10%; Nivel (n=7) 23,33%. Nivel (n=20)66,66
¿Satisfacción general de la actividad ha sido?
Nivel 4 (n=4) 13,33% Nivel 5 (n=26) 86.66

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Continuar el proyecto para llegar a más familias y así 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 profesional.Que las mujeres adquieran habilidades y conocimientos de problemas que puedan ir surgiendo resolviéndolos precozmente, pudiendo así evitar abandono temprano de la lactancia materna y conseguir una lactancia exitosa hasta que madre y bebé quieran

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El procedimiento que vamos a utilizar es la educación 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 la fiscalización del permiso por maternidad. A consecuencia de las sugerencias de las familias, puntualmente se dar charlas con temas de interés demandadas por las familias. Las responsables serán la matrona en los días centrados en la lactancia y las enfermeras de pediatría los días centrados en los cuidados del bebe. El grupo tendrá una estructura abierta, permitiendo acudir a todas las madres con sus bebes que deseen acudir

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de cuidadores que acuden al grupo un mínimo de 4 sesiones frente a la totalidad que inician el ciclo, y medir la satisfacción de la actividad mediante encuesta al terminar el ciclo
Encuesta de satisfacción:
""" Intentamos mejorar la calidad de este grupo, para ello necesitamos conocer tu opinión sobre distintos aspectos del mismo, por eso te pedimos que respondas a las siguientes preguntas y que hagas las aportaciones que te parezcan importantes para mejorarlo.
Responde en una escala de 1 al 5 donde el 5 sería muy satisfecho y 1 nada satisfecho""
Muchas gracias por tu presencia en él y tu interés
1ª ¿Los temas que se han impartido te han parecido adecuados?
1 2 3 4 5
2ª ¿ El tiempo dedicado a los mismos te ha parecido adecuado?

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 765

1. TÍTULO

ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE

1 2 3 4 5
3ª ¿Se han explicado con la suficiente claridad?
1 2 3 4 5
4ª ¿Las condiciones de las salas te parecen adecuadas?
1 2 3 4 5
5ª ¿ El horario te parece adecuado?
1 2 3 4 5
6ª ¿Crees que la información recibida y experiencia compartidas con otras madres te ha dado más capacidad para resolver los pequeños problemas de crianza sin la ayuda de un profesional sanitario?
1 2 3 4 5
7ª ¿Satifacción general de la actividad ha sido?
1 2 3 4 5
8ª ¿Añadirías algún tema a estas sesiones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio el 5 de Mayo 2015, encuentros semanales, martes 10 30-12h siguiendo calendario escolar
MANEJO PROBLEMAS MENORES EN LOS LACTANTES:Fiebre, mocos, vomitos//.TECNICA DE LACTANCIA:Extracción y manipulación de la leche //VACUNACIÓN INFANTIL//PROBLEMAS EN LA LACTANCIA:Prevención y soluciones//ACCIDENTES Y URGENCIAS EN LA INFANCIA//MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA, DURACION y DESTETE//ALIMENTACION COMPLEMENTARIA//CUIDADOS EN L

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 095

1. TÍTULO

SALUD INTEGRAL DE LAS MUJERES DE LA ZONA SANITARIA DEL RABAL. EXPERIENCIA DE TRABAJO EN GRUPO

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA JUAN GERMAN
· Profesión ..... TRABAJADOR SOCIAL
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AREVALO DE MIGUEL ELISA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL NUMERO DE MUJERES QUE TOMAN ANSIOLÍTICOS Y ANTIDEPRESIVOS EN MUY NUMEROSO; CON EL TRABAJO EN GRUPO SE INTENTA TRABAJAR LA SALUD DE UNA FROMA INTEGRAL, INTENTANDO MEJORAR LA SALUD PERCIBIDA POR EL GRUPO, UTILIZANDO OTRAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. LA SALUD PERCIBIDA POR EL GRUPO HA MEJORADO NOTABLEMENTE, HA DESCENDIDO LA FRECUENTACIÓN EN LAS CONSULTAS, ASI COMO EL CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS Y ANTIDEPRESIVOS.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MEJORAR LA SALUD DEL GRUPO PARTICIPANTE, DESCENSO DE TOMA DE MEDICACIÓN Y TRABAJAR LA AUTORRESPONSABILIDAD EN LA SALUD Y EN LA VIDA EN GENERAL

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. TALLERAS SEMANALES DE GRUPO CON UNA DURACIÓN DE UNAS DOS - TRES HORAS APROXIMADAMENTE.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NUMERO DE MUJERES EN PROGRMA
NUMERO DE CITAS DEL GRUPO A CONSULTAS
CONSUMO DE FARMACOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. CURSO ESCOLAR DE OCTUBRE DEL 2015 A JUNIO DEL 2016

11. OBSERVACIONES. TODO EL EQUIPO FORMA PARTE DEL PROYECTO DE CALIDAD, ASI COMO LAS RESIDENTES DE ULTIMO AÑO Y LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SALUD INTEGRAL
OTRA PALABRA CLAVE 2. MUJER
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 217

1. TÍTULO

IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

2. RESPONSABLE ..... EVA LACORT BELTRAN
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AREVALO DE MIGUEL ELISA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· GALLEGO ROYO ALBA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· CAMBRA SOLANS AINHOA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· AGUDO ABAD JARA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· JUAN GERMAN MARIA LUISA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ LOBERA SILVIA. MIR. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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.

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.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El estado de salud subjetiva y objetiva del grupo ha mejorado. Subjetivamente ellas han expresado que se sienten mejor, experiencias positivas de las mujeres:
- Mejoría del estado anímico.
- Mejoría de sus relaciones sociales y familiares.
- Mejoría de la autoestima.
- Mayor implicación respecto a su estado de salud

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la salud capacitando y responsabilizando a nuestras pacientes de su vida y de su salud. Conocer el impacto que ha representado en sus vidas la participación en dicho grupo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se organizarán dos grupos focales con las participantes en el grupo de empoderamiento de mujeres en octubre de 2015. Uno constituido con las participantes que hayan estado asistiendo al grupo de manera regular durante el curso anterior (un mínimo de 6 meses), y otro con las nuevas participantes. Se realizará un análisis cualitativo de los datos obtenidos con los grupos focales. Se realizará el mismo análisis al finalizar el curso (mayo 2016).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Variables a estudio:
- 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

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril 2015: los investigadores realizaron la búsqueda bibliográfica.
- Junio 2015: el investigador enviará documentación necesaria al Comité de Ética.
- Tras la resolución del Comité de Ética, el investigador solicitará 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 en octubre de 2015, realizaremos los diferentes grupos focales coincidiendo con las primeras sesiones presenciales en este primer mes de curso.
-Octubre 2015-Mayo 2016: actividades periódicas de los grupos de empoderamiento (con una frecuencia de un día a la semana)
-Mayo 2016: grupos focales
- Junio-Septiembre 2016: análisis de datos, redacción definitiva y difusión de resultados

11. OBSERVACIONES. Todo el personal del equipo perteneciente al centro de salud es colaborador en el programa: Medicina, enfermería, auxiliares, incluso el personal de limpieza; ya sea en forma de taller puntual o como

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 217

1. TÍTULO

IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

captadores de las pacientes.

Este proyecto supone una continuación al trabajo previamente realizado con el grupo de empoderamiento del C.S. Arrabal.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. 40-70 años
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 132

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PILORY EN CENTROS DE SALUD DE LOS SECTORES 1 Y 2 DE ZARAGOZA. ESTUDIO LONGITUDINAL: COHORTES RETROSPECTIVO

2. RESPONSABLE ..... LOURDES ENCISO CIRIANO
· 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.
· MERINO MONTESA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· BARTOLOME MORENO CRUZ. MEDICO/A. UNIDAD DOCENTE MF Y C Z1. ATENCION PRIMARIA
· ALFARO GARCIA-BELENGUER ELENA. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· AYUDA ALEGRE CLARA. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· CARMONA ALCAZAR MARIA DE LAS MERCEDES. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· SARDUY RAMOS CARLOS. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· SENDER MARTIN DANIEL. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La infección por Helicobacter pylori (H. Pylori) es la infección humana crónica más frecuente en el mundo, estimándose que el 50% de la población mundial está infectada por este microorganismo (bacilo gram negativo). Aunque en la mayoría de regiones del mundo la prevalencia es alta y supera esta cifra, es la influencia del nivel socioeconómico de los distintos países y la edad, los factores más determinantes en la misma.

Refiriéndonos a la situación de España, la prevalencia de infección por H. Pylori se encuentra entorno al 50-55%, posicionándose de forma intermedia entre la prevalencia de los países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo.

En los últimos años se ha producido un cambio notable en las indicaciones del tratamiento erradicador.

Los múltiples fármacos disponibles para la erradicación del H. Pylori, sus diferentes combinaciones y pautas, y las distintas estrategias de manejo de la úlcera duodenal, introducen gran variabilidad en el tratamiento de esta condición clínica tan común, lo que supone diferencias en la efectividad del tratamiento, en la accesibilidad al mismo y en el consumo de recursos asociado. Por ello, la determinación de las pautas de erradicación y las estrategias de manejo más efectivas y eficientes adquiere gran relevancia . Por todo ello se diseña este proyecto de investigación, para conocer la efectividad de los tratamientos de primera línea en la erradicación de Helicobacter pylori en los sectores 1 y 2 de Zaragoza. Hasta ahora los estudios de eficacia de las distintas pautas de tratamiento en nuestro medio proceden principalmente de Servicios Hospitalarios, no disponiendo de datos de Atención Primaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se han obtenido aún resultados, en fase de diseño.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Principal:
Conocer la efectividad de los tratamientos de primera línea en la erradicación de Helicobacter pylori en los sectores 1 y 2 de Zaragoza (triple terapia: OCA, OCM) respecto a cuádruple terapia: OBTM, OCAM)

Secundarios:
? Conocer diferencias según sexo
? Conocer diferencias según edad
? Conocer diferencias según ámbito
? Conocer diferencias según otras características del paciente (situación laboral, estado civil, patologías previas).
? Conocer efectos adversos tras el tratamiento
? Conocer costes asociados al tratamiento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tras el análisis de la situación se plantearan medidas.
Se ha previsto taller no presencial mediante spontanea (el taller será impartido por los investigadores dos y siete) y página Web en la que se dejarán protocolos de actuación y se hará seguimiento de la situación (investigadores cinco y diez).
Todos los investigadores harán estudio de campo.
Se incluirán los resultados en el protocolo: PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMEINTO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI (DEPOSITO LEGAL: Z-572-2015) y se difundirán a los sectores Zaragoza 1 y 2.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Tipo de tratamiento: cualitativa 4 categorías: triple terapia (OCA), triple terapia si alérgicos a penicilina (OCM), cuádruple terapia con bismuto (OBTM), cuádruple terapia sin bismuto (OCAM).
-Duración del tratamiento: 10 ó 14 días.
-Indicación del tratamiento: cualitativa de más de dos categorías.
-Erradicación post-tratamiento: cualitativa de dos categorías.
-Edad
-Sexo
-Ámbito

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 132

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PILORY EN CENTROS DE SALUD DE LOS SECTORES 1 Y 2 DE ZARAGOZA. ESTUDIO LONGITUDINAL: COHORTES RETROSPECTIVO

-Efectos adversos
-Costes
- Estado civil
- Patologías previas

Se solicitarán los datos a Técnico Superior de Sistemas y Tecnologías de la Información para realizar búsqueda mediante código farmacológico: triple terapia: OCA, OCM; respecto a cuádruple terapia: OBTM, OCAM desde 1-1-2010 hasta 31-12-2014.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicial del estudio: Febrero/2015
Fecha de presentación de estudio: Marzo/2015
Fecha de inicio del estudio de campo: Junio/2015
Fecha de fin del estudio de campo: Septiembre/2015
Análisis de resultados y presentación: Octubre/2015
Actividades de mejora: Noviembre-Diciembre/2015
Medición indicadores: Enero-Diciembre 2016
Fecha final del estudio: Febrero/2017

11. OBSERVACIONES. Partiendo de la peor situación posible por carecer de datos de estudios previos sobre la prevalencia real de la efectividad de la triple terapia en nuestro medio se ha estimado que el 50% son efectivas, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, precisamos un tamaño muestral para hacer inferencia de 384 pacientes para cada una de las 2 situaciones. Estratificado por sector: sector Zaragoza 2: 258 pacientes (urbano: 243 pacientes y rural 15); sector Zaragoza 1: 126 pacientes (urbano 91 pacientes y rural 35 pacientes).11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Helicobacter pylori
OTRA PALABRA CLAVE 2. Tratamiento oral
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 207

1. TÍTULO

ESTUDIO CUALITATIVO PARA CONOCER LAS OPINIONES, EXPECTATIVAS Y BARRERAS DE PACIENTES Y SANITARIOS RESPECTO AL USO DE MATERIALES PARA PACIENTES EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... DANIEL SENDER MARTIN
· 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.
· CARMONA ALCAZAR MARIA DE LAS MERCEDES. MEDICINA. C.S LA JOTA. ATENCION PRIMARIA
· SANZ SEBASTIAN SONIA. MEDICINA. C.S. ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· JUNCOSA OLIVERA DANIEL. MEDICINA. C.S. ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA GARCIA INMACULADA. SECRETARIA. UNIDAD DOCENTE AFYC SECTOR ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· MELUS PALAZON ELENA. MEDICINA. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· ARRIBAS ENTRALA BELEN. MEDICINA. C.S. ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO ALQUEZAR DIANA. MEDICINA. C.S. ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En numerosas ocasiones la comunicación médico-paciente en atención primaria se ve dificultada por diversos motivos que derivan en una disminución de la calidad asistencial, insatisfacción del paciente, falta de información, etc.

Se han realizado diferentes estudios en nuestro país para estudiar el efecto de entregar material escrito a los pacientes como el realizado para comprobar si suministrar información por escrito acerca de un procedimiento quirúrgico aumentaba la satisfacción y disminuía la ansiedad prequirúrgica y se conseguían ambas

Respecto a la adherencia podemos encontrar numerosos trabajos, internacionales y nacionales, sobre las variables que intervienen en la comunicación de las recomendaciones de salud y su efecto en la adherencia. Todas ellas concluyen que una información sencilla y comprensible es más probable que se recuerde más y que facilite la adherencia que la no que no es sencilla o resulta incomprensible para el paciente.

Con este proyecto buscamos averiguar qué dificultades se presentan, tanto para personal sanitario como para el paciente, en cuanto a transmisión de información, entendimiento de su enfermedad, etc. Así como las posibles herramientas que pudiesen facilitar esta comunicación (materiales para proteger y promover la salud, material gráfico informativo o educativo para explicar patologías o bien para explicar técnicas diagnósticas o aumentar adherencia al tratamiento).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Estudio en fase de diseño. Aún no se han obtenido resultados.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Averiguar qué dificultades se presentan en la comunicación médico-paciente en la consulta de atención primaria y qué herramientas podrían mejorar esa comunicación; con el fin de elaborar material gráfico que ayude a mejorar esa comunicación y la adherencia a estilos de vida saludables o al tratamiento por parte del paciente.

OBJETIVO PRINCIPAL:
Conocer que dificultades se presentan, tanto para personal sanitario como para el paciente, en cuanto a transmisión de información, entendimiento de su enfermedad, de pruebas diagnósticas propuestas o de un tratamiento.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:
Conocer que herramientas pudiesen facilitar esta comunicación:
-materiales para proteger y promover la salud,
-material gráfico informativo o educativo para explicar patologías
-material gráfico para explicar técnicas diagnósticas
-material gráfico para aumentar adherencia al tratamiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Todos los investigadores llevarán a cabo la captación de la población de forma activa en las consultas de atención primaria en centros de salud urbanos (C.S. La Jota, C.S. Actur Oeste, C.S. Actur Sur, CS Arrabal, CS Parque Goya y CS Actur Norte) y rurales (C. S. Zuera, C.S. Alfajarín). Se realizará invitará a participar en el estudio a pacientes de diferentes patolgías. Citándoles para formar parte de uno de los grupos. Se harán grupos de unas 10 personas cada uno, intentando que sean homogéneos por patología o procedimiento para que todos participen por igual: grupos de patología prostática, ASMA, EPOC, endoscopia. Cada investigador será responsable de un tema.
Posteriormente se seguirán captando pacientes hasta que se consiga la saturación en las variables estudiadas.

Se realizará análisis de los contenidos y finalmente redacción definitiva de los resultados (todos los investigadores)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 207

1. TÍTULO

ESTUDIO CUALITATIVO PARA CONOCER LAS OPINIONES, EXPECTATIVAS Y BARRERAS DE PACIENTES Y SANITARIOS RESPECTO AL USO DE MATERIALES PARA PACIENTES EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Se organizarán los textos mediante etiquetas y se clasificarán en categorías o conceptos. (todos los investigadores)
Se realizará análisis de contenido (todos los investigadores)

Tras el análisis de la situación se plantearan medidas (todos los investigadores). Se ha previsto diseñar conjuntamente sanitarios y pacientes los materiales dirigidos a pacientes y una página Web en la que se dejarán los materiales diseñados para sanitarios y para pacientes (todos los investigadores). Se realizará taller no presencial mediante spontanea para dar a conocer los materiales a los sanitarios (el taller será impartido por los investigadores tres y cuatro) y la página Web en la que se dejarán (investigadores uno y dos).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -personal sanitario que accede a página Web y se descarga los contenidos
-personal no sanitario que accede a página Web y se descarga los contenidos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril 2015: los investigadores realizaron la búsqueda bibliográfica.
- Junio 2015: el investigador enviará documentación necesaria al Comité de Ética.
- Tras la resolución del Comité de Ética, el investigador solicitará 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.
- Agosto-Noviembre 2015: Estudio de campo: los investigadores llevararán a cabo la captación y se les citará para realizar estudio en grupos.
- Noviembre-Diciembre 2015:análisis y redacción resultados
- Enero- Marzo 2016: creación de los materiales dirigidos a pacientes y de la página web en la que se dejarán protocolos de actuación y materiales para sanitarios
- Junio-Septiembre 2016: análisis de datos, redacción definitiva y difusión de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 296

1. TÍTULO

INTERVENCION SANITARIA MULTIDISCIPLINAR PARA MINIMIZAR LAS COMPLICACIONES DEL PIE DIABETICO

2. RESPONSABLE ..... ANA SILVIA GIMENEZ BESCOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LUNA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLER ABADIAS ROSA MARIA. ENFERMERO/A. CS LUNA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARTINEZ DE ZABARTE LOSCERTALES FERNANDO. MEDICO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA
· PILACES LAMBAN MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR GIMENEZ RAMON. MEDICO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA
· ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA. ENFERMERO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA
· MANJON DOMINGUEZ MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS LUNA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ABADIA PARDO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS LUNA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El pie diabético constituye un grave problema de salud, que provoca grandes repercusiones socioeconómicas, alterando la calidad de vida del paciente. Nuestro proyecto de mejora de la calidad se justifica en:
- Los problemas que ocasiona a la salud de los individuos y su calidad de vida.
- Prevalencia e incidencia muy elevadas
- Elevada repercusión social
- Cuidados y tratamientos muy especializados, con la consiguiente repercusión económica.

Ante el aumento de la población diabética y con el fin de evitar las complicaciones asociadas a esta patología, en el CS de Luna, nos planteamos realizar un cribado exhaustivo del pie del paciente diabético, con el propósito de adiestrar en prevención y cuidado de los mismos, para prevenir complicaciones asociadas.
Debido a que nuestra población está envejecida nos encontramos con pacientes que debido a su edad y las dificultades físicas que eso conlleva, no se realiza un adecuado cuidado de los pies.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Los pacientes incluidos en el programa tendrán los conocimientos necesarios para realizar los cuidados específicos del pie diabético.
- Demostrarán actitudes y aptitudes positivas.
- Serán capaces de reconocer signos de alarma ante una complicación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación del grupo de mejora
- Las actividades serán llevadas a cabo en el CS de Luna
- Elaboración de cuestionario, para evaluar conocimientos previos a la intervención.
- Elaboración encuesta de satisfacción
- Elaboración de material didáctico, que se entregara a los pacientes incluidos en el programa
- Valoración pie diabético acompañado de educación sanitaria. La valoración incluye:

Inspección (Higiene, coloración, cuidado pies y uñas, uso correcto calzado, callosidades, deformaciones, úlceras y/o gangrenas)
Exploración vascular. Ambos pies (Temperatura, pulso pedio y tibial)
Índice tobillo-Brazo
Exploración neurológica. Ambos pies (sensibilidad vibratoria, táctil y térmica, Reflejos aquileos
- Difusión cuestionario para valorar conocimientos tres meses después de la intervención.
- Difusión encuesta de satisfacción
- Análisis de resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº Pacientes atendidos/ Nº pacientes diabéticos x 100
- Nº pacientes incluidos en el programa que se les entrega el material didáctico. (100 %)
- Nº Pacientes conocen cuidado pie diabético/ Pacientes incluidos programa x100 (95%)
- Nº pacientes que se muestran satisfechos con la intervención (95

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: Mayo 2015- Mayo 2016
Creación grupo mejora: Mayo 2015
Elaboración cuestionarios y material didáctico: Mayo-Junio 2015
Implementación difusión: Junio 2015 Fin: Marzo 2016
Encuestas evaluación: Al inicio de la actividad y tres meses después de la intervención.
Análisis de indicadores: Abril 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 296

1. TÍTULO

INTERVENCION SANITARIA MULTIDISCIPLINAR PARA MINIMIZAR LAS COMPLICACIONES DEL PIE DIABETICO

OTRA PALABRA CLAVE 1. pie diabético
OTRA PALABRA CLAVE 2. complicaciones
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 295

1. TÍTULO

IMPACTO DE UNA INTERVENCION ENFERMERA EN EDUCACION PARA LA SALUD EN UN CENTRO EDUCATIVO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAN JUAN SARALEGUI MARIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SORO LORENTE CINTIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ALERGOLOGIA
· COBOS MALO ELISA. ENFERMERO/A. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON. URGENCIAS Y EMERGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La salud y los primeros auxilios forman parte de los contenidos incluidos en el currículo de la ley educativa actual. Debido al rol de la enfermera comunitaria en educación para la salud y siguiendo las Directrices de las Líneas Estratégicas del salud 2012-2015 (1.4 y 11.3),se han llevado a cabo las actividades propuestas en el proyecto de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la calidad en el Servicio Aragonés de Salud(2014), titulado: “Impacto de una acción formativa de primeros auxilios en alumnos de 6º de Educación Primaria(EP) mediante pedagogía activa”, con los resultados reflejados en el punto 5 de este documento.
Se detecta que la enfermera comunitaria, como personal de referencia, puede incidir en temas de salud, incluidos en contenidos académicos, por lo que ampliamos nuestra intervención.
Además, tras analizar los resultados, es necesario reincidir en algunos contenidos, para alcanzar los estándares propuestos (95%).
El centro educativo solicita ampliar conocimientos en cuanto a hábitos alimenticios (hábitos saludables, posibles enfermedades…), para alumnos de 5º EP, así como en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazos…para alumnos de 3º ESO y primeros auxilios a alumnos de 5ºEP y 2ºESO y 4º ESO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Cabe destacar la buena acogida del proyecto tanto por parte de los alumnos como del profesorado.
En todo momento buscamos y conseguimos una actividad participativa y colaboradora, con una actitud hacia el interés y la curiosidad.
Para analizar los resultados vamos a proceder al análisis de los indicadores.
1. Se incluyen 102 alumnos y se les realiza el mismo cuestionario previo y posterior. Todos los cuestionarios están bien cumplimentados. El cuestionario está compuesto por 13 preguntas, con tres opciones de respuesta, siendo sólo una de ellas correcta
2. Para valorar la efectividad de la intervención educativa, se lleva a cabo el análisis de los resultados, mediante el paquete estadístico SPSS 15.0
Se corresponde con los Indicadores 3-15.
El grado de significación para establecer la efectividad de la acción formativa en cada ítem sería p<0,01.
Vamos a comparar los estándares marcados con los resultados obtenidos:

	ESTANDAR	RESULTADO
INDICADOR 1	100%	100%
INDICADOR 2	95%	100%
INDICADOR 3	95%	63,7%
INDICADOR 4	95%	96,07%
INDICADOR 5	95%	84,3%
INDICADOR 6	95%	98%
INDICADOR 7	95%	93,1%
INDICADOR 8	95%	89,2%
INDICADOR 9	95%	86,2%
INDICADOR 10	95%	91,1%
INDICADOR 11	95%	96%
INDICADOR 12	95%	99%
INDICADOR 13	95%	59,8%
INDICADOR 14	95%	94,1%
INDICADOR 15	95%	99,01%
INDICADOR 16	95%	100%
INDICADOR 17	95%	95%
INDICADOR 18	95%	100%
INDICADOR 19	95%	100%

Como se observa en la tabla anterior, en seis de los indicadores no se han alcanzado los estándares previstos, lo que nos lleva a reflexionar y programar una nueva intervención, para el curso escolar 2015-2016.
El resultado del indicador 13, que hace referencia a constantes vitales, nos lleva a plantearnos la posibilidad de modificar la pregunta 11 en el cuestionario, ya que sus opciones de respuesta son largas, lo que podría influir negativamente en el resultado.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Alcanzar los estándares establecidos en materia de primeros auxilios.
- Reconocer los grupos de alimentos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 295

1. TÍTULO

IMPACTO DE UNA INTERVENCION ENFERMERA EN EDUCACION PARA LA SALUD EN UN CENTRO EDUCATIVO

- Introducir hábitos de vida saludables.
- Identificar situaciones que requieran dietas especiales.
- Reconocer conductas sexuales de riesgo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Componentes del grupo de mejora (RM Soler Abadías, M San Juan Saralegui, C Soro Lorente y E Cobos Malo)
- Incidencia en el mismo colegio. (todas)
- Elaboración de cuestionarios para evaluar conocimentos teóricos y prácticos. (todas)
- Elaboración de material didáctico, para cada una de las áreas a incidir. (todas)
- Difusión cuestionario previo a la actividad. (todas)
- Desarrollo de actividades teóricas y simulacros de actuación. (todas)
- Difusión cuestionario de evaluación posterior a la actividad. (todas)
- Análisis de resultados. (todas)
- Reintervención en los alumnos de 1º ESO, para afianzar contenidos y posterior evaluación.(todas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En materia de primeros auxilios y para reevaluar lo conseguido hasta el momento:
-Comparativa con los resultados previos obtenidos
Indicador para alumnos de 5ºEP
- Nº alumnos reconocen grupos alimentos/total alumnos x100(95%)
-Nº alumnos identifican situaciones especiales de alimentación dietas / total alumnos x 100(95%)
Indicador para alumnos de 3º ESO
-Nº alumnos conocen prevención enfermedades trasmisión sexual/ total alumnos x100(95%)
-Nº alumnos que conocen métodos anticonceptivos/ Nº total alumnos x100 (95%)
Indicadores para las intervenciones formativas en primeros auxilios (5º EP, 2º ESO y 4º ESO)
Nº alumnos conocen actuación en primeros auxilios/ total alumnos x100. (95

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: Desde Mayo 2015 hasta Mayo 2016
Creación grupo mejora: Mayo 2015
Centro educativo: Colegio Cristo Rey. Escolapios. Zaragoza
Implementación y difusión: Mayo 15- Diciembre 15
Evaluación y análisis de indicadores: Enero 2016
Reintervención si fuese necesaria: Abril- Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. escolares

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. prevención
OTRA PALABRA CLAVE 2. promocion salud
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 033

1. TÍTULO

NUEVOS CRITERIOS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE DE MAS DE 6 MESES, ACTUALIZACION DE PAUTAS EN EL EQUIPO DE PEDIATRIA DEL CS PARQUE GOYA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GOMEZ GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PALACIN GONZALEZ MARIA LOURDES. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GUIRADO GIMENEZ FERNANDO. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· LEZCANO URIEL JUDITH. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO ARTEAGA EVA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El año 2014, en nuestro centro de salud , hubo cambios en el personal del servicio de pediatria tanto de enfermeria como de pediatria, y se detectaron distintas formas de iniciar la alimentacion complementaria en el niño de 6 meses, con 2 formas muy diferentes de introducir los alimentos, siguiendo las recomendaciones del "baby led Weanin" ó alimentacion sin triturar dirigida por el niño , y la clasica introduccion de alimentos triturados paso a paso.
Hemos creido conveniente unificar criterios y establecer unas recomendaciones semejantes entre todos los miembros del equipo de pediatria del c.salud parque goya

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar hojas de alimentacion complementaria del lactante acordes a las recomendaciones actuales y consensuadas por todo el equipo de pediatria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-reunion equipo de pediatria(puesta en comun de diferentes propuestas)
2-revision bibliografica , pros y contras de las diferentes propuestas
3-elaboracion de nuevas recomendaciones consensuadas para la alimentacion complementaria del lactante a partir de los 6 meses
4-coordinacion con matrona y grupo de lactancia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-se ha realizado reunion equipo de pediatria (Si/NO)
2-Se han elaborado nuevas hojas de alimentacion complementaria consensuadas (SI/NO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -inicio mayo 2015- actividades 1 y 2
FInalizacion Septiembre 2015 -actividades 3 y 4

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 162

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... CARMEN FIGUERAS ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLAMAYOR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LLANOS CASADO MARGARITA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BENAVIDES MORAZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· OLAGUE VIDAL ANTONIO. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· QUILES PAESA LUZ. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· ASENSIO CASORRIN CONCHITA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ LOPEZ MARINO. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· MARZAL GALINDO MARISOL. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Identificar y seleccionar problemas u oportunidades de mejora:
-Favorecer la atencion urgente.
-Mejorar el control y la seguridad de los medicamentos.
-Evitar la variabilidad del material de urgencias, de los maletines y condiciones climatológicas.
- Garantizar la continuidad de la atencion. Minimizar LAS INCIDENCIAS.
-MEJORAR LA EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LAS Urgencias y maletines de urgencias del eap y consultorios, via aerea y via venosa.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Una poblacion
-% Disminución de caducados 35% a 3%
- numero de ausencias de medicamentos 0
- numero de incidencias de 1 a 0

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el control del material de urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Revision con hojas de registro de las de las ausencias.de las caducidades y de patologias prevalentes urgentes.
- Sesiones docentes.
-Responsables los que intervienen en plan de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -numero de medicamentos caducados.
-numero de medicamentos ausentes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Cada 3 meses reunión.
-Cada mes entrega hojas de registro.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Urgencias
OTRA PALABRA CLAVE 2. Centro de salud
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 125

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA EXPLORACION DEL PIE EN EL PACIENTE DIABETICO I

2. RESPONSABLE ..... 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.
· MALUMBRES JUARROS PEDRO. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MUÑOZ PILAR. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· DE MINGO LOS MOZOS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· CLUA BALDELLOU CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Diabetes Mellitus es un grave problema de salud a nivel mundial; afecta aproximadamente al 5% de la población y se espera que este porcentaje vaya en aumento a medida que aumenta el envejecimiento de la población.
Una de las complicaciones más invalidantes de la enfermedad es la úlcera, resultado final de una serie de alteraciones neuropáticas o vasculares.
La Prevalencia de polineuropatía diabética en España es del 22 %, incrementándose con la edad del paciente. Está presente en el 14,2% de los pacientes con diabetes de menos de 5 años de evolución, y en más del 40% a los 10 años.
El riesgo de aparición de úlceras en los pies es 3 veces mayor en los pacientes con diabetes afectados de polineuropatia, comparado con los pacientes sin esta complicación.
Un elevado número de pacientes tienen alteraciones vasculares acompañantes; la mitad de las amputaciones de extremidades inferiores por isquemia se producen en pacientes diabéticos.
La prevalencia de úlceras varía, según el sexo y la edad, entre el 2,4 % y el 5,6%. Al menos un 15 % de los diabéticos padecerá durante su vida ulceraciones en el pie y alrededor del 85% de los diabéticos que sufren amputaciones, previamente habían padecido una úlcera.
Todo ello supone un elevado coste en sufrimiento, muerte y económico, por lo que una detección temprana de estas afecciones resulta del mayor interés.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha impartido formación a los profesionales sanitarios del Centro de Salud Picarral, médicos y enfermera mediante 4 sesiones de formación teórico práctica centrada en la exploración clínica del pie, con especial hincapie en la vertiente neurológica y en la vascular.
Se ha conseguido el material necesario del que no disponíamos con ayudas de financiación externas.
No se han podido realizar análisis estadísticos de la actividad realizada hasta el momento, pacientes explorados, pacientes con patologia detectada, pacientes derivados a espcialidades, porque todavía no se han recibido los datos solicitados a CAU.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tener las bases necesarias, tanto en conocimientos como en material, para realizar la exploración de pies a pacientes diabéticos y poder detectar de forma precoz a los pacientes con alto riesgo de sufrir complicaciones.
Capacitar a los profesionales para realizar una anamnesis completa y detallada de los pies en el paciente diabético.
Conocer las exploraciones a realizar en todo paciente diabético, así como los útiles clínicos para llevarla a cabo.
Identificar a los pacientes con pie de riesgo moderado – alto
Educación sanitaria del paciente y/o cuidadores para la adecuado vigilancia y cuidado de los pies.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Revisión del protocolo existente
2. Formación de los profesionales implicados, mediante la implantación de sesiones clínico-prácticas.
3. Establecer criterios de derivación a consulta médica y especializada
4. Elaboración de tríptico sobre el cuidado de los pies, para entregar a los pacientes diabéticos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de pacientes estudiados sobre el total de diabéticos
2. Porcentaje de sospecha de patología vascular detectada
3. Porcentaje de sospecha de patología neurológica detectadas
4. Porcentaje de pacientes con úlcera detectada
5. Porcentaje de pacientes portadores de calzado inadecuado
6. Porcentaje de pacientes derivados a consulta especializada

Revisión del protocolo:
1. Cada 2 años
2. Cuando precise adaptación a la evidencia científica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Año 2015:
1.- Detección y registro de pacientes con úlcera vascular y/o neuropática.
2.- Detección de pacientes portadores de calzado inadecuado
3.- Implantación del tryptico para el cuidado del pie diabético

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 125

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA EXPLORACION DEL PIE EN EL PACIENTE DIABETICO I

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 462

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LABARTA MANCHO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PINA GADEA MARIA BELEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 2. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· ALONSO LOPEZ CRISTINA. MEDICO DE FAMILIA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· GRACIA MOLINA MARIA JOSE. MEDICO DE FAMILIA. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· SARSA GOMEZ ANA MARIA. MEDICO DE FAMILIA. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PEMAN MUÑOZ MARIA TERESA. MEDICO DE FAMILIA. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ RUBIO FRANCISCA. MEDICO DE FAMILIA. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· PINILLA LAFUENTE MARINA. MEDICO DE FAMILIA. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Noviembre de 2012 el Servicio Aragonés de Salud publicó el "Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedicado", con el fin de dotar a los profesionales sanitarios de herramientas que permitan la revisión estructurada y sistemática de los tratamientos farmacológicos, como medidas para mejorar la seguridad, la adherencia terapéutica, la efectividad y la eficiencia de la terapia farmacológica.
Para facilitar la revisión clínica de la medicación se diseñó un formulario que recoge para cada paciente polimedicado los diagnósticos, y fármacos asociados junto con las recomendaciones de medicación inapropiada en los ancianos basadas en los criterios STOPP (publicados en 2008) y Beers (publicados en 2012).
En octubre de 2014 se publicó la versión 2 de los criterios STOPP1. Se ha considerado necesario trasladar esta actualización a las recomendaciones incluidas en el formulario del programa.
1. O'Mahony D, O'Sullivan, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age and Ageing 2014; 0: 1–6. doi: 10.1093/ageing/afu145

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Traducir y adaptar los criterios STOPP publicados en 2014 para su inclusión en los formularios de pacientes ancianos polimedicados remitidos a los profesionales de atención primaria como herramienta facilitadora para la revisión clínica de la medicación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión del listado de criterios STOPP-2008 y actualización según la publicación de 2014.
- Relacionar cada criterio STOPP-2014 con los códigos ATC de los medicamentos afectados.
- Reuniones del Grupo de Mejora, con la participación de los médicos, para elaborar las recomendaciones en lenguaje sencillo y directo de forma que resulte más útil y práctico para la revisión de la medicación por los médicos de atención primaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Listado de criterios STOPP actualizado según la versión 2.
- Porcentaje de criterios STOPP revisados y adaptados según la versión 2.
- Porcentaje de formularios de polimedicados con los criterios adaptados a la versión 2

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración prevista: Un año

- Fecha de inicio: Enero 2015
- Búsqueda bibliográfica: Febrero 2015
- Traducción y adaptación de los criterios: Marzo-Mayo 2015
- Revisión de los códigos ATC afectados por los criterios: Mayo 2015
- Inclusión de los criterios en el formulario del anciano polimedicado: Junio 2015
- Adaptación del formulario en función de las sugerencias de los profesionales recogidas en el grupo de trabajo: Junio-Diciembre 2015.
- Reuniones del grupo de trabajo: Enero-Diciembre 2015

11. OBSERVACIONES. El grupo de trabajo está constituido por médicos de familia y farmacéuticos de Atención Primaria de los sectores sanitarios de Zaragoza I, Zaragoza II y Zaragoza III.11. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD DEL PACIENTE

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Polimedicados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 462

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 020

1. TÍTULO

DIGITALIZACION CONSENTIMIENTOS RADIOLOGIA EN EL CME GRANDE COVIAN

2. RESPONSABLE ..... MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· 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
· VALDEZATE GONZALEZ MARIANO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ASCASO VILLAGRASA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GORRINDO NAVARRO ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Radiología dejó de generar placas físicas en nuestro Sector hace dos años, y nos hacen llegar al Servicio de Documentación Clínica y Archivos los Consentimientos informados de pruebas especiales con la firma del paciente y del médico que la ha realizado.
En los tres Servicios de Documentación Clínica del Sector I vamos a escanear y guardar cada documento en una zona privada de Intranet, con posibilidad de acceso y búsqueda en el momento que se necesite.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es avanzar hacia la Historia Clínica Electrónica, "sin papel".

La plantilla del Servicio de Documentación Clínica y Archivos tiene que adaptarse a los cambios tecnológicos de nuestro tiempo, y pensamos que la digitalización es el futuro de las Historias de papel.

Invertiremos el tiempo de archivar físicamente en la historia en la consecución de un documento digital, de fácil acceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En estos momentos, ya tenemos la infraestructura necesaria para realizarlo en cada centro. Hemos creado una carpeta de Archivos para que los documentos se escaneen en ella.
El personal administrativo nombrará uno a uno cada Consentimiento con el Número de Historia del paciente y la fecha del mismo.
El responsable de cada Centro se encargará diariamente de subir los documentos a la carpeta privada que tenemos en Intranet y de buscar, dar permisos o imprimir lo que se necesite.
Responsables: En C.M.E. Grande Covián Mariano Valdezate González, en Hospital Royo Villanova Mª Purificación Lorente Gordo y en Hospital Nuestra Señora de Gracia Antonio Blasco Jiménez.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % DIGITALIZACIÓN DE CONSENTIMIENTOS DE RADIOLOGÍA ATRASADOS DESDE ENERO 2015.

A PARTIR DE JULIO: % DE CONSENTIMIENTOS DE RADIOLOGÍA DIGITALIZADOS RECIBIDOS POR SEMANA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo: puesta a punto de infraestructura en cada centro, ordenación de los consentimientos recibidos desde primeros de año, separando los que no están firmados por no tener validez.
Comenzamos la digitalización de los consentimientos por orden de fecha, desde Enero de 2015.

A partir de Julio: Llevaremos la digitalización al día, lo incluimos en las tareas diarias de la plantilla.

Noviembre: valoración del objetivo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 022

1. TÍTULO

HACIA LA CERTIFICACION DEL SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS DE C.M.E. GRANDE COVIAN

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.
· LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE ARCHIVOS
· PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. SERVICIO DE ARCHIVOS
· TENA TOMAS MARIA FELISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. SERVICIO DE ARCHIVOS
· ASCASO VILLAGRASA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. SERVICIO DE ARCHIVOS
· RAMOS D'ANGELO FERNANDO. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. UNIDAD DE CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Servicio existían manuales de trabajo realizados en 2012. El año pasado plantemos realizar una actualización de los existentes, crear nuevos protocolos de trabajo e intentar conseguir una certificación del Servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En 2014 se ha hecho la actualización del 100% de los protocolos de trabajo existentes y se ha creado una parte de los nuevos necesarios.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En 2015 el objetivo es crear todos los protocolos que nos faltan y solicitar la certificación del Servicio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar, seguimos creando los protocolos que nos faltan.

Fernando Ramos y Mª Purificación Lorente, responsables de la parte técnica del proyecto, tendremos reuniones con personal experto en ISO, para que nos dirija y asesore en los pasos a seguir .

(El responsable del proyecto ha cambiado, por tener otro solicitado la persona del año pasado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % PROTOCOLOS EN OCTUBRE

% PROTOCOLOS APROBADOS A 15 DE DICIEMBRE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Hasta Octubre: finalización de protocolos

Hasta Diciembre: aprobación y solicitud de certificación

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 696

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ARBONA CAMPOS
· 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. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· BIBIAN GETINO CLARA MARIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· LETOSA BOLEA MARIA VICTORIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· SANCHO GINER MARIA ISABEL. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de Geriatría del Hospital Nuestra señora de Gracia, en su cartera de servicios, incluye el nivel asistencial HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO.
La recuperación funcional después de cada proceso agudo de distinta causa es nuestro objetivo de mejora.
El HDG en 2013 atendió a 164 nuevos pacientes, generando 4358 estancias y una asistencia media de 27 sesiones por paciente, desde una perspectiva multidisciplinar.
La edad media de los pacientes del HDG es de 83 años y al ingreso el Indice de Barthel es inferior a 45 puntos en más de la mitad de los casos,polimedicado y sin deterioro cognoscitivo significativo, siendo en más de la mitad de los casos la procedencia desde las Unidades de Hospitalización del Servicio de Geriatría.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Cuantificar el número de estancias necesarias,especificando el tipo.-Descirbir el candidato idóneo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Número de estancias,sesiones de rehabilitación y de terapia ocupacional.
-Cuantificar la recuperación funcional.
-El impacto social y personal.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Índice de Barthel.
- Número de estancias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde abril del 2015 hasta Diciembre del 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ancianos sanos y frágiles

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 279

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE CITACIONES Y COORDINACION DEL PROGRAMA AMBULATORIO DE SEGUIMIENTO EN CONSULTAS EXTERNAS DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (UTCA) DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

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.
· MUÑOZ CALVO MERCEDES. PSICOLOGO/A CLINICO. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· PAUMARD OLIVAN CESAR. PSIQUIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· SORO RAMIA PILAR. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H NTRA SRA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
· MANSILLA ARNAL ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. CITACIONES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las consultas externas de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del H. Ntra. Sra. De Gracia, unidad de referencia para este tipo de trastornos en población adulta en Aragón, son atendidas por un equipo de profesionales (enfermera de salud mental, psicóloga, psiquiatra) que realizan el seguimiento de pacientes complejos que requieren un tipo de atención multidisciplinar en equipo y coordinada con otros profesionales de otros hospitales. Los pacientes acuden a consultas programadas de los distintos profesionales siendo necesaria la atención programada y en ocasiones la atención urgente o preferente ante situaciones de crisis (ideación autolítica). La procedencia de los mismos es variada al ser derivados los pacientes en este momento desde el ámbito de la atención primaria, especializada y otros recursos asistenciales de la salud mental (hospitalización completa o de día, grupos de terapia ambulatorios). La coordinación de las citas entre los distintos profesionales es imprescindible si se quiere facilitar la adherencia al tratamiento, continuidad asistencial y una respuesta rápida ante situaciones de crisis (autolesiones, ideas de suicidio, descenso brusco del IMC y riesgo vital). La accesibilidad al sistema de citas y el cambio de las mismas es necesariasiempre, pero más en este caso, al tratarse de pacientes de distinta procedencia geográfica que precisan desplazamientos desde puntos lejanos. Se trata de optimar los mismos ya que además de a nuestra consultas, los pacientes requieren seguimiento de otros especialistas que no se encuentran en nuestro hospital (endocrinología, digestivo, medicina interna, cirugía bariátrica).
El programa informáticos de citas utilizado en la actualidad no permite tener una visión directa por parte de los profesionales de la situación a medio y largo plazo de la agenda de consultas, que se encuentra saturada para revisiones, lo que repercute negativamente sobre la planificación y distribución de recursos de la Unidad.
El proyecto repercutiría positivamente en la optimización de las citas, satisfacción de los paciente que verían mejorada la accesibilidad a la información y cambio de citas así como la coordinación de las distintas consultas a las que acuden, y de los profesionales que verían rentabilizado su tiempo y calidad de la asistencia ofrecida.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Disminución del número de citas perdidas por imposibilidad del paciente para cambiarlas o la cita no llegó en tiempo y forma
-Mejora de la distribución temporal de citas, coordinando la atención enfermería-psicología-psiquiatría en función de la necesidad del caso
-Incremento de la satisfacción del paciente al ajustarse la cita solicitada a sus necesidades personales, disminuyendo el tiempo de trabajo o estudios perdido debido a su asistencia a consultas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.1.- Reunión al menos con carácter bimensual del equipo de calidad que definirá acciones concretas en los siguientes puntos: responsable: Juan Manuel Bernad Polo (responsable del grupo)
- Adecuación del sistema informático de citaciones: posibilidades de cambio o mejora. Optimización del actual en la gestión de las agendas de los profesionales. Responsable: Isabel Mansilla Arnal
- Definición del circuito de primeras citas para los distintos profesionales y coordinación de las mismas. Responsable: Pilar Soro Ramia
- Planificación de citas de seguimiento en función de los requerimientos del paciente y la necesidad de atención por parte de uno o varios miembros del equipo. Responsable : Mercedes Muñoz Calvo
- Acciones de mejora en la accesibilidad de los pacientes al servicio de citaciones, bien sea de forma telefónica o presencial. Responsable: Isabel Mansilla Arnal

7.2 .- Encuesta a pacientes diseñada al efecto para detectar necesidades sentidas por los mismos en lo referido a la programación de citas. Responsable: César Paumard Oliván

7.3.- Encuesta de satisfacción dirigida a pacientes que se realizará al finalizar el año y que recogerá las acciones de mejora realiza. Responsable: Juan Manuel Bernad Polo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Registro del número de peticiones en las que el paciente solicita cita directamente a los profesionales, manifiesta queja por no haber recibido cita tal como se había planificado (demandas presenciales o telefónicas) o no pudo cambiar la cita a tiempo. Se diseñará hoja de registro para anotar las distintas incidencias diarias.
-Registro de casos de primer día que han sido citados de forma errónea (diferenciando motivos: no ha seguido circuito completo, no se dispone de informe de derivación, etc.). Hoja de registro diseñada específicamente.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 279

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE CITACIONES Y COORDINACION DEL PROGRAMA AMBULATORIO DE SEGUIMIENTO EN CONSULTAS EXTERNAS DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (UTCA) DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

-Porcentaje de pacientes que manifiestan satisfacción en lo referido a programación de consultas y citaciones (de forma global y en los distintos ítems). Análisis de las encuestas a usuarios.
-Autoevaluación de los profesionales del equipo sobre la satisfacción subjetiva sobre la organización de la programación de consultas y sistema de citaciones. Cuestionario específico que se pasará en la primera y última reunión del equipo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración será de un año. La primera reunión tendrá lugar en el mes de junio y posteriormente, al menos, con carácter bimensual. Se tomará acta de cada una de las reuniones, realizando una memoria transcurrido un año, valorando en ese momento la conveniencia de prolongar o no el grupo de trabajo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. trastornos de la conducta alimentaria

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

CONCILIACION TERAPEUTICA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ENTORNO HOSPITALARIO. MEJORANDO LA RECETA ELECTRONICA

2. RESPONSABLE ..... CLARA MARIA BIBIAN GETINO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· CANOVAS PAREJA CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICO
· REBOLLAR TORRES ELENA. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA
· ARBONA CAMPOS MARIA PILAR. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· VARGAS ALATA LURDES. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La introducción de la receta electrónica en el Servicio Aragonés de Salud en mayo de 2013, está resultando muy útil para nuestra labor asistencial; nos permite conocer el proceso farmacoterapéutico en los pacientes atendidos en el Sistema de Salud de Aragón.
Hasta entonces, teníamos dificultad para conocer con exactitud la historia farmacológica de nuestros pacientes, duración de los tratamientos y posible duplicidad de los mismos. Su puesta en marcha ha supuesto un avance en la relación entre atención primaria y especializada, mejorando así el control y seguimiento de la prescripción.
Sin embargo, son muchos los puntos a mejorar todavía pues continúan existiendo dificultades y errores, por ejemplo en la actualización terapéutica tras el alta médica en hospitalización.
En Geriatría, y en la atención a ancianos desde todos los ámbitos, hay pacientes con pluripatología, comorbilidad severa, y, por tanto, polimedicación, en muchas ocasiones extrema, entendiendo como tal la que incluye 10 o más fármacos prescritos.
Este hecho plantea la conveniencia de un mejor y mayor control de la prescripción y su seguimiento en esta población, pues son objeto de errores de administración, prescripciones potencialemnte inadecuadas, duplicidad de fármacos y acontecimientos adversos, con gran impacto económico y sanitario.
En la transición del paciente desde el hospital a su domicilio y desde el domicilio hasta el hospital, en otras palabras, entre Atención Primaria y Especializada y en la población geriátrica siguen habiendo importantes oportunidades de mejora que pueden facilitar el uso adecuado de los medicamentos.
El objetivo de este proyecto de mejora es mejorar la conciliación farmacológica, disminuir la medicación inapropiada y evitar efectos adversos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminución de prescripción potencialmente inadecuada.
- Detección de duplicidad farmacológica.
- Revisión de la historia clínica electrónica al mes del alta hospitalaria para valorar la concordancia entre tratamientos según la receta electrónica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza.
- Revisión del tratamiento farmacológico aportado por el paciente o sus cuidadores así como el registrado en la historia clínica electrónica mediante receta electrónica.
-Detección al ingreso de problemas relacionados con la medicación (PMR). (polimedicación, duplicidad de principio activo, prescipción potencialmente inadecuada, concordancia entre tratamiento del paciente y receta electrónica).
- revisión al mes del alta hospitalaria del tratamiento ambulatorio de los pacientes. Detección de PMR. (polimedicación, duplicidad de principio activo, prescipción potencialmente inadecuada, concordancia entre paciente y receta electrónica).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes con problemas relacionados con la medicación (al ingreso y al alta):
- polimedicación.
- duplicidad principio activo.
- prescripción potencialmente inadecuada.
- no concordancia entre receta electrónica y tratamiento habitual del paciente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: 1 de septiembre de 2015 al 30 de noviembre de 2015. Inclusión de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría. Recogida de datos mediante ficha control. Revisión de historia clínica electrónica y receta electrónica. Evaluación al mes del alta hospitalaria de tratamiento ambulatorio de los pacientes, objetivando la concordancia o no existente entre tratamiento pre y post hospitalización.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Polimedicados

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

CONCILIACION TERAPEUTICA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ENTORNO HOSPITALARIO. MEJORANDO LA RECETA ELECTRONICA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 038

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS DE RADIOLOGIA EN EL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA

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
· GASCON VARGAS MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· TRIGO ALCAY SILVIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· TOBAJAS AZUARA EDUARDO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RUBIO ORGA ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CASAOS ROLLAN EMILIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Radiología dejó de generar placas físicas en nuestro Sector hace dos años, y nos hacen llegar al Servicio de Documentación Clínica y Archivos los Consentimientos informados de pruebas especiales con la firma del paciente y del médico que la ha realizado.
En los tres Servicios de Documentación Clínica del Sector I vamos a escanear y guardar cada documento en una zona privada de Intranet, con posibilidad de acceso y búsqueda en el momento que se necesite.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es avanzar hacia la Historia Clínica Electrónica, "sin papel".

La plantilla del Servicio de Documentación Clínica y Archivos tiene que adaptarse a los cambios tecnológicos de nuestro tiempo, y pensamos que la digitalización es el futuro de las Historias de papel.

Invertiremos el tiempo de archivar físicamente en la historia en la consecución de un documento digital, de fácil acceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En estos momentos, ya tenemos la infraestructura necesaria para realizarlo en cada centro. Hemos creado una carpeta de Archivos para que los documentos se escaneen en ella.
El personal administrativo nombrará uno a uno cada Consentimiento con el Número de Historia del paciente y la fecha del mismo.
El responsable de cada Centro se encargará diariamente de subir los documentos a la carpeta privada que tenemos en Intranet y de buscar, dar permisos o imprimir lo que se necesite.
Responsables: En C.M.E. Grande Covián Mariano Valdezate González, en Hospital Royo Villanova Mª Purificación Lorente Gordo y en Hospital Nuestra Señora de Gracia Antonio Blasco Jiménez.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % DIGITALIZACIÓN DE CONSENTIMIENTOS DE RADIOLOGÍA ATRASADOS DESDE ENERO 2015.

A PARTIR DE JULIO: % DE CONSENTIMIENTOS DE RADIOLOGÍA DIGITALIZADOS RECIBIDOS POR SEMANA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo: puesta a punto de infraestructura en cada centro, ordenación de los consentimientos recibidos desde primeros de año, separando los que no están firmados por no tener validez.
Comenzamos la digitalización de los consentimientos por orden de fecha, desde Enero de 2015.

A partir de Julio: Llevaremos la digitalización al día, lo incluimos en las tareas diarias de la plantilla.

Noviembre: valoración del objetivo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 147

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS EN FASE AGUDA DESDE EL INGRESO HOSPITALARIO AL ALTA

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
· HERNANDEZ FLETA FABIOLA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· VIZAN IDOIPE TERESA. MEDICO REHABILITADOR. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· LABARI SANZ GENOVEVA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ENFERMERA DE ENLACE
· MORENO GONZALEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Pese a la ya existencia de un protocolo de actuación en ICTUS en el Hospital Nª Sª de Gracia, hemos detectado que la información que se está dando tanto al personal como al paciente/cuidador, es muy limitada por lo que necesitamos poner en práctica una guía que nos permita desarrollar la práctica de los cuidados de forma consensuada así como poner en marcha un programa de poyo al cuidador del paciente con ICTUS.
Mejorando así la calidad asistencial mediante una rápida estimulación neurológica y atendiendo al correcto manejo de los cuidados posturales/motores que minimizen las secuelas del ICTUS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer las líneas de trabajo entre los diferentes profesionales.
Implantación y difusión de una guía ICTUS sobre los cuidados al paciente agudo con ICTUS uqe mejore la información ya existente.
Fomentar la formación y participación del personal sanitario en la correcta realización de las pautas de cuidados.
Fomentar la educación sanitaria e implicación del familiar en el cuidado tanto durante el ingreso hospitalario como de las adaptaciones domiciliarias al alta.
Proporcionar cuidados de calidad y aumentar la atisfacción de los pacientes, así como del personal sanitario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Crear un grupo de trabajo con los profesionales implicados para la realización y desarrollo de la vía clínica.
Implantación y difusión de la guía ICTUS.
Realización de charlas periódicas de formación en los cuidados del paciente con ICTUS al personal sanitario/no sanitario.
Sesiones informativas y de apoyo a los cuidadores del paciente con ICTUS al inicio, durante y al final del proceso.
Revisión y seguimiento de la correcta aplicación de los cuidados durante la hospitalización.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de profesionales formados/ Nº de profesionales susceptibles de ser formados * 100
Nº de familiares formados/Nº de familiares susceptibles de ser formados * 100
Nº de pacientes que han recibido/aplicado la guía ICTUS/Nº de pacientes susceptibles de recibir/aplicar la guía ICTUS * 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio JUNIO 2015
Fecha final MAYO 2016
Primer trimestre: Implantación de la guía y establecer líneas de actuación
Segundo y tercer trimestre:Difusión de la guía y realización de talleres formativos a familiares y personal sanitario/no sanitario, reuniones de control y seguimiento de los mismos.
Cuarto trimestre: Evaluación final de los resultados y redacción de conclusiones sobre utilidad, necesidad, continuidad.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 106

1. TÍTULO

FORMACION AL CUIDADOR SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA (II). IMPLANTACION Y EVALUACION DE MEDIDAS DE MEJORA A NIVEL DE HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE ..... 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.
· NAVARRO CIRUGEDA MARIA MARCELINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· LABARI SANZ GENOVEVA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ. DIETISTA-NUTRICIONISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. COCINA
· FERRANDO LACARTE IGNACIO. MIR 3º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· DEZA PEREZ CARMEN. MIR 3º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES. MIR 3º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La disfagia es un síndrome muy común en nuestro medio en pacientes de gran fragilidad, asociado con frecuencia a graves complicaciones nutricionales y elevada prevalencia de broncoaspiración y neumonías aspirativas.
En nuestro servicio de Geriatría hemos realizado en los últimos años diversos estudios en relación con este tema. En ellos, hemos constatado una elevada prevalencia de disfagia en nuestro entorno en relación a una población con elevada comorbilidad neurológica como demencia o ACV y dependencia funcional severa. El elevado porcentaje de pacientes no diagnosticados previamente, a pesar de haber presentado en algunos casos complicaciones graves, obliga a mejorar los protocolos de detección de este proceso, utilizando instrumentos de cribado sencillos, exploraciones clínicas orientadas y comprobación mediante el método de exploración clínica volumen viscosidad (MECV-V) que nos permite elaborar recomendaciones concretas respecto al volumen y la textura del alimento a administrar. La valoración del nivel de conciencia, la evaluación periódica de la necesidad de psicofármacos, la limpieza bucal y los cuidados posturales en la ingesta, son fundamentales en la prevención de la broncoaspiración.
En nuestro servicio en los últimos años se estado trabajando en el manejo de este síndrome a nivel hospitalario mediante la creación de diferentes propuestas de mejora. Hemos comprobado la dificultad que tienen los cuidadores de los pacientes, también en ocasiones muy frágiles, para entender unas recomendaciones adecuadas, por lo que creemos se deben realizar diversas estrategias específicas para este colectivo.
En el año 2014 dentro del marco del Proyecto de mejora de Calidad en SALUD se ha creado en el Hospital Nuestra Señora de Gracia un Equipo multidisciplinar que ha elaborado diversas medidas en el campo de la Disfagia, algunas de ellas ya implantadas, y otras pendientes de desarrollar durante el año 2015. A final de año 2015 se realizará una evaluación global de la eficacia de su implantación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Informe sobre la situación del Proyecto de mejora de Calidad en Salud 2014 “Formación al cuidador sobre el manejo del paciente con Disfagia”
Se han elaborado a lo largo del año 2014 y principios de 2015 diferentes estrategias de mejora a nivel de Hospitalización.
I) Se ha creado un Equipo interdisciplinar interesado en la mejora del manejo de esta patología, formado por supervisora enfermería de geriatría, enfermera de enlance, auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacional, nutricionista hospital, médico facultativo y médicos residentes de geriatría. Se han realizado reuniones interdisciplinares en 2014 y 2015.
Estrategias de mejora en las que se ha trabajado:
-Dietas disfagia:
-Se realizó en la 2º quincena de octubre 2014 una encuestas de satisfacción del paciente o cuidador sobre el gusto y cantidad administrada en las dietas disfagia (pacientes de Geriatría y MI). Se sabe que productos agradan más a los pacientes y en general que cantidad consideran sus cuidadores adecuada.
-Se ha trabajado en la mejora en la presentación y saborización de las dietas disfagia (añadir al preparado comercial salsa de tomate, aceite de oliva..)
-Se entrega con el desayuno cucharillas de pequeño tamaño que permiten dosificar pequeños volúmenes. Junto con la cucharilla se ha introducido una pequeña nota informativa para que la lea el cuidador:
Cucharilla para dieta disfagia:
“Dar pequeñas cantidades de comida en cada bocado”
“No dar una cucharada hasta que no haya tragado la anterior”
“Beber agua con espesantes o tomar agua gelificada. Evite pajitas”.

-Creación de la Dieta mixta: Dieta de fácil masticación sin dobles texturas+Disfagia a líquidos (pendiente de definir el nombre para introducción en programa informático). La nutricionista esta trabajado este tema.
-Se ha evaluado la calidad de la consistencia de las gelatinas comerciales utilizadas, tras encontrar durante un tiempo algunas presentaciones muy liquidas y en estos momentos parecen haber mejorado. Se va a realizar una cata de gelatinas comerciales para evaluar el gusto y sus características nutricionales.
-Se esta trabajando entre otras medidas en la mejora en el espesor de las dietas con cereales. Se ha propuesto espesar los zumos como alternativa al agua con espesante neutro de mal sabor.
-Formación del personal:
-Cursos de Formación del personal: se realizaran dos charlas en el Hospital Nuestra Señora de Gracia en el año 2015. La primera en junio de 2015. Se está trabajando el material para la presentación. Se ha revisado el material disponible en el HRV.
Se considera necesario establecer pautas de trabajo del personal auxiliar que permita minimizar el riesgo en la

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 106

1. TÍTULO

FORMACION AL CUIDADOR SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA (II). IMPLANTACION Y EVALUACION DE MEDIDAS DE MEJORA A NIVEL DE HOSPITALIZACION

ingesta. Se considera muy importante la mejora en la limpieza de boca de los pacientes y los cuidados posturales antes y después de las comidas.
-Estrategias a nivel de Hospitalización:
-Se ha elaborado un nuevo "Cartel de alerta" sobre los riesgos que conlleva la disfagia para colocar en la habitación del paciente, sustituyendo el actual por otro de mayor tamaño y con diversos gráficos en color que facilitan el entendimiento. Ha sido elaborado por los residentes con buena acogida. Se han colocado ya en las habitaciones.
-Se ha Elaborado un Tríptico informativo sobre disfagia" para entregar al cuidador al ingreso del paciente. Se ha finalizado tras diversas reuniones donde se ha consensuado su contenido. Se ha intentando utilizar un lenguaje coloquial de fácil comprensión. Pendiente de impresión a color.
-Mejora de la Identificación de los pacientes con Disfagia. Se ha propuesto a la Comisión encargado de la revisión de la Historia clínica de enfermería la posibilidad de que exista un item en la grafica donde se anote si el personal de enfermería ha podido informar al cuidador sobre la existencia de Disfagia y las medias a implementar.
- Seguimiento durante el ingreso. Realización de test de disfagia MECV-V por la enfermera de enlace. Los cuidadores de los pacientes a los que se ha solicitado un test de volúmenes y viscosidades son informados también sobre el manejo de este proceso. Las terapeutas ocupaciones implicadas en el Proyecto de mejora del Ictus 2014 también informaran a los cuidadores de estos pacientes según protocolo.
-Disfagia al Alta de los pacientes:
-Reevaluación del proceso: Se considera imprescindible una nueva valoración de la capacidad de ingesta del paciente para poder establecer al alta las recomendaciones adecuadas.
La nutricionista entregara a los pacientes con disfagia al alta información escrita para tener a mano (Hoja de recomendaciones de alimentos: "pégame en la nevera"). Se informará al cuidador sobre el uso de espesantes y como se realiza su dispensación.
-No se descarta la posibilidad de realizar en un futuro Talleres de Formación para los cuidadores de los pacientes con Disfagia impartidos por los MIR de geriatría.
-Información de las medidas de mejora en disfagia en el Hospital:
Se ha realizado una sesión informativa en el mes de enero 2014 con invitación a los jefes de Servicio de M. Interna y Geriatria, supervisoras de enfermería y médicos miembros del servicio prescriptores. Las supervisoras de enfermería informaran en un futuro a todo el personal de los servicios sobre las medias consensuadas.

II) Seguimiento de los indicadores del proyecto:
Está pendiente de completar la puesta en marcha de todas las estrategias de mejora en las que se ha trabajado en año 2014 para poder realizar un estudio comparativo con Indicadores a final de 2015.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creemos que el abordaje multidisciplinar de la disfagia supondrá una mejora en la calidad de la atención del paciente y su confort y contribuirá a una disminución de sus complicaciones.
1. Mejora de la formación en esta patología y por tanto en la calidad en la atención del paciente con disfagia:
2. Disminución de las complicaciones en seguridad y eficacia nutricional asociadas a la presencia de este proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. I) Continuidad del Equipo interdisciplinar interesado en la mejora del manejo de esta patología formado por supervisora enfermería, enfermera de enlace, auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacional, médico facultativo del servicio y MIR de geriatría.
II) Continuidad en la Elaboración de estrategias de mejora en la formación del personal que atiende al paciente hospitalizado en el campo de la disfagia (enfermería, auxiliares). Pendiente de realización de dos cursos de formación en 2015.
III) Continuidad en la implantación de estrategias de mejora en la información y formación del cuidador principal del paciente con disfagia que ingresa en nuestro servicio. Entrega de un tríptico folleto guía informativa sobre la enfermedad al ingreso del paciente. Pendiente de su impresión. Entrega de recomendaciones al alta al cuidador elaboradas por nutricionista del hospital.
IV) Continuidad por parte de nutricionista del hospital de estrategias de mejora de sabor y consistencia de las dietas disfagia. Uso de gelatinas.
V) Acompañamiento durante el ingreso en la propia habitación del cuidador durante las ingestas para reforzar pautas dadas en el folleto informativo y resolución de dudas.
VI) Valoración al final del año 2015 de la eficacia de las medidas tomadas realizando un estudio comparativo con los resultados previos.
VII) Difusión de los Resultados a todo personal que trabaja en el servicio: médicos, enfermeros y auxiliares mediante sesiones informativas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de pacientes con disfagia que presentan un episodio de broncoaspiración durante el ingreso/pacientes con disfagia hospitalizados X100
Numero de pacientes con disfagia con cuidadores que utilizan correctamente espesantes/pacientes con disfagia incluidos en el estudio X100
Numero de pacientes con disfagia con cuidadores utilizan una correcta postura/pacientes con disfagia incluidos en el estudio X100
Numero de pacientes con disfagia con cuidadores que utilizan pajitas o jeringas/pacientes con disfagia incluidos en el estudio X100

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 106

1. TÍTULO

FORMACION AL CUIDADOR SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA (II). IMPLANTACION Y EVALUACION DE MEDIDAS DE MEJORA A NIVEL DE HOSPITALIZACION

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. I) Año 2015: Reuniones periódicas del Equipo interdisciplinar para concretar la implantación de las estrategias de mejora elaboradas.
II) Abril-Octubre 2015. Puesta en marcha de todas estrategias de mejora. Sesiones formación del personal. Impresión Guía-folleto para cuidadores. Mejoras desde cocina. Recomendaciones al alta.
III) Diciembre 2015: Estudio evaluación de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. paciente mayor hospitalizado

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. disfagia
OTRA PALABRA CLAVE 2. paciente mayor
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 236

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS POR SEMICYUC COMO COMPROMISO DE CALIDAD EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN LA UCI DEL H NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· SAEZ ESCOLANO PAULA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· GAVIN GONZALEZ ROSA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España” se inició en abril de 2013 con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias.

Implementarlas en nuestra Unidad es importante ya que mejora resultados, utilización de recursos y contribuye a conocer los programas de calidad y el concepto de seguridad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como objetivos secundarios se han marcado los siguientes:

- Evitar la yatrogenia secundaria a la realización de intervenciones innecesarias.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados.
- Contribuir a difundir entre la población la utilización adecuada de recursos sanitarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se pretende implantar las medidas de calidad propuestas desde SEMICYUC y estudiar el método de registro de que se han contemplado en los pacientes que lo requieran en la actividad diaria del servicio.
1 No continuar el tratamiento antibiótico empírico, iniciado tras ingreso por infección grave, sin valorar diariamente su pertinencia y posible desescalamiento.
2 No realizar analíticas sanguíneas, de forma rutinaria, fuera de indicaciones clínicas específicas.
3 No realizar radiografía de tórax diaria, de forma rutinaria, en las unidades cuidados intensivos.
4 No mantener las medidas de aislamiento, establecidas en pacientes con patología transmisible confirmada, durante toda su estancia en la UCI. Las medidas se deben mantener habitualmente mientras dura la enfermedad infecciosa o la colonización.
5 No se deben transfundir concentrados de hematíes en pacientes críticos hemodinámicamente estables no sangrantes, sin afectación cardiológica y/o del Sistema Nervioso Central con una concentración de hemoglobina superior a 7 g/dl.

Responsables del diseño: Equipo de mejora.
Registro: faculativo que revisa diariamente al paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cumplimiento en más del 90 % de los pacientes
Diseño y uso de hoja de registro

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante JUNIO JULIO diseño del registro
Agosto - Septiembre inicio del registro.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CALIDAD NO HACER
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 305

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA GERIATRICO, UN NIVEL ASISTENCIAL DESCONOCIDO

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES DOMINGO SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASPAR RUZ MARIA LUISA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· LETOSA BOLEA MARIA VICTORIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GUAJARDO SINUSIA INMACULADA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Hospital de Día Geriátrico (HDG) del Hospital de Nuestra Señora de Gracia es uno de los niveles asistenciales con los que cuenta el Servicio de Geriatría. El objetivo de este recurso es la recuperación funcional con la supervisión médica y de enfermería del paciente anciano fragil y paciente geriátrico que por diferentes motivos agudos o subagudos sufren un empeoramiento funcional con pérdida de su autonomía para las actividades de la vida diaria y de su capacidad de deambulación.
Es un nivel asistencial conocido en el ámbito de la Geriatría pero no así en Atención Primaria que, además de los problemas conocidos de comunicación y de falta de tiempo hacen un momento oportuno para la propuesta de mejora.
Logrando este objetivo, además se consigue disminuir las estancia hospitalaria, los ingresos y retrasar la institucionalización.
En el año 2014 se inició como propuesta de mejora el difundir, en el ámbito de la Atención Primaria del Sector I, este nivel asistencial, el tipo de paciente que se beneficia y el procedimiento para la derivación.
No ha sido fácil realizarlo, por lo que este año se propone continuar con la difusión en los EAP del Sector I y ampliarlo en el ámbito de la Atención Especializada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se contactaron con los Coordinadores de los Centros de Salud urbanos el Sector I. Se concertó sesión clínica en 5 Centros de Salud. Derivando para CAR 16 pacientes (4 de Amparo Poch, 10 de La Jota y 1 de Actur Norte). Se aceptaron en el programa de HDG 9 pacientes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Difundir a los EAP del Sector I de SALUD las posibilidades de recuperación funcional del paciente anciano fragil y paciente geriátrico susceptibles de asisitir a HDG. Dar a aconocer el objetivo de HDG y el perfil del paciente. Informar del acceso al HDG a través de la Consulta de Alta Resolución (CAR) de Geriatría y cómo se procede desde los EAP para solicitar dicha consulta.
Mejorar la coordinación de los EAP y del Servicio de Geriatría. Ampliar estos objetivo a la Atención Especializada del Sector I.
Promover la eficiencia de este recurso asistencial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La propuesta se concreta en la difusión en los Centros de Salud del Sector I de SALUD.
Se realizará un primer contacto con el Coordinador del Centro de Salud, explicando el objetivo del Proyecto de Mejora y se concretarían los detalles (teléfono/correo electrónico).
Se fijaría fecha de para que los miembros del equipo de mejora (médico, terapeuta ocupacional, enfermería) presenten a todo el Equipo de Atención Primaria el recurso ambulatorio de HDG.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº Centros de Salud en los que se desarrollo la actividad.
-Nº de pacientes dereivados a la CAR de Geriatría desde cada centro.
-Nº de pacientes aceptados y que se incorporan a HDG.
-Nº de pacientes rechazados.
-Patología mas frecuente.
-Demora en el tiempo para la cita de CAR.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El cronograma estará en función de la disponibilidad compartida, pero la propuesta es:
Desde septiembre de 2015 a Abril de 2016.
Reunión en los Centros de Salud.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente fanciano frágil y paciente geriátrico.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Anciano fragil y paciente geriátrico
OTRA PALABRA CLAVE 2. EAP y Servicio de Geriatría
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 305

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA GERIATRICO, UN NIVEL ASISTENCIAL DESCONOCIDO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 211

1. TÍTULO

PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE TUMORACIONES CERVICALES EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MAHFOUD EL-UALI ABEIDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· NAYA GALVEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CASTELLOTE ARMERO AMPARO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· TEJERO GARCES ALEJANDRO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El diagnóstico diferencial de una tumoración cervical, abarca un amplio espectro de posibilidades que van desde lesiones inflamatorias, congénitas, neoplasias primarias y secundarias. Estos pacientes, cuando son vistos en atención primaria, pueden ser derivados a diferentes especilidades, otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, cirugía general, medicina interna, etc; hecho que puede ocasionar, que el paciente sea innecesariamente visto por varios especialistas pudiendo retrasar el diagnóstico.

Se propone como iniciativa de mejora de calidad, elaborar un protocolo sobre el manejo clínico inicial de los tumores de cuello que será propuesto a los facultativos de atención primaria del Sector Zaragoza I, para la mejora en la toma de decisiones, tanto a nivel diagnóstico y terapéutico, así como a la hora derivación del paciente a atención especilizada y el carácter preferente de esta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Proveer a los facultativos de atención primaria de una herramienta (protocolo) que mejore la atención médica de los pacientes con masas cervicales.

Mejorar la comunicación entre los dos niveles de asistencia sanitaria (primaria y especializada) en relación al tipo de canalización de estos pacientes y la solicitud de pruebas complentarias si se trata del caso desde atención primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración del protocolo para el abordaje de tumores cervicales en atención primaria.
Presentación del protocolo en formato impreso al conjunto de facultativos del centro.
Discusión y valoración del proyecto por los facultativos para la incorporación de mejoras.
Se realizará una sesión (presentación del protocolo) por centro médico.
Se creará un sistema de registro de datos de todos los pacientes que son remitidos a nuestro servicio a lo largo de todo el año.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Protocolo elaborado y presentado en Atención primaria
2. Número o porcentaje de centros de salud urbanos en el Sector Zaragoza I en los que se ha presentado el protocolo.
3. Porcentaje de facultativos de Atención Primaria satisfechos con el protocolo. Se valorará mediante encuesta al finalizar el proyecto.
4. Porcentaje de pacientes con tumoración cervical remitidos correctamente tras la implantación del protocolo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo: junio de 2015
Presentación de protocolo a los facultativos del servicio de ORL: Junio de 2015
Presentación del protocolo a los facultativos de los distintos centros de atención primaria: julio y septiembre de 2015.
Puesta en marcha del sistema de recogida de datos: septiembre 2015
Evaluación del protocolo: marzo de 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 211

1. TÍTULO

PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE TUMORACIONES CERVICALES EN ATENCION PRIMARIA

5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 545

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO MEDIANTE CODIFICACION Y REGISTRO INFORMATIZADO-INTRANET: AMPLIACION DE SU APLICACION AL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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.
· GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· HELLIN GRACIA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GUAJARDO SINUSIA INMACULADA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· DEZA PEREZ CARMEN. MIR 3º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· FERRRANDO LACARTE IGNACIO. MIR 3º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES. MIR 3º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en el servicio aragonés de Salud del año 2014 se aceptó un proyecto de identificación del paciente subsidiario de cuidados paliativos presentado por miembros de la Comisión de Continuidad Asistencial y Cuidados Paliativos del Sector I, pertenecientes al Hospital Royo Villanova. Como se menciona en dicho proyecto: "los flujos de entrada y seguimiento de estos enfermos no están desarrollados suficientemente, lo que genera demandas y asistencias que muchas veces no resuelven adecuadamente el problema". Habiendo registrado un incremento en la demanda de asistencia en nuestro servicio de pacientes que reúnen dichas características, entendemos como emergente la necesidad de extender la implantación del registro a nuestro centro, y en concreto a nuestro servicio. En el nivel de gestión de los sistemas de información en la actualidad seguimos procesando la misma a través del número de historia clínica de cada centro. Siendo el deseo futuro de unificarlos bajo el CIAS, hemos detectado que algunos de nuestros pacientes acumulan varios, por lo que los datos generados siguen unidos al NHC de cada centro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Difundir el código V66.7/CIAP A 99 como definitorio de paciente subsidiario de cuidados paliativos. Es un código de procedimiento que se codifica como diagnóstico secundario para definir la asistencia al final de la vida.
2. Promover la inclusión del código en los informes de alta.
3. Adecuar el registro para su implantación en nuestro hospital de manera que permita en un futuro el volcado en los sistemas de gestión ordinarios del Salud.
4. Inclusión en el registro elaborado por la Comisión del sector I de los pacientes atendidos por los dispositivos del Servicio de Geriatría (hospitalización, consultas externas y Hospital de Día Geriátrico).
5. incrementar la calidad de registro de los pacientes de los pacientes con cuidados paliativos del sector I.
6. Favorecer la formación de nuestros residentes en los nuevos retos de asistencia que la cronicidad de las enfermedades plantea al sistema sanitario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Difusión e información a los profesionales del servicio.
2. Evaluación del registro existente y propuestas de mejora, si las hubiera, para su transmisión a la Comisión de Continuidad Asistencial y Cuidados Paliativos del sector I.
3. Inclusión del registro en la Intranet del Sector I, adscrita a información del paciente del HNSG, como pestaña de consulta.
4. Análisis de los datos proporcionados por el servicio de admisión en relación a codificación en nuestro Servicio y su comparativa con los pacientes registrados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº de pacientes con código V66.7 en informe de alta del Servicio de Geriatría/Nº de pacientes codificados como subsidiarios de cuidados paliativos en el Servicio de Geriatría. Estandar 30%.
2. Nº de pacientes incluidos en el registro informatizado de paciente paliativo de la Intranet Sector I HNSG/Nº de pacientes codificados como subsidiarios de cuidados paliativos en el Servicio de Geriatría HNSG. Estandar 30%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Tercer trimestre de 2015: analizar los pacientes codificados como subsidiarios de cuidados paliativos durante el año 2014 en el Servicio de Geriatría.
2. Tercer trimestre de 2015: colaborar con el servicio de informática para gestionar los permisos necesarios, en el marco de la confidencialidad que la profesión obliga, para la obtención de los permisos necesarios para el acceso a los sistemas de información de los profesionales que participan en el proyecto.
3. Cuarto trimestre de 2015: inicio de la inclusión de pacientes.
4. Cuarto trimestre de 2016: evaluación de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 545

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO MEDIANTE CODIFICACION Y REGISTRO INFORMATIZADO-INTRANET: AMPLIACION DE SU APLICACION AL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CUIDADOS PALIATIVOS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y NO ONCOLÓGICA
OTRA PALABRA CLAVE 2. CRONICIDAD
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 382

1. TÍTULO

TALLERES PARA CUIDADORES DE PACIENTES INGRESADOS CON FRACTURA DE CADERA

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.
· CAMPOS SANZ ASUNCION. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· MESA LAMPRE PILAR. GERIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· ROMO CALVO LAURA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· MARTINEZ PLANAS MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· TELLA MARIN ISABEL. CELADOR/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· SANCHO CALVO ANA MARIA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· DOMINGO PLUMED MARIA DEL MAR. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Percibimos que los cuidadores de pacientes con fractura de cadera, de edad muy avanzada, con importantes problemas de movilidad, llegado el momento del alta hospitalaria, tienen muchas dudas de cómo movilizar adecuadamente al paciente y cómo realizar determinadas maniobras (acostar en la cama, levantar, realizar cambios de pañal en cama, vestir, asear, etc).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Proporcionar al familiar/cuidador información sobre el manejo postural del paciente intervenido de cadera.
•Implicar al familiar en el proceso rehabilitador del usuario, desde el primer momento.
•Informar sobre ayudas técnicas y adaptaciones domiciliarias que favorezcan la máxima autonomía del paciente.
•Minimizar riesgos de caída, o daños causados por movilizaciones realizadas de manera inadecuada, tanto en el paciente como en el cuidador.
•Facilitar la transición del paciente al domicilio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. •Talleres grupales para cuidadores de pacientes con fractura de cadera, con periodicidad quincenal, donde se les den las pautas de manejo postural generales (un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional).Se realizarán los miércoles a las 14:00 en la sala Madre Rafols.
.Sesiones individualizadas en la planta, con cada paciente que sea intervenido de cadera y vaya a ser trasladado a su domicilio.
•Fisioterapia realizará el abordaje pre-quirúrgico, enfocado a la mejora de la función respiratoria. Post-quirúrgico encaminado al mantenimiento de la función muscular del lado sano. Se le indicarán los cuidados posturales para que el familiar pierda el miedo de como manejar al paciente recién operado así como la explicación de ejercicios de acondicionamiento muscular sencillos para que los familiares realicen con el paciente con el fin de frenar la atrofia muscular.
•Terapia Ocupacional intervendrá en el momento que esté prevista el alta hospitalaria. Revisión de los riesgos existentes en el hogar y de las adaptaciones a realizar antes de volver a casa para prevenir caídas. Refuerzo con el cuidador de las trasferencias cama/silla, pautas generales de movilización y asesoramiento sobre ayudas técnicas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Al menos 75% de las encuestas de satisfacción sobre taller grupal con resultados positivos.
• Al menos el 75% de los pacientes que sean trasladados al domicilio tras el alta hospitalaria habrán realizado el test sobre riesgos en el domicilio.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •MAYO: se comienza a dar difusión a los talleres entre el personal de la planta para que conozcan el programa y puedan informar.
•Primeros talleres piloto para valorar las demandas de los cuidadores, duración, ubicación y materiales definitivos del taller.
•JUNIO: Puesta en marcha de talleres definitivos con periodicidad quincenal, encuestas de valoración y listado de riesgos en el hogar para pacientes que van de alta al domicilio.
•SEPTIEMBRE: Reunión del equipo de mejora para valorar el programa, revisar encuestas y realizar ajustes.
•OCTUBRE- NOVIEMBRE Y DICIEMBRE: Implantación de medidas de ajuste tras valoración.
•ENERO: Reunión del equipo para recogida de datos y elaboración de conclusiones sobre la iniciativa de mejora.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 382

1. TÍTULO

TALLERES PARA CUIDADORES DE PACIENTES INGRESADOS CON FRACTURA DE CADERA

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 440

1. TÍTULO

DISEÑO DE LA "CARPETA DEL RESIDENTE" COMO INSTRUMENTO DE APOYO A LA FORMACION Y EVALUACION DEL ENFERMERO EIR DE LA UNIDAD DOCENTE DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL DEL GOBIERNO DE ARAGON

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL GRANADA LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYUELA VALERO MARCIAL. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· BIARGE RUIZ ARTURO. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PSIQUIATRIA
· COLOMER SIMON ARMANDO JOSE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· PEREZ GAMIR NOELIA. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· MORALES ROZAS ANA BELEN. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· RIVARES MORCATE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· SANCHO SANCHO AGUSTINA. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· WEST ORTIN SANDRA MERCEDES. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· ELBOJ SASO MARTA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· GONZALEZ FRAILE ESPERANZA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. PSIQUIATRIA
· GONZALEZ ASENJO MARIA HELENA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. PSIQUIATRIA
· SERRANO TORRES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· ACIN NAVARRO MIRIAM. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. PSIQUIATRIA
· BLASCO TOMAS MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· MARCO ARNAU INMACULADA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· ZUECO POLA MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. No disponemos en la actualidad en la unidad docente de enfermería en salud mental del Gobierno de Aragón de un instrumento común para la acogida, orientación, formación y evaluación de residentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Diseño de un instrumento común para la acogida, orientación, formación y evaluación de residentes, para los residentes de Zaragoza, Huesca y Teruel.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El coordinador del proyecto liderará la confección del instrumento con aportación de los componentes, representantes cada uno de sus respectivos centros asistenciales por los que rotan los enfermeros.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El indicador será disponer de un borrador para testearlo con los actuales residentes y que permita la redacción del documento definitivo para la incorporación de la próxima promoción en mayo de 2016.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Doce meses, inicio en mayo de 2015 y finalización en mayo de 2016.
Cronograma:
Mayo 2015 inicio del programa y reparto de tareas.
Septiembre de 2015 recogida de material trabajado.
Octubre de 2015 redacción del borrador del instrumento.
Noviembre de 2015 testeo del instrumento con los actuales residentes.
Enero a Mayo de 2016 recogida de sugerencias de mejora y aplicación de las mismas, redacción del instrumento definitivo..

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Formación
OTRA PALABRA CLAVE 2. Especializada
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 204

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD, CHECK LIST Y MEDIDAS DE PREVENCION DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... SONIA IRIARTE RAMOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JORGE GARCIA RUTH NOEMI. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· NEVADO PELAEZ MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· PAMPLONA CALEJERO ELENA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· TARRERO LOZANO MARIA DEL CARMEN. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· SERON ABANTO PAZ. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Introducción:
La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es la principal infección adquirida en los Servicios o Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Su alto impacto en la mortalidad, en el incremento de estancia en UCI y en el coste medio, hizó fundamental la implantación de medidas preventivas con evidencia científica (Proyecto Neumonía Zero - NZ), de un sistema de check list y plan de rondas de seguridad que asegurarán su correcta aplicación.
La implantación de dichas medidas ha repercutido en una mejora de la atención, tratamiento y recuperación de los pacientes sometidos a ventilación mecánica en UCI.
Por todo esto, proponemos la consolidación de dichas medidas, 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 que se dan 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 llevadas a cabo con resultados positivos en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes ingresados en UCI.

Importancia y utilidad del proyecto:
Se cree que es importante y útil, la opción de consolidar las citadas medidas, para:
- Afianzar las medidas ya instauradas.

- Repercutir en la evolución del paciente y en el coste sanitario, al reducir la tasa de incidencia media de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV).
- Evitar la variabilidad en los cuidados en el paciente con ventilación mecánica al estandarizar las medidas a aplicar.
- 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 Proyecto de NZ 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:
La situación de la que se parte es:
- Descenso de la variabilidad de los cuidados con las medidas adoptadas hasta el momento.
- Correcta aplicación de medidas con un 95% frente al 80% del año anterior, previo a la corrección de las medidas a consolidar.
- Detección de menor número de cumplimentaciones incompletas del check list (99%).
- Consolidar el check list y las rondas de seguridad como medio de evaluación que asegure que se aplican correctamente los cuidados estipulados en el paciente con ventilación mecánica.
Todo ello implica un descenso de las complicaciones, estancia hospitalaria y gasto sanitario.

Causas:
Las posibles causas que se determinaron según el diagrama de Ishikawa fueron:
- Falta de un medio de evaluación de las medidas de NZ.
- 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.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 204

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD, CHECK LIST Y MEDIDAS DE PREVENCION DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Revisar los resultados previos
- Difundir la información.
- Formar y reciclar al personal.
- Recordar, estandarizar y consolidar todas las medidas y actuaciones de enfermería en los cuidados en un paciente con ventilación mecánica, para disminuir el riesgo de neumonía asociada a la misma según el Proyecto de NZ.
- Consolidar el check list como medio de asegurar el adecuado cumplimiento de las intervenciones establecidas en el Proyecto de NZ, fomentando la cultura de seguridad (medición periódica: rondas).
- Mejorar la comunicación entre los profesionales.
- Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:
- Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado.
- Actividad 2ª: Reciclar y formar al personal sanitario: medidas, forma de cumplimentar check list, interpretación de carteles… Se harán varias sesiones, una al mes.
- Actividad 3ª: Medición de indicadores tras haber realizado las rondas de seguridad, con su correspondiente cumplimentación del chek list.
- 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 auxiliares) de la Unidad de Cuidados Intensivos reciclarán al personal y medirán los indicadores.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores empleados serán los siguientes:
- Grado de seguimiento
- Grado de cumplimentación del registro adecuadamente
- Grado de conocimiento de los profesionales de la manera de cumplimentar el check list
- Grado de correcta aplicación de las medidas incluidas en el Proyecto de NZ (ej: medición rutinaria del neumotaponamiento, posición cama, aspiraciones secreciones…)
- Grado de conocimiento de los profesionales relacionados con las medidas de NZ

Se considerará resultado correcto la:
- “Realización de las rondas de seguridad” (valora el grado de cumplimiento: si se hacen o no rondas de seguridad)
- “Cumplimentación adecuada del registro-check list” (éste indicador servirá tanto para valorar si la cumplimentación de check list es de forma correcta, así como para valorar el nivel de conocimientos adquiridos respecto la cumplimentación del mismo por parte del personal)
- “Aplicación correcta de las medidas del Proyecto de NZ” (éste último indicador servirá tanto para valorar la manera de aplicación de todas las medidas, como el conocimiento relacionado con las medidas de NZ adquirido por los profesionales).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Mayo 2015.
Fecha de finalización: Diciembre 2015.

Calendario:
- Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado. Mayo 2015.
- Actividad 2ª: Reciclar y formar al personal sanitario: medidas, forma de cumplimentar check list, interpretación de carteles… Una sesión al mes. Junio -septiembre 2015.
- Actividad 3ª: Medición de indicadores tras haber realizado las rondas de seguridad, con su correspondiente cumplimentación del chek list. Noviembre 2015
- Actividad 4ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos. Diciembre 2015.
- Actividad 5ª: Establecer nuevas medidas para corregir deficiencias, si las hubiere. Enero 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales sanitarios y pacientes con ventilación mecánica.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 204

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD, CHECK LIST Y MEDIDAS DE PREVENCION DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 244

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

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.
· CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· RUIZ VALERO FRANCISCO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· SAEZ ESCOLANO PAULA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· PORRAS MOLINA VALENTIN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· ESTEBAN PEIRO JOSE LUIS. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· CRUZ PALACIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Introducción:
Las paradas cardíacas que se presentan en los hospitales representan un problema de gran magnitud. 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 las técnicas de reanimación cardiopulmonar (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.
Existe la evidencia de que puede disminuirse la mortalidad y las secuelas que originan las PCR si se mejora la respuesta asistencial, acortando los retrasos en la respuesta mediante la optimización de la "cadena de la supervivencia hospitalaria".
Optimización que puede lograrse mediante estrategias dirigidas a:
-La detección y tratamiento precoz de las situaciones susceptibles de desencadenar una parada cardíaca.
-El reconocimiento precoz de la PCR por el personal de enfermería.
-La aplicación precoz y adecuada de las técnicas de soporte vital básico (SVB).
-La desfibrilación temprana, con la utilización por el personal de enfermería de la desfibrilación semiautomática, fuera de las Áreas de Críticos.
-El inicio rápido y adecuado de las técnicas de soporte vital avanzado.
-La instauración de unos cuidados posreanimación de calidad, con el traslado asistido e ingreso temprano en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

El Plan Nacional de RCP elaboró en el año 2005 una serie de recomendaciones sobre la reanimación cardiopulmonar en el hospital.
Entre otras muchas se encuentra la de Desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico en RCP para el personal sanitario y no sanitario del hospital.

La técnica de grupo 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:
-Parrila de análisis.
-Matriz decisional.

Situación de partida:
La situación de partida es que existe en el momento actual un programa de formación en RCP en nuestro centro, puesto en marcha por este grupo hace 2 años, pero con una amplia demanda que ha hecho imposible que la formación llegue a todo el personal del hospital, así como la necesidad de que sea incluído en las Acciones Formativas del Sector I.

Causas:
Las posibles causas como origen del problema de la llegada a todo el personal, según el diagrama de Ishikawa, fueron las siguientes:
*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 otras como:
*Revisión de la bibliografía referente a seguridad del paciente.
*Observaciones de los equipos de enfermería y de medicina.
*Plan Nacional de RCP.
*Recomendaciones ILCOR 2010.
*Encuestas de satisfacción a los participantes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se han realizado 2 ediciones de este plan, constando de 3 sesiones

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 244

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

cada una de RCP básica en las que en la segunda edición se incluyó el manejo del DESA, lo que ha sido completamente insuficiente, ya que quedan en lista de reserva pendiente de formar más de 30 profesionales del Centro.

Además, se ha ofrecido una charla extra de RCP avanzada para personal de UCI y de pool y otra en las Acciones Formativas del Sector I, dada la alta demanda que ha excedido las expectativas de nuevo.

El nivel de satisfacción de los participantes ha sido excelentes en todas las sesiones, repitiendo como única observación la necesidad de ampliar el Plan.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. *Ampliar el Plan de Formación, ya que ha habido Servicios de nueva creación que nos han solicitado la realización de sesiones específicas para ellos.
*Reedición de otras 3 sesiones del curso de RCP básica, a celebrar a lo largo del año 2015, junto con las charlas para las Acciones Formativas del Sector I y las que soliciten los Servicios de nueva creación.
*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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Plantear un plan de formación con las nuevas 3 ediciones del curso y las charlas extras, que se iniciarán ya en Junio del 2015 y que se irán desarrollando a partir del segundo semestre del 2015 y primer trimestre del 2016.
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.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. *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.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: junio 2015.
Fecha de finalización: marzo 2016.

Las charlas se iniciarán en junio del 2015 y se desarrollarán durante el segundo semestre del 2015 y el primer trimestre del 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. RCP
OTRA PALABRA CLAVE 2. curso
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 591

1. TÍTULO

PROTOCOLO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LA ENFERMEDAD DE OJO SECO

2. RESPONSABLE ..... GLORIA LOPEZ VALVERDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ PEREZ ANTONIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· BRITO SUAREZ CARLOS. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· MATEO OROBIA ANTONIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· IDOIPE CORTA MIRIAM. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· SATUE PALACIAN MARIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El ojo seco es una enfermedad multifactorial por la que, por inestabilidad de la película lagrimal, se induce un daño en la superficie ocular. A pesar de ser una de las patologías oftalmológicas más frecuentes, con importante repercusión para la calidad de vida y coste asociado para los pacientes, suele ser infra-diagnosticada en la práctica diaria por considerarse parte del proceso fisiológico del envejecimiento.
Son múltiples las patologías sistémicas que se encuentran asociadas a un déficit lagrimal, bien cuantitativo o cualitativo, y varias son las especialidades que remiten a pacientes de nuevo diagnóstico a nuestra consulta para una valoración del mismo y tratamiento por el servicio de Oftalmología.
El seguimiento de los pacientes a menudo no es óptimo, lo que sumado al bajo cumplimiento terapéutico les conduce a exacerbaciones de su clínica y a su descontento por no percibir que reciben una atención adecuada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del siguiente protocolo es establecer una serie de pasos diagnósticos con los que cuantificar el número de pacientes afectados de esta enfermedad que acuden a las consultas externas de Oftalmología, establecer una escala de gravedad dentro de la misma y ofrecer el tratamiento más adecuado. Evaluar la satisfacción de los pacientes diagnosticados de EOS en la atención a partir de encuestas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar a los pacientes que acuden a las consultas externas de Oftalmología pruebas objetivas para el diagnóstico de EOS y evaluar la presencia de síntomas subjetivos derivados de EOS. Para ello consideramos:
-El BUT mide la estabilidad de la película lagrimal. Se trata del intervalo entre el último parpadeo y la aparición de una disrupción de la película lagrimal. Cuando es inferior a 10 segundos se considera patológico. Establecimos una escala por la que un BUT de hasta 10 segundos con sintomatología se trata de una afectación leve, de entre 10 y 5 segundos leve es una afectación moderada, entre 5-2 segundos una afectación severa y un BUT menor de 2 segundos una afectación muy severa.
-El test de Schirmer I mide la longitud humedecida en una tira de papel secante depositada en la conjuntiva palpebral inferior. Mide la secreción refleja de la glándula lagrimal y se considera patológica con valores inferiores a los 10 mm a los 5 minutos. Realizamos una escala por la que un Schirmer de hasta 10 segundos con sintomatología se trata de una afectación leve, de entre 10 y 5 segundos es una afectación moderada, entre 5-2 segundos una afectación severa y menor de 2 segundos se considera una afectación muy severa.
-La tinción conjuntival con verde de Lisamina se determina según la escala de Van Bijsterveld que divide la conjuntiva en el trígono conjuntival interno, el externo y la porción media que abarca toda la longitud de la córnea. En cada una de estas partes se evalúa la tinción con valores que van desde el 0 al 3, de forma que la puntuación mínima en cada ojo es de 0 y la máxima de 9. Para obtener el grado de tinción de la superficie ocular se tomó la medida del ojo con mayor valor: grado 0: sin tinción, grado I: 1-3, grado II: 4-6 y grado III: 7-9.
-La evaluación tras la tinción con fluoresceína se evalúa a partir del esquema de Oxford se empleará para dar una escala de la misma. Ésta proporciona valores del 0 al 5 en función del grado de tinción corneal y conjuntival; donde se da el valor 0 si no hay tinción, 1 cuando prácticamente no presenta tinción con fluoresceína, 2 presenta una tinción leve de conjuntiva y cornea, 3 si se aprecia una tinción moderada, 4 una tinción severa y 5 una tinción muy severa.
En base a estas escalas se establecerá el diagnóstico de EOS si dos o más pruebas están afectadas y graduamos en función de los valores obtenidos. Aplicaremos la opción terapéutica más adecuada según la gravedad de EOS que presenten los pacientes.
La aplicación de las pruebas diagnósticas y la elección de la mejor opción terapéutica se realizará por 7 especialistas en Oftalmología.
Finalmente, los pacientes diagnosticados y tratados de EOS realizarán un cuestionario de Satisfacción del Usuario de Consultas Externas. Valoraremos si se producen mejoras en los mismos a lo largo del periodo de seguimiento. El cuestionario será realizado al final de las consultas por un profesional optometrista.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de pacientes diagnosticados de EOS/ Total de pacientes evaluados. Se realizará un análisis prospectivo en el que compararemos su número con el de los centros de Atención Especializada de Ramón y Cajal y San José en los que no instauramos este protocolo, empleando el programa SPSS 21.

-Número de pacientes con percepción de mejora en la atención/ Total de pacientes diagnosticados de EOS.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 591

1. TÍTULO

PROTOCOLO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE LA ENFERMEDAD DE OJO SECO

Evaluaremos si se aprecia mejora en los mismos desde los cuestionarios iniciales, antes de la instauración de la escala diagnóstica y terapéutica, hasta los finales, tras una atención más estrecha por el servicio de Oftalmología.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio proyecto: Octubre 2015. Fecha finalización: Octubre 2017.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que acudan a consultas externas de Oftalmologia

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 740

1. TÍTULO

VALORACION DE COMPLEJIDAD DEL TRIAJE III-IV. UNA CLASIFICACION DE CALIDAD

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.
· CRUZ SANJUAN LUIS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· ARROYO RAMOS ESTHER. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· EGIDO MARTINEZ TERESA. 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
· GARRIDO MARTINEZ LUISA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· FALCES GARCIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aunque el triaje no es más que una valoración clínica preliminar, puede ser un parámetro indirecto que mida la complejidad de cada urgencia. El análisis tradicional del número de urgencias, debe ser complementado con información de complejidad, para poder realizar un análisis más adecuado de la realidad y poder establecer estrategias correctas de planificación y evaluación de los SUH. Ya que un aumento de urgencias de baja complejidad requiere medidas diferentes a las que hay que adoptar si el numero es provocado por la afluencia de pacientes complejos.
El análisis de las urgencias atendidas según su nivel de urgencia, los 5 niveles, mostrado en porcentaje, es lo que se denomina Huella Digital del Servicio de Urgencias, es un indicador indirecto de la complejidad, y es donde se encuentran en los niveles III y IV los porcentajes más altos y casi iguales con un 34, 86% y un 46,81% respectivamente en los SUH de los Hospitales de Aragón.
De forma más particular el H. Real N.S. Gracia registro el año 2014, una distribución de pacientes atendidos en un 13, 73 % del nivel III y un 55,23 % de un nivel IVY es precisamente esta complejidad lo que se quiere gestionar de forma más eficaz ya que al establecer los niveles I, II y III para los pacientes con una complejidad alta y los niveles IV y V con los de menor complejidad, nos damos cuenta que la barreta entre los niveles III y IV son los más subjetivos y no responden de una forma clara a criterios objetivables, medibles y evaluables.
Gestionar, valorar esta diferencia, conocer las causas, introducir parámetros de cambio y/o modificación, se cree seria una oportunidad de mejora para el paciente que acude al SUH.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mayor satisfacción del usuario en la atención recibida en el servicio de urgencias.
2. Priorizar la atención y el triaje de enfermería, con la unificación de criterios e intervenciones.
3. Mejorar la utilización de los recursos de personal mediante una mejor distribución de las cargas de trabajo.
4. Asegurar la praxis de enfermería frente a toma de decisiones conflictivas o complejas, durante el triaje, de los niveles III y IV.
6. Mayor motivación e implicación del personal enfermero

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El método que enfermería usa en el triaje está basado en el PAT.
Los responsables del Triaje son enfermería, de ellos depende la valoración de los pacientes que acuden a urgencias.
Como procedimiento para conseguirlo, se decide aplicar los indicadores nuevos propuestos, además de los dos existentes en el PAT que por defecto nos dan un nivel III en cuanto se aplican.
Según los indicadores: se hará un seguimiento de los pacientes que acuden a urgencias y son valorados con un nivel IV. Y se aplicará al paciente mayor de 70 años con pluripatología con un nivel IV, un nivel III para realizar también un seguimiento, ambos hasta su alta del servicio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El programa utilizado, el PAT, nos ha hecho eliminar dos indicadores que se pensaban utilizar para la valoración de los niveles III y IV. Uno de ellos el indicador del dolor pasa automáticamente a un nivel III cuando se le pone moderado y en cuanto se le pone dolor ligero se coloca en un nivel IV, con lo cual se concluyo que eran dos parámetros fijos, que el mismo programa no admitía variaciones. Otro indicador que nos define los niveles y que también era susceptible de uso como indicador, eran las constantes pero se observo que sucedía lo mismo en cuanto se indica que hay dos o más constantes anormales el nivel II aparece automáticamente, no dando posibilidad a cambios.
Se ha buscado, por tanto, dos indicadores que no están dentro del PAT y que son muy comunes y habituales en nuestro servicio de Urgencias.
1er Indicador: Paciente pluripatológico mayor de 70 años, que acude por una sintomatología no urgente pero que debido a su pluripatología requiere una atención especial con más cargas de trabajo y tiempo.
2º Indicador: Paciente en box. Que a pesar de acudir a urgencias por una patología no urgente, que incluso el PAT lo clasifica de un nivel IV, se le pasa a un box y se le practican dos o más técnicas de enfermería: colocación de vía con/sin medicación y/o analítica de sangre, y/o ECG y/o Radiología, detectando una mayor gravedad que la que presentaba en un principio, lo que da lugar a un cambio de nivel a III.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. En estas fechas no se puede comenzar ningún estudio estando tan próximas las vacaciones por eso se ha decidido hacer una valoración los meses de septiembre, octubre y noviembre y después evaluar los resultados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 740

1. TÍTULO

VALORACION DE COMPLEJIDAD DEL TRIAJE III-IV. UNA CLASIFICACION DE CALIDAD

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. triaje, mejora
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 031

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE CARCINOMA DE MAMA CON EXTIRPACION GANGLIONAR AXILAR: PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS DE HOMBRO POSTCIRUGIA

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.
· CAMBRA LINES PILAR. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· CHAMORRO LASALA MARIA JESUS. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· GREGORIO PUEYO VANESA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· JUEZ GRACIA BELEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA
· NERIN BUEN NATALIA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· SOLER COLLADO CAROLINA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El linfedema constituye una de las complicaciones más comunes tras la cirugía de cáncer de mama. Cursa con una serie de síntomas que suelen afectar a la funcionalidad del miembro superior afecto,repercutiendo negativamente en la calidad de vida de las pacientes. La Fisioterapia, por lo tanto, desempeña un papel fundamental en su prevención y tratamiento, ya que constribuye a disminuir el volumen del brazo, así como a controlar su evolución, influyendo positivamente en la calidad de vida de estas pacientes. En nuestra práctica clínica habitual con estas pacientes afectadas de linfedema secundario a cirugía de mama hemos detectado que un gran porcentaje de ellas tenía una información muy escasa de esta patología, así como de los cuidados que deben realizar sobre el brazo afecto y de los ejercicios recomendados para facilitar el drenaje y la movilidad del miembro superior. Tampoco disponen de información adecuada acerca de las posibles complicaciones que pueden aparecer si el linfedema no es tratado, así como del tratamiento que deben realizar y que está presente en nuestra cartera de servicios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Proporcionar a las pacientes la información y herramientas óptimas para la prevención del linfedema y capsulitis tras cirugía de mama.
- Lograr una mayor adherencia terapéutica de las pacientes.
- Detectar rápidamente a las pacientes que desarrollen linfedema en etapas tempranas.
- Proporcionar a las pacientes que presentes cualquier problema una línea de comunicación fluída, fácil y cómoda con su fisioterapeuta.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - La información la proporcionaremos mediante un tríptico informativo sobre la prevención del linfedema tras cirugía de mama, que se proporcionará a toda paciente intervenida de carcinoma de mama antes del alta domiciliaria por parte de un fisioterapeuta.
- Explicación y supervisión de los ejercicios recomendados tras las primeras 24 y 48 horas de la cirugía.
- Detección precoz de linfedema: consulta con médico rehabilitador.
- Realización de un protocolo de tratamiento en función del estadiaje del linfedema. Inclusión de pacientes detectadas en fase inicial en dicho protocolo de tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Nº pacientes que reciben el tríptico/nº pacientes intervenidas de Ca. mama x 100. Cada paciente que reciba el tríptico será incluida en un registro.
2) Nº pacientes que reciben información de ejercicios de hombro recomendados tras primeras 24 y 48 horas tras cirugía/nº pacientes intervenidas de Ca.mama x100
3)Nº pacientes que desarrollen linfedema precoz/nº pacientes intervenidas de Ca.mama x100
4)Nº pacientes que han realizado los ejercicios diariamente/ nº de pacientes que han recibido la información de los ejercicios x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los dos primeros indicadores se comenzarán a recoger en el mismo momento de la presentación el proyecto. El tercer y cuarto indicador se recogerán cuando las pacientes intervenidas que hayan recibido la información presentan linfedema y sean incluidas en el protocolo de tratamiento.
Reunión del equipo cada tres meses para la evaluación de resultados, problemas y expectativas.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes intevenidas de cáncer de mama con linfadenectomía axilar.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 031

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE CARCINOMA DE MAMA CON EXTIRPACION GANGLIONAR AXILAR: PREVENCION DEL LINFEDEMA Y DE LA CAPSULITIS DE HOMBRO POSTCIRUGIA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 203

1. TÍTULO

FORMACION Y RECICLAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE LA NUEVA ADQUISICION DE UN APARATO PARA LA REALIZACION DE ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

2. RESPONSABLE ..... ELENA PAMPLONA CALEJERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· GAVIN GONZALEZ ROSA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· IRIARTE RAMOS SONIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· NEVADO PELAEZ MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· LAFUENTE MATEO MIRIAM. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· RUIZ VALERO FRANCISCO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. a. INTRODUCCION:
Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ofrecen a los pacientes críticos o con un elevado nivel de gravedad una atención especializada y global basada, en un alto porcentaje de las veces, en la utilización de métodos diagnósticos y terapéuticos de gran complejidad y ofrecidos gracias a las últimas tecnologías.
Esto hace necesario que el personal de enfermería reciba una formación continuada y actualizada para ofrecer al paciente una atención integral de calidad y manteniendo en todo momento la seguridad del mismo.
La nueva adquisición para la UCI de un equipo portátil de EEG planteó la necesidad de la creación de un grupo de trabajo para la adquisición de nuevas competencias en el manejo de la realización óptima y segura de la técnica, el reciclaje en conocimientos básicos sobre neurofisiología, la implementación de un protocolo de realización de EEG para pacientes en UCI, así como la formación del resto del personal, tanto desde un punto de vista teórico como instrumental en el manejo adecuado de la técnica.
b. MÉTODOS DE DETECCIÓN Y DE PRIORIZACIÓN EMPLEADOS:
El método de priorización utilizado es el “método Hanlon”, obteniendo como resultados finales las siguientes oportunidades de mejora:
1. Formación y reciclaje del personal de enfermería ante la nueva adquisición de un aparato de EEG en la UCI.
2. Revisión y actualización del manual de funcionamiento del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
3. Identificación y evaluación de situaciones de riesgo potencial.
4. Mejora de la comunicación interprofesional.

c. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:
Un EEG es el estudio que registra la actividad eléctrica del cerebro en situación basal y con métodos de activación como la hiperventilación y la fotoestimulación, para detectar alteraciones de la función cerebral de forma persistente o de episodios aislados
El objetivo de la realización de un EEG es el estudio de toda disfunción de origen cerebral, y sus indicaciones principales son transtornos convulsivos, encefalitis, confusiones, comas, transtornos psiquiátricos así como el diagnóstico de muerte cerebral.
De la adecuada realización de la técnica depende la adecuada interpretación del EEG por el especialista en neurofisiología. Además, conlleva una serie de pasos, procedimientos, así como material accesorio que deben manejarse con escrupuloso cuidado para asegurar el mejor registro de EEG posible, asegurando en todo momento la total seguridad del paciente y el adecuado manejo y conservación del material usado.
d. SITUACION DE PARTIDA:
Hasta la obtención del nuevo aparato de EEG los registros se realizaban por personal procedente de la consulta de neurología del Hospital Royo Villanova, que traían su propio aparato y material, por lo que en nuestra UCI sólo se realizaba la preparación previa del paciente.
e. CAUSAS:
Las posibles causas que se determinaron según el diagrama de Ishikawa fueron:
- Falta de un protocolo unificado sobre la realización de un electroencefalograma en UCI.
- Falta de formación del profesional sanitario sobre la realización de un EEG en UCI.
- Rotación excesiva de personal sanitario.

f. FUENTES DE INFORMACION:
Se realizo búsqueda bibliográfica sobre EEG para Enfermería.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Formar al personal de Enfermería de la UCI, fijo y eventual, en la adecuada preparación del paciente, la obtención del mejor registro de EEG posible y el óptimo cuidado y mantenimiento del equipo y accesorios utilizados.
- Unificar criterios de actuación del personal sanitario respecto a la realización de un EEG en UCI.
- Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
- Crear un grupo de trabajo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 203

1. TÍTULO

FORMACION Y RECICLAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE LA NUEVA ADQUISICION DE UN APARATO PARA LA REALIZACION DE ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad 1ª: Creación de un grupo de trabajo.
Actividad 2ª: Búsqueda de información mediante recursos bibliográficos.
Actividad 3ª: Traslado durante una semana a la Unidad de Electrofisiología del HUMS.
Actividad 4ª: Realización e implementación de un Protocolo para la realización de EEG en pacientes de UCI.
Actividad 5ª: Sesiones formativas teóricas y prácticas para todo el personal de Enfermería de la UCI.
Actividad 6ª: Medición de indicadores tras haber puesto en marcha el protocolo.
Actividad 7ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.
Responsables: Todo el grupo de trabajo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a. Porcentaje de personal de Enfermería formado.
b. Porcentaje de EEG realizado de manera adecuada, corroborado por los especialistas de Neurofisiología.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Abril 2015
Fecha de finalización: Octubre 2015
Calendario:
Actividad 1ª: Creación de un grupo de trabajo. Abril 2015
Actividad 2ª: Búsqueda de información mediante recursos bibliográficos. Abril 2015.
Actividad 3ª: Traslado durante una semana a la Unidad de Electrofisiología del HUMS. Mayo 2015.
Actividad 4ª: Realización e implementación de un Protocolo para la realización de EEG en pacientes de UCI. Mayo 2015.
Actividad 5ª: Sesiones formativas teóricas y prácticas para todo el personal de Enfermería de la UCI. Junio 2015.
Actividad 6ª: Medición de indicadores tras haber puesto en marcha el protocolo. Septiembre 2015.
Actividad 7ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos. Octubre 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ELECTROENCEFALOGRAMA
OTRA PALABRA CLAVE 2. FORMACION
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 413

1. TÍTULO

MEJORA PROCESO DERIVACION A LA UNIDAD DE TR. DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA)

2. RESPONSABLE ..... CESAR PAUMARD OLIVAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAD POLO JUAN MANUEL. PSIQUIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD TRASTORNOS PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTA
· MUÑOZ CALVO MERCEDES. PSICOLOGO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD TRASTORNOS PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTA
· SORO RAMIA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD TRASTORNOS PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTA
· GRANADA LOPEZ JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD TRASTORNOS PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTA
· DIAZ ALLEPUZ MIRIAM. TRABAJADOR/A SOCIAL. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD TRASTORNOS PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTA
· BUATAS PEREZ MARIA JOSE. PSICOLOGO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD TRASTORNOS PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTA
· RUBIO LARROSA VICENTE. PSIQUIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD TRASTORNOS PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la fusión estructural de la Unidad monográfica psiquiátrica para el tratamiento de los Tr. de la Personalidad del H. Nª Sra. De Gracia (UTP) con la Unidad monográfica psiquiátrica para el tratamiento de los Tr. de la Conducta Alimentaria del H. Royo Villanova (UTCA) en la segunda mitad del 2012, y la posterior estabilización de la plantilla facultativa en el 2014, se observan déficits en el proceso de derivación y acogida de los pacientes, debidos a la falta de integración funcional y la desinformación de los cambios a los proveedores, susceptibles de ser mejorados. Esta mejoría supondría ventajas en dos frentes: el primero evitar derivaciones mal hechas, que no cumplen criterios diagnósticos, que saturan la unidad y el segundo agilizar lista de espera de los pacientes con diagnóstico principal de TP y/o TCA grave de bajo funcionamiento con motivación para el cambio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la proporción de pacientes bien derivados (diagnóstico principal de TP y/o TCA de bajo funcionamiento). Disminuir la proporción de pacientes mal derivados (con otros diagnósticos). Acelerar la clasificación de pacientes por diagnóstico principal de TCA y/o TP, gravedad médica e indicación de ingreso. Descongestionar listas de espera y frecuencia de revisiones. Mejorar satisfacción de pacientes, familias y profesionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Dos líneas de trabajo paralelas: Actualizar procesos de derivación a UTPCA y revisar casos de listas de espera. Para ello está pensado realizar las siguientes actividades: Elaboración de carta informativa para médicos remitentes de casos(explicando quien, cómo y criterios diagnósticos) y reelaboración de documento de derivación a UTPCA (Bernad, Paumard y Rubio). Presentación y difusión de anteriores documentos a equipos de unidades remitentes (El resto). Depurar los pacientes de lista de espera actual mediante reuniones periódicas de revisión de los casos derivados, entrevista para comprobación de criterios diagnósticos (Granada, Soro, Paumard), información de paciente y profesional remitente y devolución si procede (Bernad, Paumard y Rubio).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creación y consenso de documento informativo y de derivación. Número de coordinadores de USM informados de proceso de derivación a UTPCA. Número de pacientes remitidos con documento de derivación cumplimentado. Disminución de lista de espera y devolución de pacientes mal derivados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los primeros 3 meses sería confección consensuada del material. El resto sería la presentación y distribución a los coordinadores y/o equipo de las unidades remitentes. Durante todo el período, simultáneamente, se revisarían mensualmente los casos de lista de espera para citar a los casos más dudosos, comprobar los criterios diagnósticos, y redirigir mediante informe a dispositivos más adecuados. El plazo aproximado de aplicación sería de un año.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 413

1. TÍTULO

MEJORA PROCESO DERIVACION A LA UNIDAD DE TR. DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (UTPCA)

```
   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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 569

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DE LAS LUMBALGIAS PREVIA DERIVACION AL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... LUIS RODRIGUEZ CHACON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTAN BELLIDO LIDIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor lumbar es uno de los más frecuentes en el ser humano. Solamente dos de cada 10 personas pasarán su existencia sin dolor raquídeo (Marqués J. El dolor lumbar. Editorial JIMS, 1989).
La patología lumbar común tiene, debido a su prevalencia, una influencia considerable en la salud pública y se ha convertido en una de las primeras causas de absentismo laboral. La lumbalgia es, en efecto, uno de los primeros diagnósticos de accidente de trabajo, enfermedad profesional (Nachemson AL. Newest Knowledge of low back pain. A critical look. Clin Orthop 1992;279:8-20) .
Aunque las lumbalgias inespecíficas son procesos benignos autolimitados, más de la mitad recidivan. El tratamiento conservador habitualmente es el más importante. La clave reside en la primera crisis aguda, si se trata bien y se previene la recidiva, no dará problemas, y si no es así pasará a lumbalgia crónica. Es por ello que resulta de vital importancia la actuación precoz sobre el primer episodio de lumbalgia.
Al realizar el planteamiento de este estudio perseguimos:
Mejorar el número de derivaciones de estos pacientes a las consultas de traumatología, sin haber sido agotadas las vías terapeúticas conservadores.
Establecer un protocolo que optimice la utilización y demanda de pruebas diagnósticas innecesarias (TAC, RNM , ENG, RX).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Una atención integral y precoz de los pacientes, instaurando la terapia conservadora desde un primer momento; de forma que a la llegada a la consulta de traumatología se obvie este paso y se instauren terpias más agresivas.
AL mismo tiempo , si se consigue la mejora clínica de estos pacientes, se evitará la continuación del estudio diagnóstico y la sobrecarga del servicio de radiología (generando un ahorro económico importante).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará un protocolo de exploración clínica, tratamieno analgésico , solicitud de pruebas complementarias, e inicio de terapia conservadora. Todo ello se realizará en coordinación entre atención primaria y los servicios de rehabilitación del área I, con la posterior derevación a traumato

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes con lumbalgia no derivados al servicio de traumatología por su mejoría desde rehabilitación y atención primaria.
Número de pacientes que acuden a traumatología tras un tratamiento conservador precoz , evitando el retaso actual en el inicio del tratamiento al tener que ser derivado a rehabilitación desde la consulta de traumatología.
Número de pruebas complementarias que se han solicitado con respecto al año anterior, con el cálculo de ahorro económico parejo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los protocolos se realizarán en Mayo y Junio 2015. Los componentes del equipo pondrán en práctica el protocolo y comenzarán la evaluación de los pacientes a partir de la segunda mitad del 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Lumbalgias

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 121

1. TÍTULO

REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ELISA ALDEA MOLINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTEGA JIMENEZ NOELIA. MEDICO/A. H MAZ. URGENCIAS
· ALBISTUR LESMES IRUNE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· FERRERAS AMEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· SERRAT TORRES MARCO ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· PARRILLA HERRANZ PEDRO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· FRANCO GARCIA MARIA ESTHER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el Servicio de Urgencias se aprecia un incremento de la prescripción de nuevos anticoagulantes para la prevención de embolia sistema en pacientes con fibrilacion auricular. Actualmente los pacientes que inician tratamiento con anti vitamina k son enviados para posterior seguimiento con el Servicio de Hematologia no siendo así cuando se prescriben nuevos anticoagulantes, dabigatran , rivaroxaban, y apixaban. Es importante implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes de cara a asegurar cumplimiento terapéutico, control de posibles complicaciones o necesidad de cambio por terapia puente en intervenciones quirúrgicas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En este momento no existe ningún registro de pacientes a los que, desde Urgencias se decida iniciar anticoagulacion con nuevos anticoagulantes dabigatran, rivaroxaban, apixaban.
A través de nuestro programa informático pch, se puede acceder a aquellos pacientes que con diagnóstico fibrilacion auricular y que según Escalas de factores de riesgo CHADSVASC sea necesario anticoagular.Solo los pacientes a los que se anticoagular con anti vitamina k se les envía a Hematologia para registro y posterior control.El resto de pacientes a los que se le inicia un nuevo anticoagulantes es remitido a su médico de cabecera,perdiendose para asegurar cumplimiento o control de analíticas o de complicaciones.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Obtener un registro de todos aquellos pacientes que desde el servicio de urgencias se inicia anti coagulación con nuevos anticoagulantes.
Reunirnos para Colaboracion con el Servicio de Hematologia para obtener dicho registro y que sean ellos los que de alguna manera se encarguen de la revisión de estos pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecer un circuito de manera que todo aquellos pacientes que acudan a urgencias con fibrilacion auricular y que tras ver sus factores de riesgo, se decida anticoagular tanto con nuevos anticoagulantes como con sintrom sean enviados a Hematologia tanto para asegurar cumplimiento,control de analíticas, control de complicaciones o reacciones adversas y cambios de medicación en intervenciones quirúrgicas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes con fibrilacion articular entre el total de pacientes atendidos en urgencias
Pacientes con nueva anticoagulacion entre total de pacientes anticoagulados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de inmediato hasta mayo de 2015
19 Mayo reunion con el Servicio de Hematologia

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fibrilación auricular

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 268

1. TÍTULO

LA VALIDACION FARMACEUTICA EN LA DETECCION DE ERRORES DE PRESCRIPCION ASOCIADOS A LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ARENERE MENDOZA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HORNA OREJA OIHANA. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· MONCIN TORRES CARLOS ANGEL. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La implementación de los sistemas de Prescripción Electronica Asistida (PEA) ha sido propuesta por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España como una de las herramientas disponibles para mejorar la seguridad en el paciente hospitalizado . A pesar de que la PEA ha demostrado disminuir los errores de medicación , su uso no está exento de riesgos generando otro tipo de errores por problemas en el manejo de las aplicaciones informáticas . A este fenómeno en la actualidad se le conoce con el nombre de e-iatrogenia, y según Weiner se define como aquel daño causado, al menos en parte, por la aplicación de tecnologías sanitarias.
Con la validación farmacéutica este tipo de errores se pueden minimizar ya que el farmacéutico revisa la orden médica y contacta con el médico responsable de la prescripción para subsanar el error.
Recientemente el Servicio de Farmacia ha implantado la prescripción electrónica en el hospital Royo Villanova en las unidades de Hospitalización Domiciliaria y Psiquiatría. El programa permite el registro de las intervenciones que se realizan desde el Servicio de Farmacia, de esta forma se pueden cuantificar los errores de prescripción que hay asociados al manejo de la herramienta.
Las prescripciones se revisan por un farmacéutico diariamente de lunes a viernes de 8:00 a 15:00, de forma que así es posible subsanar los posibles errores antes de que enfermería obtenga la hoja de administración. Si la prescripción se produce fuera de este horario, ésta se revisa a primera hora de la mañana para subsanar los errores si corresponde.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la calidad de la prescripción médica electrónica mediante la validación farmacéutica y consecuentemente la preparación de la medicación en farmacia y la administración de enfermería.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El método de trabajo es la validación diaria de los tratamientos de los pacientes hospitalizados en las unidades domiciliaria y psiquiatría. Subsanar los errores asociados al manejo de la prescripción electrónica y registrarlos. En el registro queda constancia de la intervención realizada por el farmacéutico que la puede consultar el médico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de intervenciones farmacéuticas asociadas al manejo de la PEA/pacientes ingresados en unidades con prescripción electrónica* 100
Nº de intervenciones farmacéuticas asociadas al manejo de la PEA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. JUNIO DE 2015. Reunión de los farmacéuticos para determinar el registro de intervenciones asociadas a e-iatrogenia y adaptar la herramienta de registro de intervenciones (módulo de unidosis de programa de prescripción).
SEPTIEMBRE DE 2015. Formación de farmacéuticos en manejo de la herramienta.
OCTUBRE DE 2015. Registro de intervenciones asociadas al manejo de la PEA.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. mejora calidad prescripción

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. e-iatrogenia
OTRA PALABRA CLAVE 2. prescripción electrónica
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 178

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

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)
· CARDONA MONZON LAURA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· PELLEJERO GRACIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· BONO ARIÑO CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANCHEZ BARTOLOME ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A lo largo del tiempo, hemos detectado que la información que recibe el paciente en la consulta de anestesia se difumina, ya sea por la cantidad de información que se le da al paciente, por la ansiedad que conlleva una intervención o por la edad del usuario que va a ser intervenido entre otros motivos…; considerando esto un problema, queremos mejorar esta información para que sea atractiva visualmente, ágil y fácil.

En una reunión multidisciplinar, se decide realizar la elaboración de un documento en forma de tríptico donde se recoja la información básica de la unidad (ubicación, consejos generales…) ya que consideramos el tríptico un recurso muy útil, que nos permite reforzar los aspectos más relevantes, especialmente aquellos que las personas deban recordar fácilmente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Elaboración de una herramienta útil para el usuario (tríptico)
- Mejorar la imagen de nuestro hospital
- Mejorar la calidad asistencial
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y familiares intervenidos en nuestro servicio
- Mejorar la satisfacción del equipo asistencial de la UCMA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión bibliográfica
- Revisión de trípticos de otros hospitales
- Reunión con el equipo y diferentes facultativos para consensuar criterios
- Elaboración del tríptico
- Distribución del tríptico en la consulta de anestesia
- Diseño de la encuesta de valoración sobre el tríptico
- Realización de un estudio de casos- control

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Porcentaje de usuarios que consideran que el tríptico ha sido útil (Nº de usuarios que consideran apropiada la información recibida/ nº de usuarios que han recibido el tríptico)
2.- Porcentaje de usuarios que no han recibido el tríptico y la información sin mediación de este, ha sido la apropiada (Nº de usuarios que consideran apropiada la información/ nº usuario que no han recibido el tríptico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio - julio: revisión bibliográfica y reunión con los diferentes facultativos para consensuar criterios
Agosto: Elaboración del tríptico y diseño de la encuesta
Septiembre: distribución del tríptico en la consulta de anestesia
Septiembre - enero: recogida de datos
Febrero: análisis de los resultados
Marzo- abril: difusión del estudio

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. TRÍPTICO
OTRA PALABRA CLAVE 2. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 178

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 389

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SINCOPE EN URGENCIAS: OPTIMIZACION DE RECURSOS DIAGNOSTICOS

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.
· MEDINA SAINZ CAROLA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· ESCRICHE ROS ROCIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· BAGUENA GARCIA ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· GIL DE BERNABE LOPEZ JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· DAGA CALEJERO BERTA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· SARASA CLAVER PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El sincope, definido como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria, es un cuadro clínico muy prevalente en los Servicios de Urgencias.
En el año 2015 se diagnosticaron en el Servio de Urgencias del Hospital Royo Villanova, alrededor de 480 síncopes, de los cuales fueron ingresados 230, lo que supone alrededor del 50% de todos los síncopes asistidos en dicho Servicio; fueron dados de alta a domicilio alrededor de 250 pacientes con esta patología. Los ingresos se realizaron en Cardiología, Medicina Interna y Neurología.
Muchos de los síncopes ingresados en las especialidades anteriormente citadas, fueron dados de alta con diagnóstico final de síncopes neuromediado o vasovagal. Valorado esta problema de manera conjunta con el Servicio de Cardiología y Medicina Interna, en vista del coste económico que supone el ingreso y el elevado índice de ocupación hospitalaria, se plantea la posibilidad de crear un protocolo para dar continuidad asistencial sin necesidad de ingreso hospitalario a aquellos síncopes con alta probabilidad de ser de etiología vasovagal y continuar su estudio de manera ambulatoria a través de una consulta específica para este tipo de síncope.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pretendemos realizar conjuntamente un protocolo consensuado con otras especialidades que se ven implicadas en el diagnóstico y tratamiento del síncope, con las siguientes finalidades:
Optimizar los ingresos en la especialidad correspondiente
Disminuir el número de ingresos, a través de interconsultas a las distintas especialidades, gestionando a través del Servicio de Urgencias las diferentes pruebas diagnósticas requeridad (EDTSA, EEG, ergometría, ecocardiografía de estrés, Holter, MAPA..)
Dar continuidad asistencial a los pacientes con diagnóstico de síncope, que no precisen ingreso hospitalario, a través de un consulta específica para ellos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Análisis de los pacientes que consultan por pérdida de conciencia en urgencias, con evaluación de las distintas etiologías referidas en las conclusiones diagnósticas.
Elaboración de un protocolo conjunto con servicio de cardiología para manejo de estudios de cuadros sincopales con sospecha de etiología cardiogénica.
Realización de sesiones clínicas para difusión e implementación de protocolo elaborado.
Estandarización de protocolo entre facultativos del servicio de urgencias.
Análisis de los pacientes que consultan por pérdida de conciencia en urgencias tras implantación de protocolo, con evaluación de los ingresos realizados en el servicio de cardiología.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. + Indicadores de prevalencia de sincope en urgencias:
- (Nº pacientes que acuden a urgencias por consulta de pérdida de conciencia/ Nº pacientes que acuden a urgencias con patología médica) x 100
- (Nº pacientes que acuden a urgencias por consulta de pérdida de conciencia con alta domiciliaria / Nº pacientes que acuden a urgencias por consulta de pérdida de conciencia) x 100
- (Nº pacientes que acuden a urgencias por consulta de pérdida de conciencia con ingreso hospitalario / Nº pacientes que acuden a urgencias por consulta de pérdida de conciencia) x 100
- Periodo de observación: junio 2015 a febrero 2015
- Fuente de datos: PCH
- Medición de datos: octubre 2015 y marzo 2016

+ Indicadores de servicio de destino de ingreso de los sincopes a estudio:
- (Nº pacientes ingresados para estudio de sincope en cardiología / Nº pacientes ingresados por síncope) x 100
- (Nº pacientes ingresados para estudio de sincope en neurología / Nº pacientes ingresados por síncope) x 100
- (Nº pacientes ingresados para estudio de sincope en medicina interna / Nº pacientes ingresados por síncope) x 100

- Periodo de observación: junio 2015 a febrero 2015
- Fuente de datos: PCH

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 389

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SINCOPE EN URGENCIAS: OPTIMIZACION DE RECURSOS DIAGNOSTICOS

- Nivel deseado de cumplimentación pre-intervención: 50% cardiología, 20% neurología, 30% medicina interna.
- Nivel deseado de cumplimentación post-intervención: 80% cardiología, 20% neurología.
- Medición de datos: octubre 2015 y marzo 2016

+ Indicador de adecuación servicio de destino:
- (Nº pacientes ingresados para estudio de sincope en cardiología con verificación de etiología cardiogénica / Nº pacientes ingresados para estudio de sincope en cardiología) x 100

- Periodo de observación: junio 2015 a febrero 2015
- Fuente de datos: PCH
- Nivel deseado de cumplimentación pre-intervención: 60%
- Nivel deseado de cumplimentación post-intervención: 80%
- Medición de datos: octubre 2015 y marzo 2016

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Análisis de pacientes pre-intervención: de junio a septiembre 2015.
Elaboracion protocolo: septiembre 2015
Realización de sesiones clínicas de presentación de protocolo: octubre y noviembre 2015
Análisis de pacientes post-intervención: de octubre a febrero 2015.
Medición de indicadores: octubre 2015 y marzo 2016.
Evaluación de datos: octubre 2015 y marzo 2016.

11. OBSERVACIONES. Se pretende analizar la situación previa a la elaboración de un protocolo consensuado multidisciplinar para reevaluar posteriormente la correcta implementación del mismo en cuanto a la adecuación del servicio de destino para estudio de los cuadros sincopales con sospecha de etiología cardiogénica que requieren ingreso hospitalario.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Síncope
OTRA PALABRA CLAVE 2. Optimización de recursos
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 278

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN INGRESO HOSPITALARIO

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
· BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· GOMEZ GONZALEZ CRISTINA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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.
Por lo cual 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 mínima 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 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.
Asimismo, pretendemos implantar un protocolo de identificación de pacientes fumadores, ingresados a cargo de nuestro servicio, para el inicio de la deshabituación durante el mismo ingreso si es posible, llevando el seguimiento posterior desde la consulta de enfermería de terapias respiratorias. Este servicio podría ser posteriormente ampliado a otras plantas del hospital si consiguiéramos reestructurar las horas de enfermería, o dispusiéramos de más personal de enfermería dedicado a ello.
La historia del paciente, por norma general no suele recoger el tabaquismo como una 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.
Si ya viene filiado de urgencias como paciente fumador, será más sencillo que su médico de planta o su enfermera nos lo derive para intervenir, o incluso que cualquier sanitario, al ver este dato en la historia pueda realizar una intervención breve.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se atenderán pacientes derivados, en una primera fase, por los servicios de Cardiología y 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 breve, y una intervención conductual, además de los test de Fagerstrom y Richmond. 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, datos espirométricos previos o actuales si no está contraindicada… Esta parte la realizará el enfermero experto en tabaquismo.
Si el paciente es receptivo a comenzar una deshabituación, plantearemos un 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.
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 ello supone para la calidad de vida del paciente y la mejora en el pronóstico de su enfermedad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizarán los test de Fagerstrom y de Richmond 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.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 278

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN INGRESO HOSPITALARIO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio segunda quincena de mayo.
Se informará a los servicios de Neumología y de Cardiología del inicio de este proyecto de mejora. Se incidirá durante este mes de mayo y junio en la inclusión del tabaquismo como diagnóstico en la historia clínica y de enfermería.
Se instruirá al personal de enfermería de dichos servicios 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 charla para personal médico y de enfermería del hospital en el mes de junio.
En marzo de 2016 se iniciará la evaluación.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora de la calidad asistencial buescando una mejora en la calidad de vida del paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica y patología cardíaca.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Tabaquismo, EPOC, IAM, ASMA,
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 509

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA ENFERMERA QUIRURGICA EN EL USO DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CANO LAZARO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. QUIRÓFANO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO
· ESBEC ALBALAD MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO
· ROCHE ORDUNA MIRIAM. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO
· GIMENEZ PEREZ SILVINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO
· SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO
· TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4. Las enfermeras quirúrgicas del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, desempeñan su labor tanto como enfermeras instrumentistas, como enfermeras circulantes y de anestesia. El volumen de intervenciones quirúrgicas de este centro, así como su complejidad, manifiestan una superespecialización dentro de la enfermería de quirófano como enfermera de anestesia, que precisa de una adecuada formación continuada del este personal, y de una revisión y actualización de los equipos y materiales de los que dispone.
La formación continuada se objetiva como una herramienta que garantiza la seguridad del paciente y optimiza el uso de los recursos materiales del servicio, mejorando la calidad asistencial.
La oportunidades de mejora incluyen:
- La revisión y actualización de contenidos del carro de intubación difícil.
- La normalización de sus revisiones periódicas.
- La formación periódica de todos los enfermeros quirúrgicos en el manejo del carro de intubación difícil.
La situación de partida pretende dotar de los conocimientos necesarios a las enfermeras quirúrgicas del centro, en el manejo eficaz de los materiales y técnicas empleadas por el Anestesiólogo en una intubación difícil, dotándoles de una misma línea de actuación, que favorezca una resolución ágil y eficaz de dicha situación.
Las fuentes de información incluyen una revisión bibliográfica en las principales bases de datos y motores de búsqueda, así como aquella información proveniente de la experiencia de las enfermeras de anestesia de este proyecto.
La importancia y utilidad de la elaboración de un plan formativo periódico, y la actualización de contenidos del carro de intubación difícil, está relacionada con:
- La resolución eficaz de una intubación difícil, y la prevención de las posibles complicaciones.
- La normalización del continente y contenido, y de las revisiones del carro de intubación difícil, como instrumento de toma de responsabilidades que involucre a Anestesiólogos y enfermeros de anestesia.
- El trabajo en equipo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 5. Aún no se dispone de resultados.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 6. Los resultados que se pretenden conseguir incluyen:
- La creación de un grupo de trabajo
- La unificación de criterios, elaborando un listado de material necesario en este tipo de circunstancia en la atención intraoperatoria del paciente, en colaboración con el Servicio de Anestesiología y Reanimación del centro.
- La adecuación del carro físico para contener los equipos y materiales, que permita un desplazamiento ágil y seguro del mismo.
- La dotación de unas habilidades en el manejo de los algorritmos y los equipos y materiales a los enfermeros quirúrgicos, que agilicen la resolución satisfactoria de dicha incidencia.
- La eliminación de factores de riesgo que favorezcan la aparición de resultados erróneos.
- La estandarización de la revisión del carro de intubación difícil.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7. Método y actividades para mejorar
- Formación de un grupo de trabajo
- Elaboración del listado de equipos y materiales consensuado con el Servicio de Anestesia y Reanimación, a disposición del personal en el carro de intubación y en la Intranet.
- Creación de un protocolo de revisiones, acordando su perioricidad y el personal asignado con la Supervisión de Enfermería. Designación del lugar idóneo para su ubicación dentro del Bloque Quirúrgico.
- Realización de sesiones formativas periódicas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de enfermeros de preanestesia-despertar formados mensualmente x100 / número de enfermeros de preanestesia-despertar
- Número de enfermeros quirúrgicos formados mensualmente x100 / número de enfermeros quirúrgicos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: Junio 2015 / Finalización: Diciembre 2015
Programa de actividades:
- Formación del grupo de trabajo: Junio 2015.
- Revisión bibliográfica, e intercambio de información entre los enfermeros participantes en el proyecto: Junio 2015.
- Elaboración del listado de equipos y materiales: Junio-Agosto 2015.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 509

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA ENFERMERA QUIRURGICA EN EL USO DEL CARRO DE INTUBACION DIFICIL

- Creación del protocolo de revisiones: junio-agosto 2015.
- Sesiones formativas periódicas (mensuales):
  - presentación del nuevo listado
  - protocolo de revisiones
- manejo de la intubación difícil

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 230

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION MULTIDISCIPLINAR, EN LOS CASOS DE GONARTROSIS EN PACIENTES OBESOS, PREVIOS AL PLANTEAMIENTO DE LA ARTROPLASTIA DE RODILLA

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.
· GARCIA GARCIA MARIA BLANCA. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA
· BANDRES NIVELA MARIA OROSIA. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA
· LAMBAN MASCARAY NOEMI. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA
· VIDAL PERACHO MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA
· GRACIA GIMENO PAOLA. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA
· BARRAGAN ANGULO AMAYA. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La artrosis es una de las enfermedades musculo esqueléticas más frecuentes, en torno al 15% de la población la padece. Debido al envejecimiento progresivo de la población es una patología en auge, que ha despertado un renovado interés por su prevención y el tratamiento. El conocimiento de la evolución natural de la artrosis debe servir para guiar la agresividad del tratamiento. Concretamente la artrosis se trata de una enfermedad crónica con fases de empeoramiento y de mejoría, que con un tratamiento adecuado puede conservar una función y bienestar razonable.
La reducción de peso debe recomendarse desde el principio. Una pérdida de 0,5 Kg disminuye en 1,5 kg a 2kg la carga en la articulación. Un paciente con un sobrepeso de 16 kg añade más de 50 kg de carga a cada rodilla por paso. Si el paciente da 2000 pasos al día, está aplicando 100 toneladas adicionales al día a través de una rodilla ya dañada. Un estudio reciente demostró que la pérdida de peso en mujeres de mediana edad y mayores redujo significativamente la incidencia de artrosis en la rodilla (Felson DT, Zhang Y, Anthony JM, et al: Weight loss reduces the risk of symptomatic knee osteoarthritis in women. Ann Intern Med 116:535-539,1992). Aunque parece una medida muy lógica, pocos estudios descriptivos han analizado esto y comparado una ralentización del avance de la artrosis y del dolor. El estudio ADAPT (Arthritis, diet and activity promotion) intentó calcular la contribución relativa de cada modalidad terapéutica. Se realizó una asignación aleatoria de 316 pacientes con sobrepeso y artrosis de rodilla en cuatro grupos: educación saludable (estilo de vida), sólo dieta, sólo ejercicio, y dieta más ejercicio. Al final de los 18 meses del estudio, el grupo con dieta y ejercicio fue el que más mejoró en función, distancia andada en 6 minutos, tiempo en subir escaleras y dolor en la rodilla (Messier SP, Loeser RF, Miller GD, et al: Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis: the arthritis, diet, and activity promotion trial. Arthritis Rheum 50:1501-1510,2004).
Los objetivos principales del diseño de este protocolo a través del asesoramiento y control dietético de esto pacientes abarcaría:
• Conseguir una pérdida de peso mantenida en el tiempo que consiga reducir el riesgo que el exceso de peso ocasiona a la salud. La dieta hipocalórica equilibrada es el tratamiento dietético más recomendado por la mayoría de las sociedades científicas (dieta que origina un déficit calórico entre 500-1000 Kcal al día). La distribución de los macro nutrientes no se diferenciaría de la de la población general (60 % de la energía en forma de hidratos de carbono, 15-20%de la energía en forma de proteínas y el 20-25% de la energía en forma de grasa). De esta forma abogaríamos por los siguientes resultados:
o Retrasar el proceso natural de la evolución artrósica en pacientes en estadios incipientes de artrosis (Ahlbäck grado I-II).
o Mejorar las molestias en paciente mayores o con contraindicaciones médicas que no puedan ser sometidos a una artroplastia total de rodilla.
o Obtener mejores resultados y prolongar la vida media de los implantes en aquellos pacientes que ya han sido sometidos a una prótesis de rodilla.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El tratamiento de la obesidad (IMC > 30) pretende conseguir una disminución de la grasa corporal preservando al máximo la masa magra, debe realizarse en un espacio de tiempo prolongado, debe ser eficaz a largo plazo para mantener el peso perdido. Hay que prevenir las futuras ganancias de peso y esto conlleva una función de la educación alimentaria que destierre errores y hábitos de alimentación inadecuados. La disminución de peso se asocia con la mejoría de factores de riesgo cardiovascular asociados a la obesidad (hipertensión arterial, dislipemia, prediabetes o diabetes mellitus), con la mejoría de otras comorbilidades vinculadas al exceso de peso como apnea del sueño, artrosis y riesgo neoplásico. El descenso de peso induce una mejoría psicosomática con recuperación de autoestima, aumenta la capacidad funcional y mejora la calidad de vida.

Se persigue a través de un trabajo multidisciplinar que comprendería los servicios de endocrinología y traumatología, una mejoría del control del dolor (escala WOMAC y SF36) en estos pacientes así como una disminución a largo plazo de los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica. Por último actuar de forma preventiva sobre el proceso de desgaste y movilización de las artroplastias que en un futuro va a suponer una sobrecarga quirúrgica importante en los servicios de traumatología del área. De forma indirecta mejorar la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios mediante un mejor control terapéutico y funcional de estos pacientes.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 230

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION MULTIDISCIPLINAR, EN LOS CASOS DE GONARTROSIS EN PACIENTES OBESOS, PREVIOS AL PLANTEAMIENTO DE LA ARTROPLASTIA DE RODILLA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará el diseño de un protocolo en el cual en base a ciertos criterios de inclusión se derivarán a los pacientes del aérea I con sobrepeso (IMC>30) y gonalgia por gonartrosis (no quirúrgica en primera instancia) desde el servicio de traumatología al servicio de endocrinología del hospital, para ser sometidos a un programa de control dietético. Finalmente los pacientes serán evaluados mediante ciertas escalas de control analgésico y funcionalidad dolor (escala WOMAC y SF36) ; y sometidos finalmente si procede a su tratamiento quirúrgico y posterior seguimiento.

u CONDUCTA A SEGUIR POR PARTE DE TRAUMATOLOGÍA HACIA ENDOCRINOLOGÍA:

- Obesidad grado I (IMC 30-34,9):
o Iniciar dieta hipocalórica:
? Mujeres: dieta de 1400 calorías.
? Hombres: dieta de 1800 calorías.
o Si no se consigue el peso objetivo (IMC <30) o una pérdida ponderal de 0,5-1 Kg cada semana, derivar a consultas de Endocrinología.

- Obesidad grado II (IMC 35-39,9), obesidad grado III (IMC 40-49,9) y obesidad grado IV (IMC >50)
o Iniciar dieta hipocalórica como se recomienda previamente.
o Derivar a consulta de Endocrinología.

- Otros criterios de derivación:
o Presencia de Diabetes Mellitus.
o Presencia de otros factores de riesgo cardiovascular (HTA y dislipemia) de difícil control.
o Presencia de SAOS.

El paciente que sea derivado a la consulta de Endocrinología debe realizarse previamente una analítica general (glucemia, HbA1c, función renal, función hepática, perfil lipídico y TSH.
u SEGUIMIENTO POR PARTE DE ENDOCRINOLOGÍA:

- Los pacientes serán controlados en consulta de Endocrinología y Enfermería durante un año. El período de recogida de pacientes será durante 3 meses y se reevaluarán durante 1 año
- Consulta médica:
o Se hará una valoración médica y se inicia educación nutricional.
o Revisión cada 3 - 4 meses con analítica general y control de peso, perímetro abdominal y otros factores de riesgo cardiovascular que podemos encontrar en los pacientes obesos.
o Se realizará impedancia para valorar evolución del porcentaje de masa magra y masa grasa.

- Consulta de enfermería:
o Encuesta nutricional y refuerzo en la educación nutricional insistiendo en los cambios de hábitos.
o Control peso (pérdida de 0,5-1 Kg a la semana).
o Revisión 1-2 meses

u SEGUIMIENTO POR PARTE DE TRAUMATOLOGÍA
- Se hará una valoración médica, controlando la autonomía funcional y el control analgésico (WOMAC, SF 36) en relación a una mejoría en la calidad de vida.
- Se hará un control cada 3-4 meses con Rx.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes con sobrepeso que mejoran funcionalmente y clínicamente tras una pérdida de peso. Entendiendo por pérdida de peso:
o IMC <30 ó
o Conseguir una pérdida ponderal de un 8% del peso en los próximos 6-12 meses aproximadamente.
o Dado que la pérdida de peso es difícil mantenerla, al año la pérdida de peso debe ser del 4% aproximadamente.

- Número de pacientes mayores de 80 años con sobrepeso que mejoran y evolucionan correctamente mediante tratamiento conservador.
- Número de visitas a la consulta de traumatología por dolor de los pacientes sometidos a una terapia de reducción de peso con éxito.
- Comparación de número de infiltraciones, radiografías y RNM realizadas en el año de realización del estudio con respecto al año anterior.
- Cálculo final del ahorro económico.
- Número total de pacientes/número de pacientes que asisten a la consulta de endocrinología.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los protocolos se realizarán en Mayo y Junio 2015. Los componentes del equipo pondrán en práctica el protocolo y comenzarán la evaluación de los pacientes a partir de la segunda mitad del 2015. Durante los tres primeros meses se procederá al reclutamiento de los pacientes y en los 9 meses restantes se realizará el seguimiento de los mismos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 230

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION MULTIDISCIPLINAR, EN LOS CASOS DE GONARTROSIS EN PACIENTES OBESOS, PREVIOS AL PLANTEAMIENTO DE LA ARTROPLASTIA DE RODILLA

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Obesos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Obesidad
OTRA PALABRA CLAVE 2. Gonartrosis
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 371

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INICIO DEL DESARROLLO DE SESIONES MULTIDISCIPLINARES PARA LA EVALUACION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR ZARAGOZA AREA II

2. RESPONSABLE ..... MARA CHARRO CALVILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA
· BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIOLOGIA
· ESCARTIN VALDERRAMA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA
· RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIOLOGIA
· SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
· GIMENO NUÑO NIEVES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENFERMERA DE CONSULTA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El número y la complejidad de los pacientes que padecen enfermedad inflamatoria intestinal en nuestro medio continúa incrementándose de forma progresiva en los últimos años. Este aumento, hace necesario un espacio en que podamos valorarlos de forma reglada para así aunar esfuerzos para su mejor manejo. Además nos permitirá planificar el tratamiento médico quirúrgico que algunos de ellos van a precisar y optimizar la información que pueden facilitarnos las nuevas técnicas radiológicas disponibles.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Encontrar un lugar físico y un tiempo reglado dentro de las planings habituales de cada servicio, para poder evaluar en conjunto a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de características complejas. La mejora en la organización entre los servicios de Aparato Digestivo, Cirugía general y radiología, pretende traducirse en un manejo especializado y multidisciplinar de una patología compleja, mejorando con ello la atención del paciente e intentando que esto repercuta en una mejor optimización de los recursos sanitarios. Siendo un paso más hacia la la posibilidad de crear en un futuro una unidad multidisciplinar para el manejo y tratamiento de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en el Hospital Royo Villanova.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Presentación del proyecto a los jefes de servicio de Aparato Digestivo, Cirugía General y radiodiagnóstico, para su evaluación y aprobación.
• Realización de una sesión clínica conjunta para decidir los facultativos interesados en su configuración por parte de los tres servicios arriba mencionados.
• Elaboración de un calendario de sesiones para reunirnos en un entorno que favorezca la colaboración entre servicios.
• Divulgación de la existencia de dichas sesiones para que el resto de facultativos de Aparato Digestivo y Cirugía fundamentalmente, que puedan tener a su cargo pacientes complejos con enfermedad inflamatoria intestinal tengan la oportunidad de acudir a este foro para la presentación del caso clínico y así evaluarlo.
• Registro de un acta de todas la sesiones desarrolladas.
Análisis de los parámetros registrados en dichas actas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Seguimiento del número de sesiones realizadas en hospital Royo Villanova a lo largo del siguiente año a la puesta en marcha de este proyecto y el número de casos clínicos valorados en las mismas. Evaluar si existe una mejora en la organización que permita:

.- Mejorar la coordinación de tratamiento quirúrgico y médico combinado, en distintos tiempos y órdenes, según el caso individual.

.- Mejorar el control clínico de un conjunto de pacientes especialmente complejos que precisan de una actuación combinada de varios facultativos.

.- Evaluar si aparecen efectos adversos relacionados con el tratamiento médico o quirúrgico decidido para cada enfermo concreto, pudiendo realizar así un ejercicio de retroalimentación para poder aprender de cada caso concreto.

.- Analizar la concordancia entre los resultados de las nuevas técnicas de imagen con la endoscopia y con los test bioquímicos disponibles en nuestro medio. Así podremos avanzar en el conocimiento de cuáles son las aportaciones de cada una de las técnicas y caracterizar a cada paciente de forma individualizada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2015:
.- Presentación del proyecto a los Jefes de servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Radiodiagnóstico.
.- Realización de la primera sesión clínica conjunta que permita el inicio del proyecto.

Junio 2015:
.- Consensuar el personal facultativo que va a conformar la plantilla fija de las sesiones, por parte de os

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 371

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INICIO DEL DESARROLLO DE SESIONES MULTIDISCIPLINARES PARA LA EVALUACION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECTOR ZARAGOZA AREA II

tres servicios implicados.
.- Elaborar un calendario de reuniones, con una periodicidad fija o variable, a fijar por los miembros de las sesiones.

Junio 2015:
.- Inicio de las sesiones multidisciplinares, registro de las mismas, con el número de pacientes que se valora en cada una de ellas y la decisión clínica adoptada en cada caso.

Diciembre 2015:

.- Análisis del número de sesiones realizadas y el registro del número de pacientes evaluados.
.- Análisis del registro realizado en cada sesión, extrayendo datos de las actas aprobadas en cada sesión.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 037

1. TÍTULO

DIGITALIZACION CONSENTIMIENTOS RADIOLOGIA EN HOPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL CIRES ORTIZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TAIRA LACAMBRA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CAVA ABADIA ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ANDIA CORTES PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· JULIAN ZARAZAGA ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CIPRIAN GALINDO ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Radiología dejó de generar placas físicas en nuestro Sector hace dos años, y nos hacen llegar al Servicio de Documentación Clínica y Archivos los Consentimientos informados de pruebas especiales con la firma del paciente y del médico que la ha realizado.
En los tres Servicios de Documentación Clínica del Sector I vamos a escanear y guardar cada documento en una zona privada de Intranet, con posibilidad de acceso y búsqueda en el momento que se necesite.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es avanzar hacia la Historia Clínica Electrónica, "sin papel".

La plantilla del Servicio de Documentación Clínica y Archivos tiene que adaptarse a los cambios tecnológicos de nuestro tiempo, y pensamos que la digitalización es el futuro de las Historias de papel.

Invertiremos el tiempo de archivar físicamente en la historia en la consecución de un documento digital, de fácil acceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En estos momentos, ya tenemos la infraestructura necesaria para realizarlo en cada centro. Hemos creado una carpeta de Archivos para que los documentos se escaneen en ella.
El personal administrativo nombrará uno a uno cada Consentimiento con el Número de Historia del paciente y la fecha del mismo.
El responsable de cada Centro se encargará diariamente de subir los documentos a la carpeta privada que tenemos en Intranet y de buscar, dar permisos o imprimir lo que se necesite.
Responsables: En C.M.E. Grande Covián Mariano Valdezate González, en Hospital Royo Villanova Mª Purificación Lorente Gordo y en Hospital Nuestra Señora de Gracia Antonio Blasco Jiménez.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % DIGITALIZACIÓN DE CONSENTIMIENTOS DE RADIOLOGÍA ATRASADOS DESDE ENERO 2015.

A PARTIR DE JULIO: % DE CONSENTIMIENTOS DE RADIOLOGÍA DIGITALIZADOS RECIBIDOS POR SEMANA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo: puesta a punto de infraestructura en cada centro, ordenación de los consentimientos recibidos desde primeros de año, separando los que no están firmados por no tener validez.
Comenzamos la digitalización de los consentimientos por orden de fecha, desde Enero de 2015.

A partir de Julio: Llevaremos la digitalización al día, lo incluimos en las tareas diarias de la plantilla.

Noviembre: valoración del objetivo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 056

1. TÍTULO

EDUCACION Y MOTIVACION PARA LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN EL TRATAMIENTO CON TERAPIAS MODIFICADORAS DE LA ENFERMEDAD DE ESCLEROSIS MULTIPLE DESDE LA CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... ELENA CONDON GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras incorporarme en la consulta de Neurología en Enero de 2014, detecté que el éxito en el mantenimiento de las terapias inmonusupresoras a largo plazo para la EM dependía mucho de la calidad de la educación y el apoyo prestados `por parte del neurólogo y la enfermera responsables de la EM. En nuestro hospital es el Dr. Perez Trullén y yo.
Dado el aumento progresivo de los casos de EM tanto por aumento de la población que tratamos como de la detección cada vez mayor, el número de casos ha aumentado y el número de pacientes en consulta también , manejando una población con un diagnóstico que implica cierta frustación y donde el tratamiento debe descansar en la participación activa y responsable para realizar los ajustes y cambios necesarios . Esto requiere un tiempo que debe complementarse en la consulta de enfermería de EM.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Aumentar la adherencia a los tratamientos de EM proporcionando información oral y escrita y encajando las necesidades individuales de los pacientes.
2. Desarrollar estrategias para ayudar a los pacientes a mantener su terapia y optimizar los beneficios de su eficacia en el tratamiento de la EM.
3. Generar confianza y accesibilidad al servicio desde el primer día que entran en la consulta.
4. Crear un tiempo a la consulta de enfermería donde se les pueda hacer una educación integral de su patología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Llevar un seguimiento sistemático y continuo de los pacientes de EM según la metodología enfermera .
2.Actualización de mi formación com educadora de EM asistiendo a los cursos relacionados con esta patología .
3.Adherirme al plan nacional de cuidados de enfermería al paciente con EM avalado por SEDENE.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Elaboración de planes de cuidados estandarizados según taxonomía NANDA , NOC Y NIC
2. Revisión de la puntuación en la Escala Expandida del Estado de Discapacidad (EDSS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La población a seguir seran todos los pacientes con EMRR que lleven tratamiento inmonumodulador .
Durante el mes de junio del 2015 se empezará la implantación de la consulta de enfermería de lunes a viernes de 14 a 16h .
Durante los meses de julio , Agosto y Septiembre se emitiran los juicios diagnósticos según el modelo de Gordon.
En los meses de Octubre , Noviembre y Diciembre se abordaran los juicios terapéuticos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con EMRR

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 636

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL REGISTRO DE ACCIDENTES BIOLOGICOS EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO EZPELETA ASCASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAD USON MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· PASTOR GIL MARIA PAZ. TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. H ROYO VILLANOVA. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los profesionales de la salud corren riesgo de sufrir lesiones producidas por agujas, otros instrumentos cortantes y punzantes y por salpicaduras.
El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC) son los riesgos más habituales.
Los datos de accidentabilidad biológica desde le años 2008 en nuestro Sector presenta una ligera tendencia al alza.
El marco normativo establecido por el RD 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo determina la obligación del registro de las correspondientes exposiciones, accidentes e incidentes a agentes biológicos.
La Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario en su artículo 7, incluye la notificación sis

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Conocer la incidencia de los accidentes biológicos entre el personal sanitario y valorar el riesgo de infección post-exposición, Identificar la población en riesgo
• Establecer pautas y protocolos de actuación y seguimiento ante los accidentes biológicos.
• Identificar las prácticas y grupos de alto riesgo sobre los que se haga necesario realizar actuaciones preventivas.
• Determinar la naturaleza de la exposición distinguiendo entre accidentes percutáneos y cutáneo mucosos.
• Describir las tareas y procedimientos realizados en el momento del accidente, así como el material implicado..
• Evaluar las medidas de prevención adoptadas por el sanitario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Cumplimentación de " Encuesta de exposición accidental con material biológico" , determinación de variables mínimas a recoger como complemento al parte interno de accidente
• Registro en hoja de calculo Excel de las variables que constan en la encuesta para su posterior estudio y explotación.
• Difusión y realización de sesiones específicas sobre accidentes biológicos .
• Elaboración de informe de Vigilancia colectiva de la salud.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Incidencias de accidentabilidad por servicios, categoría profesional
• Tipificar el tipo de lesión, fluido y objeto causante de la lesión
• Porcentaje de de trabajadores que adoptan medidas inmediatas adecuadas.
• Número de trabajadores en seguimiento serológico, con quimioprofilaxis VIH y monitorización de efectos secundarios
• Porcentaje de coberturas de inmunización hepatitis B.
• Comparación y tendencia con la vigilancia de la salud colectiva 2013. 2014.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. A lo largo de todo el año 2015. imtroduciendo o el usla encuesta optimizada con fecha 01.06.2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. trabajadores del sector I
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. registro
OTRA PALABRA CLAVE 2. n
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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 636

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL REGISTRO DE ACCIDENTES BIOLOGICOS EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 553

1. TÍTULO

CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA FERRERAS AMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SARRAT TORRES MARCO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
· ARRIBAS ENTRALA BELEN. MIR. H ROYO VILLANOVA.
· HERRANZ ANDRES CLARA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
· RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
· DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE URGENCIAS
· HURTADO PONCE GABRIEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE URGENCIAS
· EITO CUELLO JUAN JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE URGENCIAS
· CAUDEVILLA MARTINEZ ARANZAZU. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE URGENCIAS
· COLAS OROS CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
· LASSO OLAYO JESUS MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
· ALADREN PEREZ BELEN. MEDICO/A. H DE JACA. SERVICIO DE URGENCIAS
· SUPERVIA ALONSO ALBERTO. MEDICO/A. H DE JACA. SERVICIO DE URGENCIAS
· RODERO ALVAREZ FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
· ANDRES SALIENTE AURORA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
· MARRON TUNDIDOR RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con el enfoque actual, la Sepsis Grave (SG) y el Shock Séptico (SS) pertenecen al grupo de enfermedades tiempo-dependiente, entendiéndose aquellas en las que un retraso en el diagnóstico o en el tratamiento influye negativamente en la evolución. Así pues, los servicios de urgencias pasan a tener un papel crucial tanto en la detección precoz como en el inicio del tratamiento de la SG/SS. Para garantizar una asistencia ajustada al factor tiempo se han creado unos códigos, cuya activación se basa en datos clínicos, como es el caso del código ictus o el código dolor torácico. Estos códigos han demostrado disminuir la morbi mortalidad al priorizar la asistencia y el tratamiento. La Comunidad de Aragón utiliza el programa informático denominado Puesto clínico hospitalario (PCH). Se decidió integrar la activación del código de sepsis grave (CSG) a través de los parámetros que se obtienen en el momento de triaje de una forma automática dentro del propio programa informático. De esta manera, se buscaba alertar de forma precoz al personal sanitario (personal facultativo y de enfermería) de los posibles casos de SG y SS. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la utilidad de esta herramienta al comparar una muestra de enfermos detectados por el sistema de alarmas en todos los Hospitales de Aragón tras activar el CSG automático, con respecto a una muestra del año previo sin la detección automática.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el Hospital Royo Villanova, tras la implantación del CSG, el porcentaje de cumplimiento del paquete de tratamiento de la sepsis fue mayor frente a la muestra histórica, respectivamente, para los hemocultivos 96,3% frente a 80,9% ($p < 0,001$), antibiótico menor a 1 h 62,9% frente a 39,3% ($p < 0,001$), determinación de ácido láctico 91,4% frente a 77,9% ($p < 0,001$) y la aplicación de volumen adecuado 57,7% frente a 54,3% ($p = 0,54$). La mortalidad durante el ingreso se redujo en términos absolutos del 25% de la muestra histórica al 13,6% tras implantar CSG.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos una mejora significativa en la aplicación del bundle a las 3 horas con una reducción del tiempo de aplicación del antibiótico y unas mejoras en el porcentaje de cumplimiento del resto de medidas de la Campaña sobrevivir a la Sepsis

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se establecen las alarmas que debe mostrar el programa informático teniendo en cuenta los criterios de Síndrome de Respuesta Inflamatorio Sistémico (SRIS) en el momento de triaje.
Estas alarmas permanecerán en el PCH en una localización visible una vez cerrado por enfermería de triaje. Estos enfermos resaltan en la pantalla del ordenador con una coloración verde específicamente destinada a tal efecto. La identificación definitiva de un paciente con sospecha de sepsis tras la alerta corresponderá al médico responsable del paciente. La valoración por tanto de si las alarmas se corresponden con un “caso” pertenece al médico asistencial.
Los pacientes detectados por este sistema de alarmas en el servicio de Urgencias, activan, de manera automática, una base de datos desarrollada al efecto para el registro de las variables dependientes de la evolución del paciente hospitalizado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Comprobar si los pacientes con sospecha de SG detectados por este sistema de alertas cumplen efectivamente criterios de sepsis, sepis grave o shock séptico.
Comprobar si en estos pacientes se han obtenido hemocultivos y otras muestras microbiológicas según foco.
Comprobar los pacientes a los que se les ha administrado antibioterapia precoz tras el diagnóstico de SG.
Comprobar la aplicación del paquete de medidas de tratamiento a las tres primeras horas.
Determinar fasos negativos del sistema de alarmas.
Medir mortalidad y estancia hospitalaria en los pacientes con SG/SS.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 553

1. TÍTULO

CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio-Diciembre 2015: Recogida de pacientes tras la aplicación del CSG (grupo intervención). Paralelamente se realizará una búsqueda histórica de los mismos meses del año previo al estudio designado como grupo control.
Enero-Marzo 2016: Depuración y análisis de datos, obtención de resultados

11. OBSERVACIONES. GABRIEL TIRADO ANGLÉS. MEDICA. UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. gabrieltiradoangles@yahoo.es
ANA ISABEL EZPELETA. MEDICA UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. aiezpeleta@telefonica.net
CARMEN ASPIROZ. MEDICA. MICROBIOLOGIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. caspirozs@gmail.com
ROSA MARTÍNEZ ÁLVAREZ. MEDICA. MEDICINA INTERNA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. rosamar.mtnez@gmail.com
PALOMA DORADO REGIL. MEDICA. UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. pdorado@salud.aragon.es
BEATRIZ BONED JULIANI. MEDICA. BIOQUIMICA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. bboned@gmail.com11. OTRO ENFOQUE. CLINICO/ UTILIDAD DE CODIGOS DE ACTIVACION AUTOMATICOS

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 395

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA SECTOR I DE ZARAGOZA

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.
· MATIA SANZ MARTA TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· FERRANDO VELA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Hospitalización a domicilio es una prestación a la población como alternativa a la hospitalizaicón convencional que existe en todas las Comunidades Autónomas del estado español, excepto en Aragón, con experiencia más o menos larga. Consiste en un “conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el Hospital convencional". Este Servicio nació con la finalidad de descongestionar los hospitales ampliando su capacidad con camas fuera de él y al mismo tiempo se consigue un trato más humano con el paciente en su hogar, le devuelve a su intimidad evitando el malestar psicológico de verse fuera de su entorno y lejos de su familia, permite mantener sus hábitos alimenticios y de descanso, y finalmente evita infecciones nosocomiales.
Se propone como proyecto de mejora de la calidad en nuestro sector sanitario con la puesta en marcha de dicho Servicio, organizar toda la actividad desempeñada de forma protocolizada tanto la documentación de funcionamiento interno, como protocolos clínicos de las diferentes patologías atendidas y ofertadas en cartera de servicios así como la recogida de datos en la historia clínica electrónica unificada de Aragón.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. o Puesta en marcha del Servicio de Hospitalización a Domicilio con toda la documentación necesaria para su funcionamiento adecuado.
o Atender los procesos que van a ingresar en Domicilio de forma homogénea y con criterios validados de calidad, con las particularidades de este tipo de hospitalización.
o Disponer de todos los datos de los pacientes y curso clínico durante la Hospitalización en domicilio en la Historia Electrónica Unificada de Aragón para poder consultarla en cualquier momento desde los diferentes puestos que podrían puntualmente atender al paciente como Urgencias, Médico Internista de Guardia en el Hospital, Atención Primaria o 061.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a. Elaboración de cartera de servicios en Hospitalización Domiciliaria.
b. Implementación de la hoja de Información a pacientes y familiares ingresados en el Servicio de Hospitalización a Domicilio, consentimientos, hoja de interconsulta específica para el Servicio
c. Elaboración de protocolos y pautas de actuación de las patologías que se atienden en hospitalización domiciliaria.
d. Creación de una base de datos de los pacientes ingresados en el Servicio con información validada en la intranet del sector. Elaboración de indicadores, elección de escalas consensuadas y validadas en las diferentes guías según patologías.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a. Número de Documentos elaborados, aceptados en comisión y utilizados: de funcionamiento interno, hoja de información al paciente y sus familiares, consentimiento de ingreso en el Servicio, diagrama de flujos del Servicio
b. Número de protocolos clínicos de las patologías atendidas en la cartera en nuestro Servicio siguiendo guías clínicas y clínica basada en la evidencia
c. Proporción en porcentaje de los pacientes incluidos en la Historia Clínica Electrónica Unificada con curso evolutivo e informe al alta/ pacientes ingresados en el Servicio de Hospitalización a Domicilio. Proporción de informes con escalas cuantitativas consensuadas de las patologías afectas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de documentación de funcionamiento; Abril- Mayo 2015.
- Elaboración de protocolos clínicos de todas las patologías en cartera del Servicio: Junio 2015- Diciembre 2015
- Elaboración de indicadores incluidos en HCE: Junio 2015- Octubre 2015
- Valoración de los informes en HCE con indicadores: Noviembre 2015- Abril 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PUESTA EN MARCHA NUEVO SERVICIO EN ARAGON
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 395

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA SECTOR I DE ZARAGOZA

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. ..... 1 Nada

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

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.
· CANALES CORTES VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MARTIN RUIZ GLORIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MEJIA CASADO ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MALLEN ALBIR JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 centro, 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 para 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actualmente en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología no existe ningún registro de artroplastia total primaria de rodilla.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova.
Registro compartido a través del servidor del Salud (INTRANET)con las consultas externas de Grande Covián.
Elaboración de un consentimiento informado para la protección de datos del paciente incluido en el registro informático.
Facilitar el análisis estadístico de los datos de los pacientes con ATR y en base a ellos realización de estudios científicos y/o publicaciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración y realización de base de datos informática.
Elaboración de folleto informativo con el consentimiento informado para la inclusión en la base de datos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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 con consentimiento informado firmado, para protección de datos.
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.

9. 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.
Elaboración de consentimiento informado para la protección de datos.
Sesión clínica para explicar al Servicio utilización de la base de datos.
A finales de año:
Aprobación por FEA del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova
Cumplimentación y empleo de la base de datos.

11. OBSERVACIONES. En la actualidad existe una base de datos general con todos los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica o ingresados en el servicio (Con diagnóstico y tratamiento), pero no del procedimiento quirúrgico sometido ni el seguimiento posterior.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Artroplastia de rodilla

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

OTRA PALABRA CLAVE 2. Registro
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 286

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION E INFORMACION AL PACIENTE EPILEPTICO. CONTINUACION DEL PROYECTO DE MEJORA NUMERO 248 APROBADO EN LA CONVOCATORIA 2014

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GARCIA GOMARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La epilepsia es una enfermedad crónica y que cursa con episodios repetidos de disfunción cerebral de diversa índole, incluyendo pérdida de conciencia, déficit motor y/o sensitivo, etc.

Se estima que alrededor de 250000 tienen epilepsia en España y cada año la incidencia aumenta por el envejecimiento de la población, el consumo de tóxicos entre los jóvenes…

Es muy importante que el paciente y su entorno conozcan la enfermedad, así como sus consecuencias, la importancia de cumplir adecuadamente el tratamiento y cómo actuar en caso de una crisis epiléptica para prevenir riesgo de accidentes o incluso muerte que podrían derivarse de ello.

Los pacientes epilépticos de nuestro sector, son atendidos la mayoría de forma ambulatoria, bien en ambulatorio de especialidades, bien en nuestra consulta monográfica del hospital Royo Villanova, siendo estos últimos, pacientes con epilepsia refractaria o difícil control a pesar del tratamiento.

La falta de conocimiento de la enfermedad puede derivar en una mala de calidad de vida para los pacientes y entorno, así como su estigmación social y laboral por el miedo a padecer y a no saber cómo ayudar ante una crisis epiléptica.

Por el gran volumen de pacientes neurológicos que atendemos, implica que un paciente epiléptico controlado en consultas de ambulatorio, se revisa con una periodicidad aproximada de entre 6 meses y un año y sólo se dispone de 10 minutos de consulta para ello y en la consulta de epilepsia, se precisa revisar con mayor regularidad, pero muchos pacientes requieren atención inmediata y no cabe esa posibilidad desde una consulta.

Por ello, los pacientes a menudo buscan información alternativa en televisión, páginas web y foros, cuya información puede ser errónea y crear confusión respecto a su enfermedad.

Por todo lo anterior expuesto, creemos oportuno tomar medidas para mejorar la atención de estos pacientes en nuestro sector.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se trata de un proyecto que comenzamos hace 1 año y que de momento estamos en el paso de elaborar la guía de información para pacientes y familiares con epilepsia.
Con respecto al calendario de plazos del año anterior, hemos tenido que modificarlos y retrasarlos, tanto por el cambio de personal en enfermería que se produjo hace 1 año como porque antes de elaborar la guía, creímos oportuno el realizar una encuesta de conocimiento de enfermedad por parte de los pacientes y familiares para identificar sus inquietudes y el grado de conocimiento y nos ha retrasado todo el proceso.
Actualmente hemos elaborado la encuesta a pacientes epilépticos y familiares acerca del conocimiento de la enfermedad y que vamos a comenzar a distribuir a partir del mes de junio de 2015

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar y aumentar la calidad asistencial a los pacientes epilépticos , a través de mejoría en la comunicación con ellos y familiares e incorporando para ello al personal de enfermería también.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1). Redactar una guía de información para pacientes y familiares epilépticos, que incluya definición comprensible de la enfermedad, causas, consecuencias, tratamiento y cómo actuar en caso de crisis epilépticas y otras situaciones especiales como embarazo, infancia, senectud..

La guía será redactada por la responsable del proyecto que es la neuróloga encargada de la consulta monográfica

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 286

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION E INFORMACION AL PACIENTE EPILEPTICO. CONTINUACION DEL PROYECTO DE MEJORA NUMERO 248 APROBADO EN LA CONVOCATORIA 2014

de
Epilepsia del hospital Royo Villanova.

2). Incorporar a la consulta de enfermería

Incorporar a la consulta de enfermería neurológica del hospital Royo Villanova, la atención al paciente con epilepsia y cuidadores, identificando problemas relacionados con la enfermedad para planificar ayudas educativas para ellos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1). Encuesta a pacientes epilépticos acerca del conocimiento de su enfermedad

2). Encuesta a familiares de pacientes epilépticos acerca del conocimiento de la enfermedad-

3). Reuniones con pacientes y familiares para identificar problemas surgidos en relación con la enfermedad

4). Encuesta de satisfacción a pacientes y familiares, antes y después de la elaboración de las guías y medidas de mejora, para conocer la utilidad de nuestra intervención

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Entrevistar a pacientes y familiares con las encuestas elaboradas de conocimiento de la enfermedad hasta tercer trimestre de 2015 Recoger los datos y revisar los resultados de las mismas para analizar e identificar los problemas de conocimiento de la enfermedad y redactar la guía para su difusión a los interesados durante el primer trimestre de 2016.
Distribuir encuestas de satisfacción de pacientes y familiares hasta segundo trimestre de 2016, para realizar memoria del proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 543

1. TÍTULO

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.
· COBETA GARCIA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. REUMATOLOGIA
· PONS DOLSET JORGE. 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. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Introducción.

La artritis psoriasica (APs) es una enfermedad músculo-esquelética inflamatoria crónica que se asocia a la psoriasis y se clasifica dentro de las espondiloartritis seronegativas. Inicialmente, la APs se consideró de curso más benigno que la artritis reumatoide (AR); sin embargo, posteriormente, se ha evidenciado que tiene un curso progresivo que ocasiona erosiones articulares y pérdida de la función articular comparable al de la AR. Su expresión clínica es muy heterogénea, pudiendo manifestarse como espondiloartritis, artritis periférica, dactilitis o entesitis. En las fases iniciales de la APs, puede ser de difícil diagnóstico, incluso para los reumatólogos. El diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para prevenir el daño articular y una futura discapacidad.
La psoriasis es una enfermedad eritematodescamativa inflamatoria crónica con una prevalencia del 1,4% de la población en nuestro país. Se estima que pueden presentar APs alrededor del 15% de todos los pacientes con psoriasis y, en pacientes con formas especialmente graves de afectación cutánea, este porcentaje puede aumentar por encima del 40%. Por tanto, la APs tendría una prevalencia en la población general entre el 0,3 y el 1%, semejante a la AR. En general, no existe correlación en la severidad clínica entre las manifestaciones cutáneas y articulares.
Las manifestaciones cutáneas preceden a las manifestaciones articulares en un 70% de los casos aproximadamente, mientras que éstas son el primer síntoma de la enfermedad en un 15% de los pacientes. El que en la mayoría de los pacientes la psoriasis preceda a la APs coloca al dermatólogo como una factor clave para la detección precoz de ésta. Sin embargo, recientes estudios revelan que, hasta un 30% de los pacientes con psoriasis controlados por dermatólogos, tenían una APs sin diagnosticar.
La colaboración entre ambos servicios, dermatología y reumatología, para el diagnóstico y control de los pacientes con manifestaciones cutáneas y articulares parece ser necesaria para optimizar el manejo de estos pacientes. Un diagnóstico temprano evita exámenes innecesarios y tratamientos de riesgo, disminuye los costes, reduce el dolor y, en consecuencia, mejora la calidad de vida del paciente. Este manejo coordinado permitiría un control más eficiente y la mejora en los protocolos de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de estos enfermos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En las diferentes consultas de dermatología y reumatología de nuestro hospital, se controlan periódicamente pacientes con psoriasis grave y con APs respectivamente, y un número importante de ellos acuden a control días diferentes a ambos servicios; en muchas de las ocasiones, la decisión del tratamiento (fármaco biológico o terapia sistémica y qué fármaco de entre los disponibles escoger), las visitas de seguimiento o la solicitud de pruebas complementarias deben intentar coordinarse con las decisiones y peticiones realizadas por los dos profesionales implicados.
Por otro lado, en los que se controlan sólo por un servicio, puede existir, por parte del dermatólogo, la duda diagnóstica de si padece artritis psoriasica o una mala evolución articular ya conocida; y, de la misma manera, el reumatólogo puede dudar del diagnóstico de psoriasis cutánea ante un cuadro articular compatible, existir una mala evolución cutánea, tratarse de una psoriasis grave o aparición de complicaciones cutáneas derivadas del tratamiento. Esto conllevaría la elección del mejor fármaco para tratar la patología del paciente o mantenerlo/sustituirlo en el caso de que ya estuviera tratado.
En consecuencia, los objetivos del proyecto que se esperan conseguir son:
1) Facilitar el diagnóstico precoz de la APs en pacientes con psoriasis.
2) Mejorar el manejo de los pacientes con psoriasis y APs.
3) Fomentar la colaboración entre estas las dos especilidades en el Hospital Royo Villanova.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La creación de una consulta multidisciplinar compartida por los servicios de dermatología y reumatología en el manejo de pacientes afectos de psoriasis y APs supone 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.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 543

1. TÍTULO

CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA

c) Mejorar la eficiencia en el manejo de pacientes con psoriasis y APs.

Los pacientes problema serían derivados por los diferentes especialistas de los dos servicios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se elaborará una base de datos donde se recogerán 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.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El inicio de la consulta está previsto para el mes de junio de 2015 pretendiendo darle continuidad a la misma.
Se programará un día de consulta con periodicidad mensual.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes afectos de psoriasis y/o artritis psoriasica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 001

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE PATOLOGIA NEUROMUSCULAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... ALVARO GIMENEZ MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPELLO MORER ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha comunicado a los pacientes que han acudido a nuestra consulta desde el 1/05/14 hasta la fecha actual, tanto primeros días, como revisiones, la creación de la cuenta de correo electrónico, y la posibilidad de emplearla en caso necesario. Se han recibido 18 emails provenientes de 12 pacientes. El principal motivo de consulta fue la comunicación de aparición de nuevos síntomas (44%) y la consulta a cerca de pruebas complementarias realizadas (33%). Esta medida es muy bien recibida por la mayoría de los pacientes, aún cuando una gran proporción de ellos no ha requerido su uso hasta el momento. Cerca de 10% de los pacientes, habitualmente ancianos, nos indica que no dispone de ordenador e Internet en su domicilio, y por tanto no usará este medio en caso de necesitar contactar con nosotros.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los pacientes que lo requieran recibirán apoyo y comunicación de forma continuada.
Se espera reducir el número de interrupciones telefónicas de la consulta y el número de visitas sin cita, contribuyendo de esta manera al normal funcionamiento de la consulta.
Se ofrecerá orientación precoz del paciente en la conducta a seguir y recurso médico/administrativo a utilizar en las circunstancias concretas que nos plantee, evitando así p.ej. visitas innecesarias a urgencias por procesos que pueden manejarse de manera ambulatoria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se estableció una dirección de correo electrónico (neuromuscular.hrv@gmail.com), a cual se entrega a los pacientes conforme son visitados en nuestra consulta.
Se les ofrece la posibilidad de escribir a esta dirección siempre que lo requieran, para solventar dudas médicas, administrativas o de otra índole.
Antes de comenzar la consulta (jueves 8.30) se consulta la cuenta de correo, y así pueden solicitarse las historias clínicas al archivo si es necesario consultarlas. Se contesta a los correos al finalizar la consulta ese mismo día, o al día siguiente si no es posible.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A finales de diciembre de 2014 se realizó una encuesta mediante la herramienta Google Forms, remitida vía email a los pacientes que emplearon el recurso, con las siguientes preguntas (se ofrece entre paréntesis la puntuación media obtenida). La encuesta ha sido contestada hasta ahora por 10 de los 12 pacientes que consultaron.
1. Le ha resultado útil la comunicación con la consulta a través de este email? (4,6/5)
2. Cuanto se ha tardado en responder a su duda o solicitud? (4,3/5)
3. Cree que el establecimiento de una dirección de email de contacto facilita la comunicación con la consulta? (5/5)
Por último se ofrece una ventana de texto libre para aportar sugerencias o comentarios adicionales.

Un aspecto que no ha podido cuantificarse es la disminución en el número de consultas telefónicas y consultas directas sin cita. No obstante, consideramos que dado el número de consultas solucionadas vía email, sin duda hemos reducido el empleo de otras vías, que suponen una mayor alteración de la dinámica de la consulta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se trata de un proyecto ya puesto en marcha, y fecha prevista de finalización. Se seguirá ofreciendo el servicio a nuestros pacientes de manera indefinida pues consideramos que aporta beneficios notables en la calidad asistencial y el paciente percibe esta iniciativa de forma muy positiva. Si bien es difícilmente extensible a las consultas generales, sí es una herramienta factible en una consulta monográfica hospitalaria. Se evaluará de forma periódica la satisfacción de los pacientes mediante encuesta electrónica, y se llevará un registro de las consultas recibidas y los motivos de las mismas.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermos neuromusculares

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 001

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE PATOLOGIA NEUROMUSCULAR DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 707

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMERIA QUIRURGICA EN LA CIRUGIA HEPATICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA FELICIDAD HERNANDO PARRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CANO LAZARO RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO
· ESBEC ALBALAD MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO
· ROCHE ORDUNA MIRIAM. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO
· SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO
· TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO
· BOROBIA BONEL RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las enfermeras quirúrgicas del Hospital Royo Villanova de Zaragoza desempeñan su trabajo diario ejerciendo la labor de enfermera instrumentista, circulante y de anestesia.
En cirugías tan complejas como a la que se refiere este proyecto de calidad se hace indispensable una adecuada formación continuada que llegue de forma ágil y rápida al mayor número posible de trabajadores, así como la existencia de una guía que permita agilizar el trabajo y disminuir el número de errores. Esta guía se plasma en la creación de protocolos que puedan ser consultados, revisados y puestos al día de una forma sistemática y continuada.
El problema deriva de una intensa programación quirúrgica y una dinámica de trabajo diario que impide la reunión del equipo de enfermeros quirúrgicos especialistas en Cirugía General. La puesta en común de los conocimientos y novedades, y la actualización continua de los miembros de este equipo se torna difícil.
La oportunidad de mejora pretende la creación de un grupo de trabajo que unifique criterios y favorezca la formación continuada del conjunto de los enfermeros quirúrgicos del quirófano del Hospital Royo Villanova, con el apoyo de las TIC.
El protocolo quirúrgico supone una herramienta indispensable para el trabajo enfermero, dada la alta especialización de su labor diaria. Estos protocolos requieren una continua revisión y actualización dada la complejidad de las técnicas, del aparataje empleado y de la diversidad de materiales quirúrgicos.
La protocolización permite la planificación y con ello la resolución rápida y ágil de problemas, optimizando los tiempos quirúrgicos y mejorando la calidad de la asistencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El proyecto aún no dispone de resultados.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los resultados que se pretenden conseguir incluyen:
-Creación de un grupo de trabajo
-Ampliación de conocimientos en el área de estudio
-Unificación de los métodos de trabajo en la labor diaria.
-Estandarización y sistematización de la revisión continua de protocolos
-Dotación de conocimientos/habilidades respecto a equipos/materiales a los enfermeros quirúrgicos que permita disminuir el número de incidencias.
-Agilidad en la divulgación de las novedades en relación a aparataje y materiales al resto del personal del bloque quirúrgico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las fuentes de información incluyen una revisión bibliográfica en las principales revistas de impacto, bases de datos y motores de búsqueda, así como toda aquella información basada en la evidencia.
Método y actividades para mejorar:
-Formación del grupo de trabajo
-Elaboración de un protocolo con una estructura y formato que permita una revisión ágil, que permita posteriormente su adaptación al formato estandarizado.
-Realización de revisiones periódicas por parte del grupo de trabajo
-Realización de sesiones formativas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de enfermeros formados x100/nº enfermeros totales
Nº de actualizaciones del protocolo realizadas en el año

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: junio 2015/ Finalización: diciembre 2015
Programa de actividades:
-Formación del grupo de trabajo: Junio 2015
-Revisión bibliográfica e intercambio de información entre los enfermeros participantes en el proyecto: junio 2015
-División de las partes del protocolo entre los miembros del equipo para la elaboración del mismo: Junio 2015
-Puesta en común para la elaboración del protocolo: Julio-agosto 2015
-Sesiones formativas al resto del personal del bloque quirúrgico: septiembre-octubre 2015
-Establecimiento de la sistemática de revisión periódica del protocolo: octubre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 707

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMERIA QUIRURGICA EN LA CIRUGIA HEPATICA

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 082

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE VIDEO TUTORIAL SOBRE EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE DRENAJE PLEURAL EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER LAZARO SIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTANERA MOROS ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· GOMEZ GONZALEZ CRISTINA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· CLAVERIA MARCO PALOMA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· CABESTRE GARCIA ROBERTO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA
· PARDO VINTANEL TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL
· GARCIA CLEMENTE MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Grupo de Trabajo y Mejora de Calidad de Neumología Intervencionista del Hospital Royo Villanova nace con el objetivo de aportar formación al personal médico y de enfermería sobre el manejo de la patología pleural y técnicas endoscópicas.
Este grupo considera que la formación de los enfermeros y médicos en el manejo de las técnicas pleurales y los sistemas de drenaje puede ser mejorada.
En nuestro centro todas las plantas tienen a su disposición un ordenador para la gestión de pacientes. Se puede utilizar ese ordenador para presentar medios audiovisuales que faciliten el manejo y solventen las dudas más frecuentes sobre distintas patologías.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el manejo de los drenajes pleurales ingresados en nuestro centro.
Unificar criterios a la hora del manejo de los mismos.
Resolver dudas, de manera inmediata, en el manejo estos sistemas.
Evitar complicaciones derivadas de una falta de experiencia con el dispositivo drenaje pleural de nuestro centro, el Pleurevac.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se grabará un vídeo por parte del Grupo de Mejora de Calidad de Neumología Intervencionista del Hospital Royo Villanova, formado por Neumologos, Cirujanos, Médicos de urgencias y Personal de Enfermería.
El vídeo explicará de manera gráfica y muy visual el manejo básico de los pacientes con sistemas de drenaje pleural

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se pasará una encuesta antes de “colgar” el vídeo la semana del 25/05/2015. Se pasará a los Supervisores de Enfermería que a su vez la harán extensivas a los miembros del personal de enfermería de cada una de sus plantas. Los servicios encuestados serán los plantas médicas y quirúrgicas, urgencias y UCI.
A los 5 meses, en el mes de Noviembre, se volverá a pasar la encuesta para conocer el impacto que el vídeo ha tenido sobre el personal de enfermería.
Monitorizar el proceso mejorado
Para monitorizar la utilidad de este proceso se elaborará un cuestionario sobre el vídeo. El objetivo será comparar los resultados del cuestionario realizado antes del lanzamiento del vídeo y a los 5 meses de su implantación.
Para que los resultados de la encuesta sea extrapolable se ha calculado el tamaño muestral en 10 encuestas por planta y 25 encuestas en el servicio de Urgencias, es decir un total de 105 encuestas.
Se confeccionará una hoja de Excel para introducir los datos y el análisis estadístico se realizará con SPSS 20.0.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Para solucionar este problema planteamos la grabación de un vídeo que solvente las dudas más frecuentes. Dicho video se basará en el Manual de la SEPAR “Dispositivos de Drenaje Pleural: Procedimientos y Cuidados de Enfermería” publicado en el año 2012.
Dicho video se “colgará” en el escritorio de las plantas de nuestro centro, asegurando de este modo el acceso de todo el personal de enfermería.
El vídeo se grabará el día 14/05/2015 por parte de los miembros del Grupo de Mejora y se “colgará” el día 15/06/2015.
En esa fecha se realizará una sesión general del Hospital dirigida a todo el personal de Enfermería y Médico. En esa sesión se presentarán los resultados del cuestionario.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 082

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE VIDEO TUTORIAL SOBRE EL MANEJO DE DISPOSITIVOS DE DRENAJE PLEURAL EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 503

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA GUIA DE TERAPIA TRANSFUSIONAL EN EL DOMICILIO POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO DEL SECTOR ZARAGOZA I

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. MEDICINA INTERNA
· FERRANDO VELA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La transfusión de hemoderivados es un procedimiento médico que consiste en el paso de componentes sanguíneos de un donante a un receptor. Aunque es una terapia que produce grandes beneficios, dado que los componentes sanguíneos son un producto de origen humano también conlleva algunos riesgos. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y potenciar alternativas a la hospitalización tradicional, se ha expuesto la realización de dicho procedimiento en el domicilio a través de la unidad de Hospitalización a Domicilio. Las indicaciones para la transfusión de hemoderivados en el domicilio son las mismas que en pacientes hospitalarios. La diferencia entre ambos medios radica en la facilidad para disponer de servicios médicos de emergencia en caso de producirse una complicación severa.
Para tal fin, y con el propósito de efectuarse en condiciones de calidad y manteniendo en todo momento la seguridad clínica del paciente se ha propuesto la creación de una Guía de Terapia Transfusional en el Domicilio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Realización de transfusión de hemoderivados en el domicilio del paciente mediante un procedimiento estandarizado validado
- Extremar la seguridad del paciente durante el procedimiento, garantizar la adecuada identificación del paciente, de las muestras pre-transfusionales y de los componentes sanguíneos administrados, así como conocer el destino final de cada unidad distribuida
- Mejorar el grado de información y compresión del paciente y familiares, así como la participación de forma activa durante el procedimiento
- Realizar una asistencia más personalizada con mayor nivel de intimidad y bienestar evitando traslados del paciente y familiares al medio hospitalario
- Aumentar la satisfacción del paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de una Guía de Terapia Transfusional en el Domicilio
- Elaboración de Consentimiento Informado de Terapia Transfusional en el Domicilio
- Elaboración de Hoja Informativa de procedimiento así como de probables reacciones transfusionales
- Elaboración de Encuesta de Satisfacción sobre dicho procedimiento
- Realización de reuniones periódicas con el servicio de Hematología para detectar errores o debilidades y poder actuar sobre ellas para mejorarlas
- Difusión de la puesta en marcha de la actividad a los diferentes servicios del hospital y Atención Primaria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Elaboración de la Guía de Terapia Transfusional en el Domicilio, Consentimiento Informado, Hoja Informativa y Encuesta de Satisfacción
- Número de pacientes a los que se realiza Terapia de Transfusión en el domicilio
- Número de reacciones transfusionales
- Satisfacción de paciente medida por medio de encuesta de satisfacción

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de guía de Terapia Transfusional en el domicilio, Consentimiento Informado, Hoja Informativa y encuesta de satisfacción: junio – septiembre 2015
- Puesta en marcha de Transfusión de Hemoderivados en domicilio: a partir de septiembre 2015
- Difusión a los diferentes servicios del hospital y Atención Primaria de la realización del procedimiento de Transfusión a Domicilio: septiembre 2015
- Proceso continuo de mejora de valoración de la guía de Terapia Transfusional en el Domicilio

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 503

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA GUIA DE TERAPIA TRANSFUSIONAL EN EL DOMICILIO POR LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO DEL SECTOR ZARAGOZA I

5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 390

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE CIRCUITO DE MANEJO Y DERIVACION DE LAS LUMBALGIAS CRONICAS EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... CAROLA MEDINA SAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BALLESTIN SOROLLA SONIA SOFIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· ESCRICHE ROS ROCIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· BAGUENA GARCIA ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· SARASA CLAVER MARIA PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· GIL DE BERNABE LOPEZ JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· IGLESIAS DANIEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MARIN FLORIA ANA BELEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La lumbalgia crónica, se define como aquel dolor lumbar irradiado de más de 3 meses de duración.
Suele manifestarse en personas que están sometidas a sobrecargas continuadas de la musculatura lumbar, ya sea por su actividad laboral o por otros motivos no laborales. También existen personas que en su actividad laboral permanecen largos periodos de tiempo sentados en mala posición o bien mantienen posturas forzadas prolongadamente.
La lumbalgia puede ser causada también por un traumatismo intenso, como un accidente o como un esfuerzo muscular importante en donde se pueden lesionar las estructuras blandas o duras de la columna. Otra causa puede ser por trastornos degenerativos de la columna lumbar como la artrosis de las vértebras lumbares, la discopatía o protrusiones discales, las cuales pueden favorecer la aparición de contracturas en la zona.
Es una de las causas más frecuentes de visita a Urgencias; en el año 2014 se atendieron en el Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova alrededor de 1100 casos, hasta en un 93% de ellos se procedió al alta domiciliaria con medidas higiénico-posturales y pautas analgésicas, pero en un 7% de los casos se precisó estabilización clínica con tratamiento analgésico intravenoso en la Sala de Observación, de éstos hasta un 46% precisó ingreso en el Servicio de Traumatología.
Con este protocolo se pretende, agilizar el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes, evitando así, la hiperfrecuentación a los Servicios de Urgencias con el consabido consumo de recursos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La creación de un protocolo para el tratamiento de la lumbalgia crónica, consensuado con el Servicio de Traumatología persigue:

Estabilización clínica del paciente, en la Sala de Observación.
Valoración por Traumatología de manera previa al alta domiciliaria y petición, si precisan, de pruebas complementarias (RNM, EMG…) desde la Sala de Observación y bajo criterio del especialista.
Citación en Consultas Externas de Traumatología, para control y reevalación del paciente
Unificación en los criterios del tratamiento al alta domiciliaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Análisis de los pacientes que consultan en urgencias por lumbalgia, con evaluación del porcentaje de cuadros agudos (< 1semana??) con cuadros crónicos (>2semanas??).
Elaboración de protocolo conjunto con servicio de traumatología para manejo de cuadros de lumbalgia crónica.
Estandarización de un circuito de derivación para optimización de tiempo diagnóstico con gestión de RMN columna lumbar y electromiograma.
Realización de sesiones clínicas para difusión e implementación de protocolo elaborado.
Análisis de los pacientes que consultas en urgencias por lumbalgia tras implantación de protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. + Indicadores de prevalencia de lumbalgia en urgencias:
- (Nº pacientes que acuden a urgencias por consulta de dolor lumbar mecánico / Nº pacientes que acuden a urgencias) x 100
- (Nº pacientes con diagnóstico de lumbalgia o ciatalgia tras visita a urgencias/ Nº pacientes que acuden a urgencias con motivo de consulta traumatológico) x 100

- Periodo de observación: junio 2015 a febrero 2015
- Fuente de datos: PCH
- Medición de datos: octubre 2015 y marzo 2016

+ Indicadores de lumbalgias crónicas refractarias:
- (Nº pacientes con diagnóstico de lumbalgia o ciatalgia que ingresan en sala de observación / Nº pacientes con diagnósticos de lumbalgia o ciatalgia) x 100
- (Nº pacientes con diagnóstico de lumbalgia o ciatalgia que ingresan en servicio de traumatología/ Nº pacientes con diagnósticos de lumbalgia o ciatalgia) x 100

- Periodo de observación: junio 2015 a febrero 2015
- Fuente de datos: PCH

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 390

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE CIRCUITO DE MANEJO Y DERIVACION DE LAS LUMBALGIAS CRONICAS EN URGENCIAS

- Nivel deseado de cumplimentación: 10%
- Medición de datos: octubre 2015 y marzo 2016

+ Indicador de adecuación de protocolo de lumbalgia:
- (Nº pacientes con gestión de RMN lumbar / Nº pacientes con lumbagia o ciatalgia de evolución crónica) x 100
- Periodo de observación: junio 2015 a febrero 2015
- Fuente de datos: PCH
- Nivel deseado de cumplimentación: 80%
- Medición de datos: octubre 2015 y marzo 2016

+ Indicador de correlación de lesión en casos de lumbalgias refractarias:
- (Nº pacientes con RMN lumbar patológica/Nº pacientes con lumbalgia o ciatalgia de evolución crónica) x 100
- Periodo de observación: junio 2015 a febrero 2015
- Fuente de datos: PCH
- Nivel deseado de cumplimentación: 80%
- Medición de datos: octubre 2015 y marzo 2016

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Análisis de pacientes pre-intervención: de junio a septiembre 2015.
Elaboracion protocolo y circuito de derivación: septiembre 2015
Realización de sesiones clínicas de presentación de protocolo: octubre y noviembre 2015
Análisis de pacientes post-intervención: de octubre a febrero 2015.
Medición de indicadores: octubre 2015 y marzo 2016.
Evaluación de datos: octubre 2015 y marzo 2016.

11. OBSERVACIONES. Se pretende analizar la situación previa a la elaboración de un protocolo consensuado multidisciplinar para revaluar posteriormente la correcta implementación del mismo en cuanto a la gestión temprana de recursos diagnósticos de imagen (RMN lumbar) en los casos de evolución crónica, optimizándose de esta forma el circuito de derivación de pacientes y evitando consultas múltiples en urgencias al adecuar el destino concreto de los pacientes.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Lumbalgia crónica
OTRA PALABRA CLAVE 2. Optimización de recursos
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 575

1. TÍTULO

OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS HOSPITALARIOS POSTOPERATORIO PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE INFECCIONES QUIRURGICAS EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA PRIMARIA

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.
· CANALES CORTES VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCIA AGUILERA DAVID. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LARRIBA JAIME ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GUIXA LOPEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ALONSO SOBREVIELA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SARALEGUI RETA MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· AZAGRA LOP ANTONIO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el último año (2014), se ha observado, en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de nuestro hospital, una incidencia de infecciones periprotésicas que requirieron ingreso y/o reintervención de más del 3%, siendo superior a la incidencia media encontrada en la literatura internacional, que se sitúa en aproximadamente el 1% para prótesis de cadera y rodilla.
La profilaxis general de la infección quirúrgica se basa en tres conjuntos de medidas, prequirúrgicas, perioperatorias y postquirúrgicas. Aunque la mayor parte de los estudios en cuanto a profilaxis en Cirugía Ortopédica se centran en las medidas pre y perioperatorias, se debe tratar también de minimizar el riesgo de infección durante los actos postoperatorios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Consensuando y protocolizando los cuidados hospitalarios postoperatorios de los pacientes operados de artroplastia se pretende reducir o limitar el contacto con microorganismos patógenos y, con ello, disminuir tanto la incidencia de infecciones superficiales y/o profundas en este tipo de pacientes, como el coste económico, social y laboral que suponen.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se basará en reunir a los equipos de enfermería y facultativos especialistas, para actualizar y optimizar los cuidados postoperatorios que se instaurarán en la planta de hospitalización del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Para ello:
- Se buscarán fuentes potenciales de infección.
- Se actuará sobre dichas fuentes estableciendo medidas preventivas para disminuir el contacto.
- Se actualizarán y globalizarán los cuidados en la planta de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- Se asegurará el estricto cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se evaluará y optimizará la situación actual en el manejo de:
- Cumplimiento del protocolo de profiláxis antibiótica
- Curas de la herida quirúrgica, material y metodología.
- Drenajes
- Vías venosas
- Sondas urinarias
- Manejo y mantenimiento de equipos compartidos de rehabilitación pasiva (artromotor) y activa (muletas y andadores)
- Aislamiento de pacientes con cualquier infección activa del resto de pacientes intervenidos.

Para evaluar los resultados, se comparará la incidencia anual de artroplastias primaria de cadera y de rodilla con infección superficial o profunda que requieran ingreso o reintervención, una vez instaurados los nuevos cuidados, con la incidencia del año anterior.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Reuniones con el personal de enfermería y facultativos para elaborar las actualizaciones (mayo y junio de 2015).
Seguimiento y obtención de resultados (julio de 2015 a julio de 2016).

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. POSTQUIRÚRGICOS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 575

1. TÍTULO

OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS HOSPITALARIOS POSTOPERATORIO PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE INFECCIONES QUIRURGICAS EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA PRIMARIA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 272

1. TÍTULO

VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ANGEL MONCIN TORRES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARENERE MENDOZA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· HORNA OREJA OIHANA. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes diagnosticados en la consulta de Medicina Interna-Infecciosos y en tratamiento antirretroviral recogen la medicación en el Servicio de Farmacia con periodicidad habitualmente mensual. En ocasiones desde la consulta llaman par preguntar si el paciente recoge habitualmente la medicación. Se detecta que hay casos en que loa hacen de forma irregular o interrumpen el tratamiento sin causa justificada. Estos hechos conllevan consecuencias graves como son la menor eficacia del tratamiento, la posible aparición de resistencias y la utilización de recursos ineficiente. Dada la importancia de un uso inadecuado de estos medicamentos tanto para el paciente como para otras personas que pudieran resultar contagiadas por cepas resistentes, es preciso asegurar un cumplimiento lo más alto posible de la terapia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo de este proyecto es detectar los casos de incumplimiento del tratamiento para tomar las medidas adecuadas, dirigidas fundamentalmente a mejorar el cumplimiento del tratamiento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El método propuesto es la revisión mensual las fechas de dispensación determinando qué pacientes no han retirado medicación en los últimos treinta días. En esos casos se revisan las dispensaciones anteriores para comprobar si se ha dispensado tratamiento para 12 meses en el último año.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes en tratamiento antirretroviral de los que se revisan las dispensaciones previas.

Porcentaje de pacientes no cumplidores de los que se comunica la incidencia al médico responsable

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se prevé iniciar el procedimiento de revisión en septiembre de 2015
Periodicidad mensual
Duración 4 meses
Posible prórroga en función de resultados y utilidad percibida

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. cumplimiento
OTRA PALABRA CLAVE 2. antirretroviral
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 256

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL QUIROFANO DE UROLOGIA COMO ELEMENTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA COMO RESPONSABLE DE SU CUMPLIMENTACION

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MORELLA MARQUETA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EZQUERRA URCIA MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
· GIMENEZ PEREZ SILVINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Octubre de 2014, se propuso desde la Unidad de Calidad, a iniciativa del Jefe de Urología de nuestro centro, la implantación del Listado de Verificación Quirúrgica como un elemento de mejora en la Seguridad de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica; todo ello en el contexto del programa “La cirugía segura salva vidas” de la OMS.
Este listado pretende ser una herramienta sencilla a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas de la especialidad de Urología y reducir los efectos adversos evitables. Se decidió que fuese la figura de la Enfermera Circulante la encargada de aplicar y rellenar el Listado, con la colaboración del personal de Anestesia y Urología responsables de esa intervención quirúrgica. La razón es, que ésta, actúa como coordinadora en la continuidad de los cuidados del paciente, tanto en la administración de la anestesia, como en la fase intraoperatoria. Además actúa de enlace entre Preanestesia y Reanimación.
Su utilidad viene reflejada en la evaluación de los siguientes ítems:
- Identificación correcta del paciente.
- Garantizar la Cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
- Prevenir eventos críticos.
- Identificación y gestión de muestras biológicas correctamente.
- Mejora comunicación efectiva entre el equipo quirúrgico multidisciplinar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Aún no se disponen de resultados.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los resultados que se pretenden conseguir incluyen:
- Creación de un grupo de trabajo.
- Realización del listado (checklist) en el total de las intervencione

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación de un grupo de trabajo que incluye a las enfermeras del quirófano de Urología como responsables de su divulgación al resto de personal de enfermería.
- Revisiones del listado de verificación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número enfermeras informadas/ Número de enfermeras del servicio
- Número de intervenciones quirúrgicas en las que se realiz

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto : Enero 2015
Formación grupo de trabajo: Primer trimestre 2015
Sesiones clínicas formativas : Segundo trimestre 2015
Resultados : Segun

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora de la seguridad de los pacientes, mediante la introducción de herramientas y procedimientos que disminuyan los riesgos de sufrir accidentes u otros sucesos adversos en el transcurso de la atención recibida.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes quirúrgicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 124

1. TÍTULO

INFORMACION MEDICA PARA LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA WEB

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.
· ARENAS MENA FERNANDO. ENFERMERO/A. CME GRANDE COVIAN. NEUROLOGIA
· GARCIA GOMARA MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· GIMENEZ MORER ALVARO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· LOPEZ LOPEZ ALFREDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· RIOS GOMEZ CONSUELO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· MONZON MONGUILOD MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La neurología es una especialidad que está avanzando muy deprisa y que supone un porcentaje significativo de urgencias y consultas. Una adecuada asistencia neurológica conlleva no sólo el aspecto propiamente médico sino que también debe incluir una adecuada, sencilla y veraz información sobre el proceso de modo que el paciente sepa en todo momento y desde nuestra unidad de que proceso se le ha diagnosticado y cuales son las características del mismo.
Hemos detectado que en ocasiones la información que damos al paciente no cumple el objetivo para el cual se la damos que es proporcionarle una explicación sencilla, completa y asequible de las características de su enfermedad. Esto se debe a la brevedad del tiempo disponible, a la falta de comprensión del paciente y que no solicita aclaración y sobre todo a la situación de los pacientes en la consulta que creen comprender el proceso pero tan pronto llegan a casa descubren un mar de dudas en las cuales no habían pensado o lo que es peor, que todo que aparentemente habían comprendido con nuestras explicaciones ya no se acuerdan o ya no lo comprenden tan bien. Esta falta de información genera ansiedad y repercute en la atención al paciente tanto por parte de la familia como del propio especialista a la vez que aumenta la demanda de consulta o buscan la información a través de Internet en páginas con información no contrastada, contradictoria, difícil de comprender o no fiable. Esto último agrava más la cuestión planteada. Otra cuestión es la dificultad de acceso a información de la Sección de Neurología del Sector I.
Para resolver todas estas cuestiones hemos comenzado a elaborar una página de la Sección de Neurología que complemente a la actividad asistencial y sirva tanto para los profesionales como para los pacientes y familiares a los que proporcione, en un lenguaje claro y adecuado, una información sencilla, contrastada, objetiva, veraz, actualizada y de calidad sobre diversas enfermedades neurológicas en relación a nuestra Cartera de Servicios. Pretendemos resolver todos, o casi todos, los principales problemas neurológicos que puedan plantearse desde la perspectiva del paciente a la vez que evitar la duda e incertidumbre en la puedan estar hasta que llegue la siguiente revisión neurológica. En la elaboración de esta información nos gustaría contar no sólo con nuestra experiencia sino también con la visión y orientación de las asociaciones familiares ya existentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha redactado una página web que contiene información (contrastada, sencilla y actualizada) orientada tanto para el cuidador como para los pacientes. La mayor parte de los pacientes con procesos crónicos salen de nuestra consulta con la dirección de Internet escrita (se les da fotocopiada en una hoja aparte).
La mejor manera de ver el cumplimiento de esta beca en los años previos es meterse en las páginas reseñadas:
- Principal: https://sites.google.com/site/z1neurologia
- Información neurológica: https://sites.google.com/site/z1neurologia/home/indice-de-temas

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos conseguir un mejor acceso a la información y la documentación que pueda necesitar el profesional y el usuario de la Sección de Neurología del Sector I de Zaragoza.
- Facilitar el conocimiento y comprensión de las diferentes entidades neurológicas, tanto por los diversos pacientes con estas alteraciones como por sus familiares.
- Recibir información por parte del paciente, que tras conocer las características de su enfermedad, nos pueda expresar de forma mas concreta y precisa determinados síntomas en los que con anterioridad no hubiese reparado y distinguir los cambios que puedan aparecer en la evolución de estos pacientes y que puedan complicar el cuadro clínico.
- Intentar acercarnos al otro lado de la enfermedad, el más personal y humano así como al problema familiar y social.
- Proporcionar a la familia y al paciente unos conocimientos mínimos necesarios para un mejor cumplimiento terapéutico y asistencial al paciente en el contexto familiar, facilitando la formación del cuidador.
- Garantizar el derecho del paciente y de su familia a una información eficaz, veraz, actualizada, compresiva y adecuada sobre el proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Hemos creado y mantenido una página web a través de una cuenta de Google que es la herramienta más adecuada para el servicio que se ha implementado por el amplio abanico de herramientas y facilidad de manejo que ofrece y que permiten trabajar la información que se expone en la página web con total independencia y seguridad y al margen de la intranet a la cual no pueden acceder los pacientes.
Nuestra página está actualizada y resulta útil y completa, reuniendo la información que precisa el paciente y el cuidador sobre:
- Los procesos neurológicos.
- Los recursos sociales disponibles.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 124

1. TÍTULO

INFORMACION MEDICA PARA LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA WEB

- Pautas de actuación y prevención ante determinados problemas.
- Información complementaria útil.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Grado de aceptación por parte de los pacientes neurológicos del Sector I.
Grado de elaboración y actualización de los diversos procesos neurológicos.
Grado de consenso y elaboración de documentos de la Sección de Neurología del Sector I.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Es un proyecto con el que llevamos trabajando varios años para dar una continuación al mismo y al servicio que prestamos a través de él.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 265

1. TÍTULO

MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL SUEÑO EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA. AMBITO SECTORIAL:UN UNICO SECTOR SANITARIO

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.
· PEREZ TRULLEN JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· GARCIA GOMARA MARIA JOSE. 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. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los trastornos del sueño forman un grupo de enfermedades con una alta prevalencia en la población general, estimada entre un 35-40%, destacando por su frecuencia el insomnio y el SAHS .Por su creciente prevalencia y sus consecuencias sociosanitarias, se consideran cada vez más seriamente como un problema de Salud Pública.
El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y uno de los que mayor trascendencia sanitaria y social tiene. El paciente con insomnio se queja principalmente de su insatisfacción con la calidad y/o cantidad del sueño.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.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%. Cuando el insomnio se cronifica se asocia con una mayor comorbilidad. 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. Incluso algún estudio sugiere que el insomnio crónico no tratado puede ser uno de los factores de riesgo para desarrollar depresión mayor. Además, los pacientes con insomnio suelen presentar quejas somáticas, típicamente gastrointestinales, respiratorias, dolores de cabeza, y dolores no específicos. Durante el día, el paciente con insomnio crónico tiene problemas que afectan tanto a su salud como a su funcionamiento social y laboral. Por una parte, se queja de síntomas en el ámbito emocional, cognitivo y conductual y de deterioro en los ámbitos social y laboral, con un aumento del absentismo. Por otra, además, tiene más tendencia a tener accidentes de trabajo y de tráfico.
El SAHS tiene una prevalencia muy elevada, se estima en un 3-7% de hombres y un 2-5% mujeres en la edad media de la vida. La prevalencia es aún mayor en personas con obesidad mórbida, llegando hasta el 78%. Los pacientes con SAHS tienen una frecuencia superior de HTA y cardiopatía isquémica. Por ello, esta enfermedad ha entrado en el terreno de las enfermedades cardiovasculares y ha pasado a considerarse un potencial factor de riesgo, y un factor pronóstico para la enfermedad cardiovascular en general.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. a. Atender mejor las necesidades de los pacientes que presentan trastornos del sueño.
b. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño para disminuir su cronificación y la comorbilidad asociada.
c.Disminuir las patologías y quejas somáticas asociadas (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias,cefaleas, dolores no específicos).
d. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y la percepción de su propia salud, así como su funcionamiento social y laboral.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Seguimiento de pacientes con trastornos del sueño en una consulta monográfica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a.Número de pacientes nuevos que han sido atendidos en la consulta monográfica de trastornos del sueño.
b. Número de revisiones que se han generado.
c.Grado de aceptación por parte de los pacientes neurológicos del Sector I.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comenzamos con la consulta de trastornos del sueño en septiembre 2014, con una frecuencia de 1-2 días consulta/mes y esperamos poder instaurarla hasta llegar 1 día consulta/semana.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 265

1. TÍTULO

MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL SUEÑO EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA. AMBITO SECTORIAL:UN UNICO SECTOR SANITARIO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 136

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

2. RESPONSABLE ..... PETRA RODRIGUEZ CURIESES
· 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.
· AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· CARDONA MONZON LAURA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· MARTINEZ LABORDA ESTHER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANCHEZ BARTOLOME ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. SUPERVISORA DE CALIDAD,FORMACION Y RRMM

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la Unidad de Cirugía mayor ambulatoria (UCMA) se reciben pacientes que van a ser intervenidos y dados de alta en el mismo día de la intervención.
Esto supone, para el hospital un alto nivel de calidad asistencial y una buena gestión de los recursos; por el contrario, esto conlleva un grado de ansiedad para el usuario ante el desconocimiento que surge en el cuidado postoperatorio al no permanecer ingresados en el hospital.

Actualmente, se realiza un seguimiento del estado del paciente de forma telefónica en las primeras 24 horas. El problema detectado es que el paciente cuando ha de someterse a un proceso quirúrgico, por el citado nivel de ansiedad, no asume los cuidados que se le explican teniendo muchas dudas que se tratan de resolver mediante seguimiento telefónico.

Con esta propuesta de plan de mejora queremos evaluar a medio plazo la efectividad real de la encuesta telefónica, y en caso contrario conseguir un seguimiento telefónico adecuado a las necesidades del usuario, reformulando la encuesta con los ítems que realmente le preocupan.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Valoración del seguimiento telefónico para saber:
Mejora de la satisfacción del usuario
Mejora de la calidad asistencial

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión bibliografica
Reunión y exposición del tema con el equipo
Realización de la encuesta de control telefónico
Diseño y realización de la encuesta de valoración
Evaluación final de proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores serían:
- El grado de satisfacción del usuario sea superior al 70%
- El número de usuarios a los que les ha resultado útil el seguimiento telefónico.
- El porcentaje de encuestas realizadas para que tenga fiabilidad la muestra sea superior al 80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración 11 meses
Junio – julio: revisión bibliografica y reunión con el equipo.
Julio: diseño encuesta del seguimiento telefónico y diseño de la encuesta de valoración.
Agosto: UCMA está cerrada
Septiembre – Enero: recogida de datos de las encuestas
Febrero- Marzo: tratamiento de los datos
Ma

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. 14 - 75AÑOS
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CMA
OTRA PALABRA CLAVE 2. SEGUIMIENTO TELEFÓNICO
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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 136

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 493

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA ATENCION EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO EN EL SECTOR I MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

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.
· FITENI MERA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Evaluar mediante encuesta de satisfacción la opinión de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio y de sus familiares y/o cuidadores con el fin de mejorar aspectos de nuestra actividad, corregir errores y ver si se cumplen las expectativas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No existen todavía

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Revisar y mejorar procesos
•Fomentar la cultura de la calidad
•Aumentar la satisfacción del paciente y cuidadores

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. •Recibir por correo el 100% de encuestas entregadas a los pacientes
•Establecer un sistema de seguimiento de documentos contables.
•Análisis del resultado de la encuesta

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •% de encuestas realizadas sobre el total
•Evaluación y análisis de los resultados obtenidos en reunión conjunta de todo el equipo de Hospitalización a domicilio.
•Elaboración de documento que recoja el análisis
•Propuestas de mejora en los puntos que hayan obtenido menor puntuación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •Revisión en diciembre del 2015 de las encuestas que hemos recibido por correo.
•Análisis posterior y propuestas de mejora en enero del 2106

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ingresados en HAD

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Hospitalización domiciliaria
OTRA PALABRA CLAVE 2. Encuesta satisfacción
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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 614

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

2. RESPONSABLE ..... GABRIEL TIRADO ANGLES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALIAGA GONZALEZ PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· DE SOLA SANMARTIN PILAR. TCAE. H ROYO VILLANOVA. UCI
· EZPELETA GALINDO ANA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· ORTEGA UGARTE SUSANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· PEREZ FERNANDEZ ROSARIO. TCAE. H ROYO VILLANOVA. UCI
· QUILEZ PERNIA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la calidad sanitaria, concepto fundamental en la actualidad a la hora de entender los sistemas sanitarios, existe un elemento esencial: la seguridad, más conocida como la seguridad del paciente o seguridad clínica. Podemos definir ésta como la prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento.

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) se ofrece asistencia multidisciplinar, garantizando las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas, a pacientes que siendo susceptibles de recuperación, requieren vigilancia y/o soporte de al menos dos órganos o sistemas. Por ello, estas unidades tienen un riesgo elevado de eventos adversos graves, ya que los eventos que suceden en pacientes en estado crítico, les pueden causar daños irreversibles o incluso la muerte.

En el año 2007 se realizó en España un estudio que puso en relación las UCIs con la gestión de seguridad mediante un registro de eventos adversos, llamado Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico (SYREC), obteniéndose entre otros los siguientes resultados: un paciente que ingresa en la UCI tiene una probabilidad del 62% de sufrir al menos un incidente o evento adverso; el 75% de los errores se consideraron evitables.

Por todas estas razones, en las UCIs sería necesario implantar un sistema de registro de incidentes y eventos adversos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos de nuestro sistema de registro son:

- Recopilar información sobre los incidentes acaecidos en nuestra unidad.
- Identificar, documentar, analizar los riesgos y debilidades detectadas en la unidad.
- Planificar medidas para evitar y prevenir la aparición de incidentes.
- Difundir los datos a través de sesiones informativas.
- Contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro del ámbito de trabajo de nuestra unidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La implementación de este sistema de registro se realizará de forma escalonada en el siguiente orden:

1.- Formación del Grupo de Seguridad del Servicio de Medicina Intensiva, constituido por personal de la UCI de todas las escalas profesionales formados en seguridad clínica. Sus funciones serían:

? Elaboración de una Hoja de Notificación de Incidentes.
? Liderar el proceso motivando al personal a realizar registros.
? Supervisar que los registros se elaboran de manera correcta y cada vez que ocurre un incidente o evento adverso.
? Revisar los incidentes y eventos adversos registrados, destacando aquellos más graves y frecuentes
? Analizar mediante el método “causa-raíz” las posibles causas de cada incidencia registrada, y proponer medidas frente a estas.
? Diseñar medidas de prevención y comunicarlas a la Unidad

2.- Formación del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos: se realizará mediante sesiones de 20-30 min y acceso a material on-line donde se tratarían los siguientes temas:

? Concepto de “cultura de seguridad”
? Características y funcionamiento del sistema de registro
? Cumplimentación de los registros.
- Explicar cada componente de la Hoja de Notificación
- Definir cada tipo de suceso
- Definir cada nivel de gravedad (incidente, evento adverso leve y evento adverso grave).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 614

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

3.- El grupo de trabajo ha creado una Hoja de Notificación de incidentes con las siguientes características:
- Fácil accesibilidad para todo el personal sanitario
- Carácter voluntario y anónimo, aunque se podrá introducir los datos personales si se desea. En todo momento se garantiza el anonimato y nunca se indagará sobre la procedencia de la hoja.
- Al incluir ciertos ítems en nuestra hoja de notificación como son fecha, franja horaria, o los factores contribuyentes, lo que pretendemos es analizar todos los datos del incidente, y así, poder concluir si los incidentes suceden con más frecuencia en algún turno, en días concretos, o en determinadas situaciones, y así poder incidir en ese terreno para evitar que se repitan.
- El estudio del incidente en profundidad, analizando todos los datos aportados, será realizado por el Grupo de Seguridad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? Monitorización de la incidencia de errores asistenciales
? Análisis de las tasas de sucesos registrados según diversas variables:
- Tipo de errores.
- Nivel de gravedad de los errores.
- Evitabilidad de los errores.
- Profesionales afectados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ? Formación del Grupo de Seguridad del Servicio de Medicina Intensiva durante el mes de mayo 2015 .
? Realizacio´n de sesiones de formacio´n a lo largo del an~o, para el personal del Servicio de Medicina Intensiva .
? Puesta en marcha del buzo´n de notificaciones .
? Recogida de las notificaciones realizadas de forma semanal.
? Análisis de éstas, e introducción de los datos en una base de datos confeccionada para tal finalidad.
? Reunión mensual del Grupo donde se expondrán los datos recogidos y se propondrán acciones de mejora .
? Sesión clínica en el Servicio, con el resumen anual de resultados en Junio 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 448

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL PACIENTE CON ICTUS EN FASE AGUDA DESDE EL INGRESO AL ALTA HOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... ESMERALDA VALERO TOMAS
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPELLO MORER ISABEL. MÉDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· LUZON ASENSIO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· PARDO DIEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENFERMERA DE VALORACION
· SERRANO VALERO ANA CRISTINA. TRABAJO SOCIAL. H ROYO VILLANOVA. TRABAJO SOCIAL
· MINGUEZ MINGUEZ TERESA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· LEZCANO CISNEROS AMELIA. FISIOTERAPEUTA. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· MARTIN VALLADARES NATALIA. FISIOTERAPEUTA. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. HEMOS DETECTADO QUE A PESAR DE LA EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON ICTUS QUE INGRESA EN EL HOSPITAL, LA INFORMACION NO ES SUFICIENTE, POR LO QUE CREEMOS QUE LA IMPLANTACON DE UNA GUIA ICTUS MÁS COMLETA Y LA FORMACIÓN DEL PERSONAL TANTO SANITARIO COMO NO SANITARIO ASI COMO DE LOS FAMILIARES/CUIDADORES DEL PACIENTE PODRAN MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y MINIMIZAR LAS SECUELAS QUE PUEDE GENERAR ESTA PATOLOGIA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ESTABLECER LAS LINEAS DE TRABAJO ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA ATENCION AL PACIENTE AGUDO CON ICTUS.
DIFUSION DE UNA GUIA SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE AGUDO CON ICTUS.
FOMENTAR LA FORMACION Y PARTICIPACION DEL PERSONAL SANITARIO/NO SANITARIO EN LA CORRECTA REALIZACION DE LAS PAUTAS DE CUIDADOS
FOMENTAR LA EDUCACION SANITARIA E IMPLICACION DEL FAMILIAR EN EL CUIDADO
AUMENTAR LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES ASI COMO DEL PERSONAL SANITARIO/NO SANITARIO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CREAR EL GRUPO DE TRABAJO DE PROFESIONALES
DEFINIR Y UNIFICAR LA INFORMACION ESCRITA QUE SE VA A TRASMITIR AL PERSONAL SANITARIO/NO SANITARIO Y AL CUIDADOR/FAMILIAR
REALIZACION DE CHARLAS PERIODICAS DE FORMACION EN LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON ICTUS AL PERSONAL SANITARIO/NO SANITARIO
SESIONES INFORMATIVAS Y DE APOYO A LOS CUIDADORES DEL PACIENTE CON ICTUS AL INICIO, DURANTE Y AL FINAL DEL INGRESO
REVISION Y SEGUIMIENTO DE LA CORRECTA APLICACION DE LOS CUIDADOS DURANTE LA HOSPITALIZACION

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº DE PROFESIONLES FORMADOS/ Nº DE PORFESIONALES SUSCEPTIBLES DE SER FORMADOS * 100
Nº DE FAMILIAS FORMADS/ Nº DE FAMILIAS SUSCEPTIBLES DE SER FORMADAS * 100
Nº DE PACIENTES A LOS QUE SE LES HA APLICADO LA GUIA/ Nº DE PACIENTES SUSCEPTIBLES DE LA APLICACION DE LA GUIA * 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA INICIO JUNIO 2015
FECHA FINAL MAYO 2016
PRIMER TRIMESTRE: DIFUSION DE LA GUIA Y ESTABLECER LINEAS DE ACTUACION
SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE: REVISION DE LA DIFUSION DE GUIA
CUARTO TRIMESTRE: EVALUACION DEL PROYECTO

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 171

1. TÍTULO

DETECCION TEMPRANA DE EPOC EN PACIENTES CON TABAQUISMO Y DESHABITUACION TABAQUICA POSTERIOR

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOZANO ROYO SANDRA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· ISLA COBETA JORGE. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· ARNAL MEINHARDT ANTONIO JOSE. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO SALAVERA CLARA MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BUJEDA CAVERO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El EPOC es la cuarta causa de mortalidad en el mundo aunque la Organización Mundial de la Salud estima que en el 2030 puede ser la tercera. Es una patología infradiagnosticada , estimándose que entre el 60 y 85% de los casos leves o moderados no se conocen, lo que supone un elevado coste en recursos sanitarios y lo que es más importante, en perdida de años de calidad de vida.
En España, la prevalencia de EPOC en la población entre 40 y 80 años, definida por el criterio de la guía GOLD, fue del 10,2% (15,1% en varones y 5,7% en mujeres).
En la cartera de servicios de nuestro Centro de Salud, 194 pacientes están diagnosticados de EPOC.
Aunque es muy variable, se acepta que el 1% de la población general padece EPOC, cifra que aumenta en muestras de pacientes mayores de 40 años hasta entre un 10 al 20%.
Por otra parte el número de pacientes registrados con tabaquismo es de 2392.
Si aceptamos que la exposición al tabaco es el principal factor de riesgo de la EPOC, y que ésta afecta al 20% de los fumadores, nuestro diagnóstico de EPOC, está por debajo de lo esperado. Por otra parte, la Educación y Terapia antitabaco pueden evitar la aparición de la enfermedad, y si no fuera posible la deshabituación, tendríamos un diagnóstico más temprano de EPOC.
En nuestro Centro de Salud la realización de espirómetria a toda la población fumadora supondría un problema por lo que de acuerdo con los criterios de la guia GESEPOC, planteamos realizar detección precoz de EPOC a todos los pacientes mayores de 35 años con habito tabáquico, que acudan a nuestras consultas de forma aguda o programada, realizándoles a El cuestionario COPD-PS y el cociente FEV1/FEV6 con el -dispositivo portátil Vitalograph-COPD-6.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Identificar precozmente EPOC en pacientes mayores de 35 años con habito tabaquico de mas de 10 cigarrillos/dia y/o mas de 10 paquetes/año.
2. Realizar El cuestionario COPD-PS a los pacientes mayores de 35 años con habito tabaquico de mas de 10 cigarrillos/dia y/o mas de 10 paquetes/año
3. Realizar El cociente FEV1/FEV6 con el -dispositivo portátil Vitalograph-COPD-6 a pacientes mayores de 35 años con habito tabaquico de mas de 10 cigarrillos/dia y/o mas de 10 paquetes/año
4. Realizar espirometria forzada a los pacientes copd-6 <75 o con test igual o superior a 4 puntos en el custionario COPD-PS
5. Iniciar desabituacion tabáquica en los pacientes captados que superen el test de motivacion
6. Eps grupal en los pacientes en desabituacion tabáquica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1 Presentar el programa al epuipo
2 Diseñar tabla excell de registro de pacientes
3 Instalar tabla en todos los ordenadores de medicina y de enfermería
4 Identificar hábito tabáquico en todos pacientes mayores de 35 años que acudan a nuestras consultas
5 En la misma consulta se realizara el cuestionario
6 Se derivara en el momento a consulta de enfermería para realizar cociente FEV1/FEV6 y test de richmon
7 Solicitar espirometria y espirometria con PB a todos pacientes que den + en el cuestionario o en el cociente fev1/FEV6
8 Incluir en las consultas y actividades de desabituacion tabáquica a todos que presenten test de richmon con motivación alta

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de pacientes diagnosticados de EPOC / Nº de pacientes con hábito tabáquico captados
-Nº de pacientes con cuestionario realizado/ nº s de pacientes captados con tabaquismo
-Nº de pacientes con cociente FEV1/FEV6 / N de pacientes captados con tabaquismo
-Nº espirometrias realizadas/ nº de pacientes con test o dispositivo +
-nº de pacientes incluidos en programa de desabituacion/ nº de pacientes con tabaquismo incluidos en el programa
-Nº de actividades grupales de EpS inpartidas/ nº de actividades de EpS previstas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio Julio Agosto Septie Octub Novie Dicie Enero Febre Marzo Abril Mayo
Presentacion X

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 171

1. TÍTULO

DETECCION TEMPRANA DE EPOC EN PACIENTES CON TABAQUISMO Y DESHABITUACION TABAQUICA POSTERIOR

EXCELL X
Instalar excell X
Captación X X X X X X X X X
X
Cuestionarios X X X X X X X X X
X
Espirometria X X X X X X X X X

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. espirometria
OTRA PALABRA CLAVE 2. tabaquismo
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 175

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD; CAMINAMOS JUNTO A NUESTROS PACIENTES CRONICOS, COMPARTIENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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.
· ISLA COBETA JORGE. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· ARNAL MEINHARDT ANTONIO JOSE. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· LOZANO ROYO SANDRA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ DURO ANA. EIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE ALDEA MARIA TERESA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· PEMAN-MUÑOZ MARIA TERESA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente crónico complejo (PCC) que es el mas frágil de nuestros pacientes, supone un reto importante tanto para la familia como para el sistema sociosanitario. Sólo la continuidad en la atención asistencial y la implicación de los familiares en la adherencia al tratamiento propuesto, hace posible dar una respuesta de calidad, satisfactoria para los pacientes y asumible por nuestro sistema de salud. Desde el año 2011 estamos desarrollando proyectos de mejora de la calidad asistencial en el PCC donde siempre hemos contemplado la Educacion para la Salud (EPS) pero muchas veces hemos dejado incompletas parte de las actividades programadas.
Este año con la inauguración de un nuevo centro disponemos de la infraestructura física necesaria para poder desarrollar actividades de EPS grupal en cuidadores de PCC, en pacientes diabéticos y EPOC, que sin duda les van a permitir mejorar sus capacidades para poder abordar su estado de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2014, solo pudimos desarrollar 2 talleres de EPS grupal con cuidadores de PCC, debido a la dificultad de encontrar un espacio y una hora para poder impartirlos, con los siguientes resultados:
A los talleres programados acudieron 21 cuidadores, 18 mujeres y 3 hombres, con edades comprendidas entre los 30 años y los 81 años. La relación de parentesco con el enfermo fue principalmente hijos/as y esposos/as. La prevalencia de sobrecarga intensa en la muestra fue del 48%, sobrecarga leve presenta el 9% y no sobrecarga el 43%. A la pregunta subjetiva si se siente superado por los cuidados de su familiar respondieron afirmativamente el 33%. El grado de satisfacción de los talleres fue del 82%.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Conocer el nivel de sobrecarga del cuidador de PCC
2-Disminuir la sobrecarga del cuidador principal del paciente crónico complejo.
3-Continuar con las actividades de estilos de vida saludables en pacientes diabéticos
4-Iniciar escuela de pacientes con EPOC

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Continuar estratificación de PCC

2.-Identificar al cuidador del PCC

3.- Realizar test de Zarit a todos los cuidadores identificados

4.-Realizar tabla excell de datos de registro de la actividad

5.-Realizar 1 taller bimensual con cuidadores de pacientes

6.-Continuar con la captacion de pacientes con diabetes 2 para los talleres de “ejercicio todos los días””, “alimentación saludable” y “conociendo mi enfermendad”

7.- Realizar un taller bimensual con pacientes diabéticos tipo II menores de 65 años

8.- .- Realizar un taller bimensual con pacientes diabéticos tipo II mayores de 65 años

9.- Realizar un taller bimensual con pacientes con hábito tabáquico

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de Cuidarores de PCC con test de Zarit +/ Nº de Cuidadores de PCC identificados
- Nº Cuidadores de PCC que asisten a Talleres/ nº de Cuidadores de PCC identificados
-Nº de Pacacientes con DiabetesII que asisten a talleres de EpS/ Nº de pacientes diabeticos incluidos en el programa
-Nº de pacientes EPOC q asisten a talleres de EPS/ Nº de pacientes con diagnostico de EPOC incluidos en el programa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Presentacion al equipo: Junio
-Continuar estratificación de PCC: Mayo a Abril

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 175

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD; CAMINAMOS JUNTO A NUESTROS PACIENTES CRONICOS, COMPARTIENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

-Identificar al cuidador del PCC:Mayo a Abril
-Realizar test de Zarit a todos los cuidadores identificados: Mayo a Abril
-Realizar tabla excell de datos de registro de la actividad: Mayo
-Realizar 1 taller bimensual con cuidadores de pacientes: Bimensual Mayo a Abril
-Realizar 1 taller bimensual en pacientes diabéticos >65 años: Bimensual Mayo a Abril
-Realizar 1 taller bimensual en pacientes con diabetes 2 < 65 años: Bimensual Mayo a Abril
-Realizar 1 taller bimensual en pacientes con hábito tabaquico: Bimensual Mayo a Abril
-Evaluacion: Noviembre y Abril

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. EPS
OTRA PALABRA CLAVE 2. PCC
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 163

1. TÍTULO

LOCUS DE CONTROL EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA Y ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERIA Y SU INFLUENCIA EN EL SINDROME DE BURNOUT

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
· GRACIA PELIGERO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· TOBAJAS SEÑOR EVA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BROCATE SANJUAN MIRIAM. EIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MORENO FRAILE RAQUEL. EIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Síndrome de Burnout (SB) es el resultado deun proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para la tarea laboral. Es un estado emocional que acompaña a una sobrecarga de estrés, que impacta en la motivación interna, actitudes y la conducta.
Dentro de los causas consideradas como generadores de SB se considera los factores laborales y las características propias de la personalidad del individuo. Las personas que atribuyen sus logros a los demás en vez de atribuirlos a su capacidad y esfuerzo, o los que se enfrentan a acontecimientos de forma pasiva o defensiva también son más propensas a padecer SB.
Diferentes estudios mencionan la existencia de una relación significativa entre grado de SB y locus de control, se ha relacionado con el Burnout a las personas con locus de control externo.
El locus de control son creencias relativamente estables y tienen importantes implicaciones en el rendimiento y el bienestar en el trabajo. Las personas con un alto locus de control interno están convencidos de que pueden controlar su propio destino, se sienten responsables de su vida y su conducta y ven sus logros y fracasos como un resultado de sus acciones, lo que determina mucho de los acontecimientos que se presentan en su existencia. Se sienten capaces de crecer internamente y mejorar a través de su esfuerzo y el desarrollo de sus habilidades. Muchos estudios han demostrado que este tipo de personas tienen mayor facilidad para manejar el estrés y tienen expectativas de afrontamiento más favorables y se enfrentan a los problemas realizando acciones que contrarrestan los efectos de las situaciones adversas.
Las personas con un alto locus de control externo no se creen capaces de controlar su destino, consideran que lo que les ocurre se debe al azar, la suerte o a otras personas y que están imposibilitadas para cambiar el curso de su vida, en lo profesional los externos presenta mayor insatisfacción laboral, mayor despersonalización, son más propensos al desamparo, la vulnerabilidad, la insatisfacción laboral, al estrés y se "queman" más. Esta situación de insatisfacción y frustración tiene consecuencias negativas, tanto para la organización como para el sujeto que la padece. En la organización, puede dar lugar a deterioros en la calidad asistencial, favorecer los errores diagnósticos, está asociada a absentismo, bajas por enfermedad, etc., e incluso abandono del puesto de trabajo.
Además, existe una alta correlación entre los síntomas del SB y la insatisfacción de los pacientes y cuanto mayor es la satisfacción del personal sanitario con su trabajo mejor es la valoración de los pacientes respecto de la atención que reciben.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo General: Determinar el tipo de Locus de Control en el profesional de enfermería (PE) y estudiantes de Grado de Enfermería (EGE) que acuden a sesiones al Centro de Salud “Las Fuentes Norte”.
Objetivo Específico: Identificar la necesidad de ayuda a los PE y EGE a estudio sobre agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Estudio descriptivo cualitativo, desarrollado con personal sanitario: PE y EGE.
Número de sujetos: 83
Criterios de inclusión:
PE de todos los Sectores de Aragónque acuden al curso de FOCUSS al centro de salud Las Fuentes Norte.
EGE que cursan sus prácticas en el centro de salud Las Fuentes Norte.
Instrumento: datos obtenidos de la práctica realizada en diferentes sesiones. La práctica consiste en poner al PE o EGE en una situación nueva y rompedora como es poner una silla en medio de una sala y hacer espacio, porque van a saltar la silla. Tienen que escribir en un papel cuál es su sensación ante esta nueva actividad y cómo van a realizarla.
Plan de mejora: Elaboración de estrategias con participación multidisciplinaria para la prevención del SB o seguir manteniendo grados bajos del mismo, tales como: talleres de relaciones interpersonales y autoestima. Responsables:
Realización de la práctica: Mª Luisa Lozano, Mª José Armalé y Maria Teresa Gracia.
Búsqueda bibliográfica: Eva Tobajas, Mirian Brocate y Raquel Fraile.
Estadística: Eva Tobajas y Mª Luisa Lozano.
Resultados y presentación:: Mª Luisa Lozano, Mª José Armalé, Maria Teresa Gracia Eva Tobajas, Mirian Brocate y Raquel Fraile.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ¿Qué sensación produce la situación?

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 163

1. TÍTULO

LOCUS DE CONTROL EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA Y ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERIA Y SU INFLUENCIA EN EL SINDROME DE BURNOUT

¿Cómo se va a afrontar esta nueva situación/actividad?
Variable a estudio: Locus de control definido como interno y externo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Junio de 2015, final: Febrero de 2016.
Búsqueda bibliográfica: Junio y Julio 2015.
Terminar práctica y recogida de información: Junio, Julio y Septiembre 2015.
Estadística: Octubre y Noviembre 2015.
Resultados: Diciembre 2015 y Enero 2016.
Presentación de resultados al equipo y a dirección: Febrero 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 393

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN LAS CONSULTAS DEL CS LAS FUENTES NORTE

2. RESPONSABLE ..... EVA TOBAJAS SEÑOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA ROY AFRICA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ARMALE CASADO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTES LOPEZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· YAGUE PASAMON RUBEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BROCATE SANJUAN MIRIAM. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MORENO FRAILE RAQUEL. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente. Los últimos datos apuntan a que en personas mayores de 40 años la prevalencia puede ser superior al 4%. Estos datos supondrían que más de un millón de personas en España están afectas de ACxFA.
La atención del paciente con FA recae en la mayoría de los casos en Atención Primaria (AP). Según diversos estudios: desde un 2,75% en el estudio CARDIOTENS, al 10,3% en el estudio FAPRES o al 6.1% del estudio VAL-FAAP, recientemente publicado, donde se analizan a 119.526 pacientes.
Los pacientes con FA atendidos en AP tienen una edad avanzada y abundante comorbilidad y, entre los predictores de mal control del INR, están, el sexo femenino, los hábitos dietéticos y la polimedicación.
La FA aumenta la mortalidad y la morbilidad. Se asocia a un marcado aumento del riesgo de accidentes tromboembólicos arteriales, con elevada mortalidad y morbilidad y a alto riesgo de recurrencias, fundamentalmente cerebrales, de modo que el ictus isquémico es la complicación más importante.
Está demostrado que el tratamiento antitrombótico con anticoagulantes orales (ACO) se asocia a un drástico descenso del riesgo de accidente tromboembólico. Los ACO clásicos también denominados fármacos antivitamina K (AVK) se utilizan desde hace más de 50 años y disminuyen el riesgo de padecer un ictus por FA, como se demostró en el metaanálisis de Hart et all, observándose que el tratamiento con ACO reducía el riesgo de ictus en un 64% y la mortalidad en un 26%.
La aparición de los nuevos medicamentos anticoagulantes orales (NACO), que ya han demostrado un riesgo-beneficio favorable en diversas condiciones clínicas en las que está indicada la anticoagulación oral, y dado que aparecen sin los condicionantes de monitorización (como ventaja frente a los AVK),además de falta de interacciones alimenticias y medicamentosas, invita a un cambio tanto en la actitud de los pacientes, como en la práctica clínica de los profesionales implicados, en cuanto a su indicación, seguimiento y manejo de sobredosis.
La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó su Informe de Posicionamiento Terapéutico (versión 4 publicada el 23 de diciembre de 2013) sobre el uso de los NACO en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con FA no valvular. Esto exigiría para confirmación diagnóstica una ecocardiografía previa. Además incluye la recomendación de estudio de función renal y hepática.
Recogiendo la recomendación de la AEMPS de que los centros sanitarios dispongan de protocolos de actuación para el manejo de los NACO y siguiendo a la SECA, pretendemos mejorar la seguridad de estos pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general:
Mejorar la seguridad de los pacientes con NACO en las consultas del CS Las Fuentes Norte.

Objetivos secundarios:
- Identificar aquellos pacientes con NACO que presentan problemas de seguridad en relación al tratamiento.
- Derivar a estos pacientes con NACO con problemas de seguridad a su médico de AP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se solicitará al Servicio de Farmacia del Sector II el listado de pacientes en tratamiento con NACO del CS Fuentes Norte y se distribuirán entre los miembros del equipo de mejora. (Eva Tobajas).
Se revisará la historia clínica (HCE) de estos pacientes para comprobar la existencia de un ecocardiograma y de las funciones renal y hepática (todo el equipo de mejora).
Se interpretarán los datos obtenidos (Eva Tobajas, Rubén Yague).
En el caso de identificar pacientes con problemas de seguridad, por cualquiera de los tres ítems valorados, se derivarán inmediatamente a su médico.

Aclaraciones:
El Ecocardiograma se buscará en la intranet en el apartado “Otros Informes”.
La función renal se valorará según GRF y microalbuminuria en muestra aislada.
La función hepática se valorará según cifras GOT/GPT y Bilirrubina.
Todos los parámetros se registrarán como positivos si se realizaron al inicio del tratamiento con NACO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Comprobar la existencia de ecocardiograma en HCE de pacientes en tratamiento con NACO.
2. Comprobar la existencia del valor adecuado de función renal y hepática en HCE de pacientes en tratamiento

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 393

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN LAS CONSULTAS DEL CS LAS FUENTES NORTE

con NACO.
Descripción: % de pacientes con NACO con ecocardiograma, función renal y hepática al inicio de tratamiento en CS Las Fuentes Norte del Sector Zaragoza II durante un año.

Fórmula: Nº de pacientes con NACO con ecocardiograma, función renal y hepática al inicio del tratamiento *100 /
Nº de pacientes con NACO

Criterios de exclusión: Se excluirán pacientes desplazados y todos aquellos que no continúen en tratamiento con NACO durante el año de estudio.

Fuentes de datos:
•OMI-AP e Intranet del Sector Zaragoza II. Servicio Aragonés de Salud.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Fecha inicio: 1/Abril/15
• Fecha de finalización: 31/Mayo/16
• Extracción datos: Julio/2015
• Revisión HCE: Agosto-Septiembre/2015
• Análisis de datos: Octubre/2015 – Febrero/2016
• Interpretación datos: Marzo-Abril/2016
• Difusión de resultados: Mayo/2016

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora de la seguridad del paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 336

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR DURANTE LA VACUNACION CON MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

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.
· GARCIA VERA CESAR JOAQUIN. PEDIATRA. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· CENARRO GUERRERO TERESA. PEDIATRA. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A diario en las consultas de enfermería pediátrica se administra el calendario de vacunaciones de nuestra comunidad autónoma. Son unas de las principales causas de mejora de la salud y la calidad de vida. Actualmente casi la totalidad de vacunas se administran por vía parenteral provocando dolor y llanto, causando angustia en los niños y en los padres. Sin embargo, este inconveniente no tiene que desviarnos de nuestro objetivo que es tener la mayor cobertura posible de niños vacunados. En las jornadas de vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP) 2015 que tuvieron lugar en Murcia en el mes de marzo se insistió mucho en que los más pequeños sienten dolor. Además, hay suficientes evidencias para afirmar que la exposición reiterada al dolor en la vida temprana puede afectar al desarrollo del sistema nervioso y producir efectos duraderos sobre el sistema neurológico (Taddio et al. Inadequate pain management during routines chilhood immunizations the never ofit. Clinical Therapeutics) y que el dolor asociado a la vacunación puede ser disminuido (Díaz Gómez NM. Prevención del dolor en el recién nacido. Intervenciones no farmacológicas). Teniendo en cuenta que hasta los 18 meses es cuando más inyecciones reciben, desde el centro de salud Sagasta Ruiseñores, se propone este proyecto de mejora con la finalidad de disminuir el dolor en los lactantes, mediante la aplicación de medidas no farmacológicas: lactancia materna o agua azucarada, administraci

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir el dolor y el llanto asociado a la vacunación en lactantes de 0 a 18meses.
- Informar a los padres de la importancia de vacunar con el menor dolor posible y los métodos para ello.
- Disminuir la angustia en los niños y los padres.
- Aumentar la adhesión de los padres a los programas de vacunación.
- Mejorar los resultados del contrato de gestión en materia de vacunación.
- Si los resultados son favorables, sensibilizar a otros equipos de salud para que integren estas medidas en sus

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Se realiza el proyecto sobre lactantes (2 a 18meses) que acuden al Centro Salud Sagasta Ruiseñores, pertenecientes a dos cupos de pediatría y atendidos por una enfermera.
- Se propone un estudio antes/después. Los tres meses antes de la puesta en práctica de las medidas no farmacológicas, se medirán tres variables: el tiempo de llanto, el dolor mediante la escala de valoración MBPS y la percepción del estrés del niño por parte de los padres mediante la escala EVA (Escala Visual Analógica).
- Los 6 meses siguientes se ofrecerá a los padres las medidas de analgesia. Si deciden participar, se les entregará y firmarán un consentimiento informado.
El protocolo de analgesia se basa en:
1º administrar lactancia materna o agua azucarada dos minutos antes, durante y después de la inyección. Técnica: poner al pecho aquellos lactantes que se alimentan de leche materna o administrar agua azucarada. Preparación: diluir 7-8grs de sacarosa en 10ml de agua, administrar 2 ml y poner el chupete.
2º Vacunar en el regazo de su madre/padre.
3º Vacunación simultánea (si hay dos vacunas).
- El profesional de enfermería aplicará la escala MBPS 5 segundos antes y a los 10 y 30 segundos después. Dicha escala (Modified Behavioral Pain Scale), puntúa de 0 a 10 teniendo en cuenta la expresión facial, el llanto y los movimientos corporales.
- La escala Eva da valores entre 0 (no hay dolor) y 10 (mayor dolor posible).
- El tiempo de llanto se mide en segundos desde el momento de la punción.
- Al finalizar el proyecto se les pedirá a los padres que rellenen una encuesta de satisfacción.
- Se diseñará un sistema de registro de Excel con las actividades anteriores, conservando el anonimato.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Comparación del tiempo de llanto, escalas MBPS y EVA entre los lactantes a los que se les ha aplicado el método frente a los que no.
- Al finalizar el estudio, se calculará la diferencias de medias, con un intervalo de confianza al 95% entre los resultados de los dos grupos.
- Se realizará un registro de incidencias.
- Se medirá el grado de satisfacción de los padres.
- Si se comprueba que las medidas propuestas atenúan el dolor asociado a la vacunación se incorporarán a la práctica habitual del equipo y la hoja informativa se dará a todos los padres en el momento de la primera visita del Recién Nacido.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Junio a agosto de 2015: medición de escalas sin medidas farmacológicas.
- Septiembre 2015 a febrero de 2016: aplicación de las pautas de analgesia.
-Marzo de 2016: cierre y análisis de datos y exposición de resultados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 336

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR DURANTE LA VACUNACION CON MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Vacunas
OTRA PALABRA CLAVE 2. Dolor
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 030

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
· Profesión ..... TRABAJADOR SOCIAL
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· 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. PSICOLOGA CLINICA. CS SAN JOSE NORTE. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· BECERRIL GERMAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ SANZ MARISOL. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· REGLA MARIN RAQUEL. MEDICO RESIDENTE. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. FALTA DE PREPARACIÓN DE LOS CUIDADORES PARA ATENDER A SU FAMILIAR DEPENDIENTE Y DESCONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS..

COSTE EMOCIONAL ASOCIADO AL ROL DEL CUIDADOR.

EMPEORAMIENTO GLOBAL EN SALUD DE LOS CUIDADORES

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. APOYO A LOS CUIDADORES DE PACIENTE DEPENDIENTES DE ESTE CENTRO DE SALUD.

AUMENTO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS A LOS PACIENTE DEPENDIENTE.

CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS POR EL EQUIPO MULTICIPLINAR.
POTENCIAR EL AUTOCUIDADO DE LOS CUIDADORES

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MEJORA EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS, UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECUSOS Y AUMENTO DEL AUTOCUIDADO DEL CUIDADOR PRINCIPAL.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. REALIZACIONES DE SESIONES FORMATIVAS EN INFORMATIVAS DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOSANITARIA Y PSICOLOGICA.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR DE RESPUESTA A LA CONVOCATORIA 75%
INDICADOR DE ASISTENCIA A LAS SESIONES 90%
SATISFACCIÓN DE LOS ASISTENTES 4 SOBRE 5

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. SEIS SESIONES FORMATIVAS DEL 21 DE OCTUBRE 2015 A 25 NOVIEMBRE 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 685

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE Y CENTRO, SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO MONTIU PEMAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ISANTA POMAR CARLOS. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· REGLA MARIN RAQUEL. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· UTA ADELA IOANA. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SENRA DE LA FUENTE EVA MARIA. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARIN DEL TIEMPO MARIA DOLORES. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ PEREZ MARIA ANTONIA. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MELON JUNCOSA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se quiere crear una consulta de cirugía menor llevada por médicos adjuntos y residentes e implantar un protocolo de actuación para mejorar la accesibilidad del paciente a estos procedimientos y al mismo tiempo la confianza y satisfacción al ser realizados en su centro de salud evitando esperas y desplazamientos, mejorando el sistema sanitario desde el punto de vista de la eficiencia. Se pretende disminuir el número de derivaciones a los especialistas de dermatología, reumatología y cirugía para disminuir la lista de espera.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Es una inciativa nueva, por lo que no hay resultados todavía

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la lista de espera tanto del paciente para la realización de la intervención como para la especialidad derivada.
Mejorar el conocimiento y la formación de los profesionales del centro en este campo asistencial

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Crear una consulta específica de cirugía menor en OMI, con agenda y citación gestionada por los residentes de último año, integrada en las consultas del centro.
Crear episodio y procedimiento sugestivo de cirugía menor en OMI y registrarlo en una base de datos tipo Excel a fin de valorar resultados obtenidos en 1 año.
Formación del equipo a través de cursos prácticos y tutorización de residentes por los adjuntos participantes en el proyecto.
Reuniones periódicas con enfermería para puesta en común de actividades del programa y organización.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registro en OMI y base de datos basado en historia clínica, libro de registro, hoja de valoración quirúrgica, consentimiento informado, hojas informativas para el paciente pre y post intervención.
Reuniones cada 2 meses para solucionar problemas que hayan ido surgiendo y valorar evolución a los 6 meses.
Indicadores: Generales (tiempo de demora para realizar la intervención en el CS, nº de intervenciones anuales realizadas en 1 año/nº de intervenciones realizadas en el pasado año, nº de derivaciones a especialidades quirúrgicas en 1 año/nº de derivaciones el pasado año), de Proceso y Calidad del acto (nº de intervenciones con el consentimiento informado correctamente cumplimentado x100/nº total de intervenciones realizadas, nº de intervenciones con solicitud a Anatomía Patológica x100/nº total de intervenciones realizadas, concordancia diagnóstico previo/diagnóstico anatomopatológico), de Resultado (nº de complicaciones postquirúrgicas observadas x100/ nº de intervenciones realizadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de la actividad en Junio 2015, con una consulta con frecuencia quincenal, durante el horario de mañanas

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Protocolo de Cirugía Menor

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 312

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION GRUPAL PARA PACIENTES ANTICOAGULADOS. CENTRO DE SALUD SAN PABLO

2. RESPONSABLE ..... NATIVIDAD CASTRO PINEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALDAMA BAQUEDANO BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO.
· GARCIA PARICIO LUIS MIGUEL. MIR 4º. CS SAN PABLO.
· MEDRANO GONZALO ANDRES. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO.
· MILLAN AGUERRI CRISTINA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO.
· PORTERO MONGUILO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO.
· VALVERDE ARANDA SELMA. MEDICO/A. CS SAN PABLO.
· PENON PANZANO JULIA. MEDICO/A. CS SAN PABLO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El número de usuarios del Sistema Aragones de Salud con Tratamiento Anticoagulante Oral (TAO) va aumentando tanto en cifras absolutas como en tasas de prevalencia relativas. La importancia socio-sanitaria del TAO es que los gastos originados por el control del TAO (alrededor de unos 90 millones de € anuales) son 15 veces menores que los gastos que supondrían las complicaciones evitadas, pero lo más importante es que evitan, además de importantes secuelas, más de 6.000 muertes anuales."* (manual del programa tratamiento anticoagulante C.Aragón).
Incidir de nuevo sobre estos usuarios no solo en los aspectos técnicos y farmacologicos del tratamiento si no también en los autocuidados y consejos más generales mediante la
EPS, puede disminuir la aparición de complicaciones, interacciones y efectos secundarios, asi como mejorar el manejo de situaciones en las que influye el TAO.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. no procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Participación de usuarios con TAO en los talleres.
Mejora en los autocuidados e indepencia entre usuarios con TAO.
Mejora de la atención sanitaria a este grupo de usuarios, incidiendo en los aspectos mas relacionasdos con los hábitos y estilo de vida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Captación en consulta enfermería/medicina de pacientes con TAO susceptibles de beneficiarse con este proyecto y deseen mejorar sus conocimientos y habilidades. Informar también de la Actividad en el horario de extracciones en aquellos pacientes controlados por hematologia. Divulgar el programa en las residencias de 3ª Edad en las que hay residentes con TAO.
Para la captación; diseño y reparto de encuesta al usuario sobre el TAO.
Sesión informativa del diseño de talleres al resto del EAP, informativa y de ayuda a la captación.
Talleres de Educación Para la Salud:
1.Informacion anticogulación. Tratamiento. Seguimiento e interacciones.
2.Dieta y ejercicio en el paciente anticoagulado. Habitos de vida saludables.
3.El autocuidado con el TAO, situaciones a tener en cuenta con el tratamiento anticoagulante.
Evaluación de Resultados, recogida de datos encuestas y realización encuestas posteriores a la realización de los talleres. Evaluación tanto de la EPS como del programa en los pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivo: Mejorar el control del INR entre los participantes. Alcanzar el 70%de los pacientes en rango terapeutico en una fecha al azar. (Objetivo programa TAO Aragón):
Rango INR participantes antes del programa/INR post-programa
Objetivo: Aumentar la participación en EPS de usuarios anticoagulados
Nº pacientes TAO participantes programa/total pacientes anticogulados EAP
Objetivo: Aumentar el nº profesionales implicados en Educación para la Salud en el CS
Nº miembros del EAP que realizan EPS durante un año/Nº de miembros del EAP.
Al finalizar el taller se realizara tanto una encuesta subjetiva a los participantes, y se repetirá la encuesta de captación para evaluar los cambios.
Las actividades de EPS también seran evaluadas por la Comision de Participación Comunitaria que existe en el CS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1- Diseño programa y talleres: Febrero 2015
2- Difusión, encuestas captación e informacion general: Febrero y Septiembre-2015
3- Comienzo Recogida de Datos: Marzo y Septiembre 2015
4-Talleres: Abril y Octubre de 2015
5- Presentación al Equipo: Junio-2015
6- Evaluacion y presentación de resultados: Diciembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 312

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION GRUPAL PARA PACIENTES ANTICOAGULADOS. CENTRO DE SALUD SAN PABLO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 315

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES EGUILUZ LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS. MEDICICINA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· CAMPILLOS APESTEGUIA CARMEN. MEDICICINA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· CAUSAPE ALMENARA CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ARRILLAGA GOMEZ ELENA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· NUIN CONS ELENA. MEDICICINA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· PEYMAN FARD SHAFI TABATABAEI NIMA. MEDICICINA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ACEITUNO CASAS ALEXANDRA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La EPOC es una de las enfermedades más frecuentes en nuestro medio, ocasionada por una reacción inflamatoria anómala, asociada principalmente al humo de tabaco. Presenta cambios patológicos en el pulmón y se asocia a manifiestaciones extrapulmonares y a importantes comorbilidades que aumentan su gravedad.

La prevalencia global de EPOC en España, en el estudio EPI-SCAN, (establecida según el criterio diagnostico de FV1/FVC < 0,7 postbroncodilador) en la población de 40 a 80 años fue del 10,2%. Se constató que es una enfermedad infradiagnosticada calculándose que únicamente la cuarta parte de las personas enfermas identificadas habían sido diagnosticadas previamente .
Presenta una elevada mortalidad. Según la OMS en 2012, fue la cuarta causa de muerte en el mundo. Se estima que en 2030 será la tercera causa, aumentando de forma significativa a partir de los 55 años de edad.
Supone además un elevado coste para el sistema sanitario y una importante pérdida de calidad de vida.

La detección de asintomáticos, el diagnóstico temprano de casos poco sintomáticos, la oportunidad de intervenir de forma eficaz sobre determinantes (tabaco), y la mejora de calidad de vida en los pacientes tratados adecuadamente, justifica la implementación de una intervención de estas características

En nuestro Centro de Salud según los últimos datos de cartera de servicios de septiembre de 2014, el número de pacientes con diagnostico de EPOC era de 302 , sobre una población >40 años de 10.648, cobertura de 2,84 % , por lo que tenemos un amplio margen de mejora

En revisiones anteriores habíamos constatado asimismo un volumen de espirometrías sin criterios de calidad suficiente. En una última revisión realizada sobre las espirometrías realizadas entre el 1 de marzo de 2013 y el 28 de febrero de 2014, sobre una muestra de 41 espirometrías, 12 no fueron aceptables 29%.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la cobertura de diagnósticos de EPOC en un 2%, alcanzando una cifra de 515 diagnósticos.
Mejorar la calidad de las espirometrías: técnica de realización e interpretación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Informar al equipo de proyecto, objetivos e indicadores propuestos
Insistir en el registro de índice tabáquico en todos los fumadores
2. Proponer al EAP la realización de espirometría en todos los pacientes entre 40 y 69 años con IT >10
3. Revisar en taller de enfermería, la técnica de realización de espirometrías y los criterios de calidad.
4. Fotocopiar todas las espirometrías que se realicen entre el 1 de junio y el 30 de noviembre de 2015 y entregar al responsable del proyecto.
5. Realizar un muestreo de las espirometrías para la valoración de la calidad.
6. Solicitar datos de número de fumadores entre 40 y 69 años, con IT >10 a fecha 30 de mayo y 1 de diciembre
7. Solicitar datos de número de pacientes diagnosticados de EPOC a fecha 30 de mayo y 1 de diciembre de 2015.
8. Solicitar datos de número de fumadores con espirometría en los 2 últimos años a fecha 30 de mayo y 1 de diciembre de 2015

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Nª de pacientes entre 40 y 70 años con indice tabáquico > 10 con espirometría/ Nª de pacientes entre 40 y 70 años con indice tabáquico > 10

2.- Nª espirometrías que cunplen criterios de calidad/ Nº total de espirometrías en una muestra de las espirometrías realizadas entre el 1 de junio y el 30 de noviembre de 2015

3.- Nª pacientes que cumplen criterios de EPOC /Nº total de pacientes con episodio de EPOC

4.- Nº pacientes con diagnostico de EPOC / Nº pacientes > 40 años

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio 25 DE MAYO 2015, finalización el 30 DE ABRIL DE 2016

CRONOGRAMA.-

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 315

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Solicitud datos precisos a fecha 30 de mayo
Presentación del proyecto al equipo y taller de espirometría para enfermería.- MAYO- JUNIO 2015
Realización y valoración de las espirometrías.- 1 DE JUNIO - 30 NOVIEMBRE 2015
Obtención de los resultados .- 1 DE DICIEMBRE - 30 DE MARZO 2016
Análisis de los datos y redacción de las conclusiones.- ABRIL 2016
Presentación de los resultados al EAP .- ABRIL 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 387

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA ESCARTIN LASIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NUIN CONS ELENA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· PEYMAN FARD SHAFI TABATABAEI NIMA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA PARICIO LUIS MIGUEL. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MILLAN PEREZ JOAQUIN. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El sedentarismo o falta de ejercicio físico es uno de los males endémicos de nuestra sociedad del siglo XXI. Se acompaña de otros problemas asociados músculo esqueléticos, enfermedades cardiovasculares, obesidad y otras patologías como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades mentales y otros. La Organización Mundial de la Salud, las principales líneas de acción de la Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y al obesidad o el Ministerio de Sanidad y Politica Social a través de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad, también conocida como Estrategia NAOS recomiendan la realización de actividad física además de una dieta adecuada. En Aragón, como marco de promoción de alimentación y actividad física se desarrolla la Estrategia PASEAR. Las últimas recomendaciones, dentro de la Estrategia de Promoción y Prevención del SNS recomiendan la realización de al menos 150 minutos de actividad física a la semana para personas adultas.
También somos conscientes de cómo los determinantes sociales influyen en la salud de la población 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 través de la atención clínica en las consultas si no también con intervenciones comunitarias proponemos la continuidad de un programa de paseos cardiosaludables que estimulen la realización de ejercicio físico entre nuestros pacientes y la mejora de sus redes sociales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se trata de una actividad comunitaria consolidada, con buena acogida por parte de los pacientes y del propio EAP. Actualmente hay un grupo fijo de unos 20 paseantes al que cada día se añade una o dos personas nuevas; un grupo no cerrado pero estable, por lo que cada mes se benefician de la actividad hasta 80 personas. Los paseos son acompañados 2 días por semana por personal del EAP, aunque el resto de días los realizan de forma autónoma, por lo que son cientos de personas las que cada año pasean en grupo.
En el acompañamiento del grupo de paseo colabora personal sanitario y no sanitario, contando con 14 profesionales del EAP directamente implicados en su desarrollo.
Se incluye como actividad formativa para estudiantes de medicina, enfermería y fisioterapia que rotan por el CS (más de 25/año). Del mismo modo, dentro de la formación de MIRes y EIR se incluye esta actividad como una más dentro del trabajo habitual del CS, valorando la realización de actividades comunitarias como ésta como parte de la labor asistencial del centro.
Se conoce y se difunde en otras asociaciones del barrio.
Además de contar con un calendario para lxs profesionales, se ha mejorado el registro en el programa OMI-AP de lxs pacientes que participan en esta actividad comunitaria.
La actividad forma parte de la RAPPS (Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud), por lo que cumple con los criterios de calidad exigidos en la misma.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - mantener esta actividad comunitaria como recurso para la prescripción de ejercicio físico en las consultas
- mejorar el registro de realización de actividades comunitarias
- mejorar la formación en prescripción y realización de ejercicio físico por parte del CS y otros CS
- valorar la satisfacción de las personas participantes en los paseos y la mejora de su calidad de vida a través de encuesta de satisfacción creada ad hoc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Proyecto ya consolidado, con continuidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Valoración de la auto-percepción de su salud en las personas participantes a través de encuesta realizada ad-hoc y autoadministrada.
Valoración de las características de la población participante en cuanto a edad, sexo, patología crónica, etc.
Valoración de la realización de otras actividades complementarias a los paseos, como la participación en el Gimnasio de Mayores sito en el solar junto al CS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La actividad tiene duración anual, con periodos de descanso entre los meses de junio y agosto, coincidiendo con los periodos vacacionales más largos.
Las actividades se desarrollan según calendario, con sesiones clínicas al EAP trimestrales.
La encuesta de valoración ad hoc de los participantes se autoadministra de forma bianual

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 387

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. actividad física
OTRA PALABRA CLAVE 2. mejora red social
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 129

1. TÍTULO

PRUEBAS DE IMAGEN SOLICITADAS EN USUARIOS DE CENTROS DE SALUD DE LOS SECTORES 1 Y 2 DE ZARAGOZA. ESTUDIO TRANSVERSAL

2. RESPONSABLE ..... MARISA SAMITIER LERENDEGUI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERREJON SILVESTRE RICARDO. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ARDITO GIUSEPPE ALESSIO. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· AGUDO ABAD JARA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· CAMBRA SOLANS AINHOA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· BARTOLOME MORENO CRUZ. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cada vez hay más publicaciones que inciden en el uso inapropiado de pruebas radiológicas, que en muchas ocasiones se indican con una 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 si 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.
Los médicos y pacientes confían cada vez más en el diagnóstico por la imagen, pero su uso excesivo conlleva problemas asociados como el aumento de los costos, la excesiva radiación a los pacientes, además del aumento de los tiempos de espera para la realización de la prueba de imagen . Importante además considerar los estudios secundarios derivados de la prueba de imagen dudosa, a veces innecesarios, como pueden ser las pruebas de imagen adicionales, biopsias invasivas o cirugías que se derivan de este uso excesivo de las pruebas de imagen.
Por todo ello se diseña este proyecto de investigación, para conocer la prevalencia de solicitudes de pruebas complementarias en cuatro situaciones comunes en atención primaria como son la lumbalgia no complicada, cervicalgia no complicada, primer episodio de omalgia no traumática y traumatismo de tobillo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se han obtenido aún resultados, en fase de diseño.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Principal:
Conocer la prevalencia de pacientes de los Centros de Salud de los sectores Zaragoza 1 y 2 a los que se les pide una prueba de imagen (Rx) innecesaria en la lumbalgia no complicada, cervicalgia no complicada, primer episodio de omalgia no traumática y traumatismo de tobillo.
Secundarios:
? Conocer la distribución de la petición de pruebas de imagen innecesarias (Rx) según sexo del paciente
? Conocer la distribución de la petición de pruebas de imagen innecesarias (Rx) según edad del paciente
? Conocer la distribución de la petición de pruebas de imagen innecesarias (Rx) según ámbito (rural y urbano)
? Conocer la distribución de la petición de pruebas de imagen innecesarias (Rx) según otras características del paciente (situación laboral, estado civil).
? Conocer la distribución de la petición de pruebas de imagen innecesarias (Rx) según profesional sanitario que la solicita (años desde licenciatura, formación en el tema, docente, presión asistencial).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tras el análisis de la situación se plantearan medidas. Se ha previsto taller no presencial mediante Spontanea (el taller será impartido por los investigadores tres y cinco) y página Web en la que se dejarán protocolos de actuación y se hará seguimiento de la situación (investigadores uno y seis).
Investigadores 2,3,4 y 5 harán estudio de campo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Tipo de estudio: cualitativa 4 categorías: lumbalgia no complicada, cervicalgia no complicada, primer episodio de omalgia no traumática y traumatismo de tobillo.
-Prueba radiológica necesaria. Cualitativa de dos categorías.
-Indicación del estudio: cualitativa de más de dos categorías. Se considerarán sólo los signos de alerta:
1.Para lumbalgia no complicada:
Traumatismo menor reciente y edad >50 años.
Uso prolongado de corticoides, osteoporosis.
Síntomas constitucionales de origen desconocido.
Fiebre.
Pérdida de peso, malestar general.
Infección inter-recurrente.
Inmunosupresión.
Consumo de drogas por vía parenteral.
Historia de cáncer.
Dolor de ritmo inflamatorio.
Debut en edad >70 años.
Déficit neurológico focal.
Síntomas neurológicos progresivos o discapacitantes.
Duración superior a 6 semanas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 129

1. TÍTULO

PRUEBAS DE IMAGEN SOLICITADAS EN USUARIOS DE CENTROS DE SALUD DE LOS SECTORES 1 Y 2 DE ZARAGOZA. ESTUDIO TRANSVERSAL

2. Para cervicalgia no complicada:
Síntomas constitucionales de origen desconocido: fiebre, pérdida de peso, malestar general.
Infección interrecurrente.
Inmunosupresión
Consumo de drogas por vía parenteral.
Historia de cáncer.
Dolor de ritmo inflamatorio
Debut en edad >70 años.
Déficit neurológico focal.
Síntomas neurológicos progresivos o discapacitantes.
Historia de traumatismo reciente o uso de corticoides.
Falta de respuesta a tratamiento médico.
Uso de anticoagulantes.
3. Para omalgia no traumática:
Estarían indicadas técnicas de imagen si:
? Existe antecedente traumático o caída
? Presencia de signos inflamatorios agudos o dolor de aparición súbita.
? Presencia de masa palpable o deformidad
? Presencia de dolor en reposo
? El grado de movilidad es anormal.

4. Para traumatismo de tobillo:
La radiografía de tobillo sólo se recomienda si existe dolor en la articulación del tobillo y además sensibilidad ósea al tacto en los últimos seis centímetros de la parte posterior de maléolo interno o externo o imposibilidad de andar cuatro pasos seguidos en la exploración realizada inmediatamente después del traumatismo. En el mesopié los criterios son dolor en la zona junto con sensibilidad ósea a la palpación en la base del quinto metatarsiano o en la región del escafoides tarsiano o incapacidad para andar cuatro pasos en la exploración clínica postraumática.

-Causas no indicación: cualitativa de más de dos categorías. Se considerarán todas las demás causas que no estén incluídas en el apartado anterior.

Se solicitarán los datos a Dr. Antonio Poncel (Técnico Superior de Sistemas y Tecnologías de la Información) para realizar búsqueda mediante código diagnóstico de OMI de las 4 patologías estudiadas).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicial del estudio: Mayo/2015
Fecha de presentación de estudio: Junio/2015
Fecha de inicio del estudio de campo: Julio/2015
Fecha de fin del estudio de campo: Septiembre/2015
Análisis de resultados y presentación: Octubre/2015
Actividades de mejora: Noviembre-Diciembre/2015
Medición indicadores: Enero-Diciembre 2016
Fecha final del estudio: Febrero/2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Unnecessary Procedures, Diagnostic Imaging/standards, Diagnostic Imaging/utilization*, , Radiology,
OTRA PALABRA CLAVE 2. Low Back Pain, Back Pain, Ankle Injuries, Shoulder.
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 289

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO FISOTERAPICO EN EL HOMBRO DOLOROSO

2. RESPONSABLE ..... ANA TAPIA PEREZ
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORIANO LAMANA PILAR. FISOTERAPEUTA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO BARRIO PAULA. MIR 3º. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MAZA INVERNON ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO FELIU LUIS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· HERREJON SILVESTRE RICARDO. MIR 4º. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ AZNAR CARLOS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· JIMENO ARANDA ANGEL. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El hombro doloroso es una de las consultas médicas más frecuentes, y llega a afectar al 25% de la población en algún momento de la vida. Es más frecuente en personas de edad avanzada o que realizan trabajos pesados.
Todas las disfunciones de hombro son susceptibles de producir dolor, reducir la amplitud articular, limitar las actividades de la vida diaria, alterar el sueño, producir cambios de humor y generar problemas de concentración, disminuyendo la calidad de vida de los sujetos que las sufren.
Existe una amplia gama de tratamientos para el hombro doloroso. Comenzando por el tratamiento conservador, terapias físicas con reposo, térmicas, ejercicios fisioterápicos, tratamiento medicamentoso con AINE o analgésicos, etc.. Los dos hallazgos comunes a todos los estudios son: que ninguna modalidad de tratamiento fisioterapéutico ha reportado efectos secundarios perjudiciales; y que los programas de ejercicios terapéuticos son efectivos y deberían ser considerados como base del programa de tratamiento del hombro doloroso.
En general el inicio de tratamiento se retrasa una media de 3 meses con implicaciones laborales y/o deportivas, uso prolongado de AINEs con el coste sanitario que supone y fundamentalmente problemas reacciones adversas.
En este proyecto se trata de evaluar la efectividad del tratamiento precoz en las unidades de fisioterapia de Atención Primaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. no procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora en la atención del paciente con hombro doloroso.
Disminuir el uso de analgesia
Disminuir las recidivas
Mejora de la satisfacción de los pacientes
Fomentar el ejercicio físico al terminar la RHB como medida de educación sanitaria.
Mejorar la funcionalidad y calidad de vida del paciente con su reinserción laboral y/o deportiva.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Este proyecto busca evaluar la efectividad del tratamiento fisioterapéutico precoz (< de 3meses desde el diagnóstico) con el mismo tratamiento fisoterapeutico después de 3 meses desde el diagnóstico en el hombro doloroso.
Presentación a los MAP del proyecto para la remisión a la unidad de fisioterapia de:
Pacientes entre 30- 50 años, ambos sexos, con diagnóstico de hombro doloroso de origen no traumático de menos de 3 meses de evolución, sin otras patologías osteomusculares asociadas, se realizara una hoja de derivación donde se especificarán estos criterios.
El grupo control dº de hombro doloroso de más de 3 meses de evolución se obtendrá de los ya citados en la unidad de fisioterapia derivados de Traumatología, Rehabilitación, Reumatología.
Se valora antes de iniciar el tratamiento el grado de dolor, aplicando la escala visual analógica (EVA) y la escala de valoración funcional del hombro y luego de realizar 10 sesiones de tratamiento (electroterapia y clase dirigida), se realiza una nueva valoración del dolor y la movilidad del hombro. En ambos casos se aplica mismo tratamiento.
Encuesta de satisfacción

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Mejora en la EVA en el grupo tratamiento precoz.
Mejora en la EVA en el grupo tratamiento tardío.
Nº de recidivas en los síntomas en ambos grupos en los seis meses siguientes a la finalización del tratamiento fisioterápico.
Fármacos (posología y duración) en ambos grupos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De mayo/2015 a abril/2016
En mayo/15 elaborar encuesta y hoja de derivacion MAP a unidad de fisioterapia. Presentación al EAP del proyecto.
Desde junio/15 hasta febrero/16 remisión de los pacientes suceptibles de ser incluidos en el proyecto para recibir tratamiento previsto.
Valoracion de los resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 289

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO FISOTERAPICO EN EL HOMBRO DOLOROSO

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. hombro dolorosos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 287

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS AUTOCUIDADOS DE LOS PACIENTES DIABETICOS A TRAVES DE LA EDUCACION GRUPAL

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.
· MURO BADIA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN PABLO ANA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· GANDIA MARTINEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ARRILLAGA GOMEZ ELENA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ACEITUNO CASAS ALEXANDRA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· CIRIA CALAVIA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MILLAN PEREZ JOAQUIN. MIR 3º. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo del proyecto es facilitar el conocimiento de la enfermedad, control de los síntomas, desaparición de miedos e insatisfacciones en la esfera de su patología crónica y reconocerse no como situación individualizada sino de pertenencia a un grupo con igual problemática y dudas. El ámbito es el centro de salud de San Pablo y tratamos de garantizar un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes que contribuya al bienestar, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patología crónica ocasiona.
La diabetes constituye un importante problema de salud por su alta prevalencia, importante morbi-mortalidad y elevado volumen de recursos sanitarios que consume.
En España los estudios poblacionales, detectan en personas mayores de 30 años una prevalencia estandarizada entre un 5 y 6,8%, cifra que se multiplica por tres en el grupo etáreo de más de 65 años. En nuestro centro de salud, constan 1352 diabéticos mayores de 18 años (644 mujeres y 708 hombres) y aproximadamente un 50% son mayores de 70 años. Los resultados vistos en los indicadores de 2014 se objetiva que un 13,88% de pacientes diabéticos de < de 70 años presentan una HbA1c > 8%.
La educación terapéutica grupal en diabetes pretende modificar actitudes y conductas de los pacientes mediante el trabajo en equipo; permitiendo confrontar sentimientos y valores sobre distintos temas de interés en relación a la enfermedad. El papel del educador es facilitar y guiar al paciente, asumiendo este su responsabilidad mediante una participación activa en el proceso de aprendizaje. 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.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. no procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 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 .
Los objetivos específicos de la educación son conseguir mejoras en los siguientes ámbitos:
• Hábitos de vida saludables: alimentación, ejercicio físico y tabaco.
• Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes
• Cuidados del pie diabético
• Adherencia a la medicación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Presentación del proyecto al EAP. Selma Valverde
Preparacion de encuestas y revision HCE Joaquin Millan
Se oferta desde las consultas de enfermería o de medicina la participación a los grupos de educación para la salud, el paciente firma su conformidad de quee sta interesado en participar.
La organización de la actividad se trata de 4 sesiones de 90 min de duración moderadas por médicos y enfermeras del centro de salud.
Los temas:
1ª sesión generalidades sobre diabetes. Selma valverde
2ª sesión La alimentación Ana MArtin
3ª sesión Técnicas de autocuidados. Autoanálisis e insulina.Pilar gandia Elena Arrillaga.
4ª sesión Ejercicio físico. Pie diabético.Alex Aceituno Angeles Ciria
Tendrá lugar en la Biblioteca del centro de Salud san Pablo.
Los grupos no serán de más de 10 personas.
Se espera poder realizar 5 talleres especificos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de asistentes a los talleres/Nº de pacientes que se ofertó la actividad.
Nª de asistentes a los talleres/ Nº total de DM tipo2 asignados al CS.
Nº de pacientes que han mejorado el nivel de su conocimiento de la enfermedad/Nº pacientes incluidos en proyecto.
Nº pacientes que modifican sus estilos de vida/Nº total pacientes incluidos en proyecto.
Nº pacientes con adherencia al tratamiento farmacológico/Nº total pacientes incluidos en proyecto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo/2015 a Abril/2016
Mayo/15 Presentacion a EAP preparacion encuestas y materiales talleres

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 287

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS AUTOCUIDADOS DE LOS PACIENTES DIABETICOS A TRAVES DE LA EDUCACION GRUPAL

Junio/15 1º taller
Septiembre/15 2º taller
Noviembre/15 3º taller
Enero/16 4º taller
Marzo/16 5º taller
Abril presentacion resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 714

1. TÍTULO

TRAMITES ADMINISTRATIVOS Y CORREO ELECTRONICO

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.
· MARTINEZ BOYERO TERESA. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· SORIA CABEZA GLORIA. PEDIATRA. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· SASTRE MOHAMED SARA. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· TURON RAMOS BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· BARCONES MOLERO MARIA FE. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ BARRANCO JESUS. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· LASARTE VELILLAS JUAN JOSE. PEDIATRA. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En una consulta del CS se ha ofrecido el email del Dr. correspondiente para solucionar trámites administrativos como la activación anual de la e-receta, con un prometedor resultado inicial.
Este método de comunicación con pacientes podría disminuir el número de consultas burocráticas relacionadas con la receta electrónica y otros procesos administrativos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir las consultas concertadas presenciales por trámites administrativos mejorando la atención a los pacientes.
Flexibilizar la consulta del profesional de EAP disponiendo él mismo el mejor horario para realizar dichos trámites.

Facilitar un acceso a dichos trámites a los pacientes con una restricción horaria o limitaciones sociales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaborar el procedimiento del circuito de funcionamiento e informar al EAP de Torre Ramona. Con la finalidad de facilitar a pacientes el correo electrónico del profesional y que solicite la solución de gestiones burocráticas como la activación anual de la e-receta por parte del profesional sanitario. De esta actividad se encargarán principalmente: Luis Otegui, Gloria Soria, Teresa Martínez y Sara Sastre.
2. Cuantificar las horas por profesional destinadas a trámites burocráticos (IT, e-receta, informes médicos, etc): recogiendo los datos que tenemos hasta ahora de las citaciones y analizándolos. De esta actividad se encargarán principalmente: Begoña Turrón, Teresa Martínez, Sara Sastre
3. Proporcionar e informar al paciente de los datos e instrucciones necesarias para el proceso. De esta actividad se encargará todo el EAP.
4. Llevar a cabo dicho proceso, por parte de los médicos y enfermeras CS Torreramona
5. Analizar los resultados después de 6 meses. Por parte de Teresa Martínez, Sara Sastre, Jesús Ruiz y Mº Fé Barcones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de profesionales del CS que colaboran en la actividad/nº total de profesionales
Número de consultas burocráticas a través del e-mail en total y por profesional del CS
Se obtendrán a través de listado de OMI las consultas con el código Administrativo.
Se evaluará también el grado de satisfacción de pacientes y profesionales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se llevará a cabo de Junio 2014 a Marzo 2015
Junio 2015: 1, 2
Julio 2015 - Septiembre 2015: 3
Agosto 2015 – Enero 2016: 4
Marzo 2015: 5

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. correo electronico, actividades administrativas, email, e-medicina
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 690

1. TÍTULO

MEJORA DE DERIVACIONES A ATENCION ESPECIALIZADA DEL CS TORRERAMONA

2. RESPONSABLE ..... GLORIA SORIA CABEZA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ BOYERO TERESA. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· SASTRE MOHAMED SARA. MEDICO DE FAMILIA. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ BARRANCO JESUS. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· TURON RAMOS BEGOÑA. ADMINISTRATIVA. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· BASTAROS GARCIA JUAN CARLOS. PEDIATRA. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· SAURAS YERA CRISTINA INES. MEDICO DE FAMILIA. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· BARCONES MOLERO MARIA FE. MIR MEDICINA DE FAMILIA. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con la aparición del nuevo indicador de Derivación a Atención Especializada, en la Evaluación del Contrato de Gestión de 2014, se detectó en el CS Torreramona un número de Derivaciones superior a la media del Sector.
Entre las posibles causas está la desaparición de las derivaciones a Especialistas para seguimiento.
La relevancia viene dada por el aumento de consultas burocráticas, y por el peso del indicador en el contrato de gestión, ya que supone el 50% de los puntos obtenidos en la Evaluación de 2014 del CS.
El Proyecto será útil para la reducción del número de Derivaciones y en análisis de los puntos de mejora de la calidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir el número de Derivaciones por proceso de los Médicos del CS a Atención Especializada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 0. Reunión informativa con EAP. Para dar a conocer la hoja de ruta y los objetivos de nuestro plan de mejora. De esta actividad se encargarán Teresa Martínez y Gloria Soria.
1. Análisis de la tasa de Derivaciones de AP a Atención Especializada por proceso durante el año 2014 del CS Torreramona, por profesional del CS y por Especialista. Se llevará a cabo principalmente por Begoña Turrón, Teresa Martínez, Gloria Soria y Sara Sastre.
2. Identificación de las Especialidades o motivos de derivación más frecuentes, y /o mayor impacto en la población. Esta labor la llevarán a cabo Teresa Martínez, Gloria Soria, Jesús Ruiz, Juan Carlos Bastarós e Inés Sauras.
3. Clasificar las derivaciones en propias del médico del EAP o inducidas por el especialista. Las llevará acabo el mismo equipo que el punto 2.
4. Realizar sesiones conjuntas A Primaria/Especializada. Para disminuír las derivaciones y poder comentar personalmente casos particulares o frecuentes. El coordinador y el equipo médico del EAP.
5. Solicitar cohorte de datos de los 6 meses posteriores a la implantación del programa. Gracias a Begoña Turrón, Gloria Soria y Teresa Martínez.
6. Análisis de los datos y evaluación del programa de mejora. Realizado por Jesús Ruíz, Teresa Martínez, Gloria Soria, Mº Fe Barcones y Sara Sastre.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de derivaciones a Atención Especializada 2015/nº derivaciones 2014
Análisis de Derivaciones del CS a A Especializada a los 6 meses

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015 – agosto 2015: 0, 1, 2, 3
Septiembre 2015 – mayo 2016: 4
Enero 2016 – Marzo 2016: 5
Abril 2016 – Mayo 2016: 6

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Derivaciones, atención primaria, especialistas, primeras visitas, visitas sucesivas
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 768

1. TÍTULO

MEJORA A LA ATENCION AL NIÑO GRAVE EN ATENCION PRIMARIA. EQUIPACION DEL CARRO DE PARADA Y MATERIAL PEDIATRICO NECESARIO

2. RESPONSABLE ..... SARA BELTRAN GARCIA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRIA
· SAENZ DE ADANA PEREZ ESPERANZA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· SOLANS BASCUAS MARIA TERESA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· VAZQUEZ OLIVARES MARGARITA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· BARTOLOME COSTA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· ALBESA BENAVENTE ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· MEDRANO HOMOBONO EVA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El conocimiento de las técnicas de soporte vital genera un beneficio indiscutible al mejorar el pronóstico de supervivencia en cualquier caso de parada cardiorrespiratoria (PCR), siempre y cuando las medidas de soporte vital básico se inicien en los primeros minutos del PCR. Las técnicas de RCP están en continua revisión, con la sucesiva aparición de nuevas recomendaciones internacionales, y estos conocimientos prácticos precisan adecuación y reciclaje frecuente. Todos los profesionales sanitarios que están cerca de pacientes, precisan del conocimiento de estas técnicas a través de todo su "continuum" formativo. Es preciso concienciar y capacitar al profesional para que adquiera de forma eficiente y uniforme los conocimientos, aptitudes y habilidades precisas para realizar maniobras de RCP así como el entrenamiento del trabajo en equipo ante estas situaciones inusuales en la práctica diaria. En un centro sanitario estas medidas de RCP se adecuarán al material disponible pudiendo realizarse, previo entrenamiento del personal, maniobras de RCP básica-instrumentalizada.

En un centro de salud emergente en población pediátrica como es CS Valdespartera que actualmente consta de 6079 niños de 0-14 a, consideramos importante disponer de los medios materiales adecuados en el ámbito en el que trabajamos y por ello dado que el carro de parada constituye un elemento indispensable, se revisara y organizara el material que se debe incluir en el.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocimiento del personal sanitario del material disponible en el centro de salud para la reanimación de un paciente pediátrico.
- Disponer de un carro de urgencias y maletín con el material pediátrico necesario para la actuación en el tratamiento del niño grave.
- Disponer de algoritmos de actuación rápida de patología grave pediátrica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Se diseñaran algoritmos de actuación en patologías graves pediátricas que faciliten al personal sanitario la toma de decisiones.

- Se equipara un carro de urgencias y maletín con el material necesario para el tratamiento de primera línea en situaciones de compromiso hemodinámico, respiratorio, infeccioso y neurológico. Así mismo será reevaluado periódicamente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Material de carro de urgencias pediátricas. Listado del material incluido en él.
Presencia de los algoritmos de patología pediátrica
Reevaluación periódica por el personal del centro del material.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante 2015 se equipará un carro pediátrico son el material preciso.

Septiembre - diciembre 2015:
- Revisión carro de urgencias pediátrico con el material.
- Elaboración de algoritmos de actuación rápida de patología grave pediátrica.

Enero2016- marzo 2016:
- Evaluación de los indicadores

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad Asistencial

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. NIÑOS 0-14 años y Profesionales que los asisten
·SEXO.
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 768

1. TÍTULO

MEJORA A LA ATENCION AL NIÑO GRAVE EN ATENCION PRIMARIA. EQUIPACION DEL CARRO DE PARADA Y MATERIAL PEDIATRICO NECESARIO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 717

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DIFUSION DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD_SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... MARIA BELEN PINA GADEA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DENIZON ARRANZ SOPHIA. TECNICO DE SALUD. DAP ZARAGOZA 2.
· LAMPLE LACASA LUIS. DIRECTOR DE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II. DAP ZARAGOZA 2.
· FRANCES PINILLA MARINA. DIRECTORA DE ENFERMERIA SECTOR ZARAGOZA II. DAP ZARAGOZA 2.
· PEÑA GASCON MARIA JOSE. SUBDIRECTORA DE ENFERMERIA. DAP ZARAGOZA 2.
· PIÑEIRO ADAN CONCEPCION. ADMINISTRATIVA. DAP ZARAGOZA 2. SERVICIO DE CLIENTES
· ASCASO MARCHITE MARIA LUISA. ADMINISTRATIVA. DAP ZARAGOZA 2. SERVICIO DE CLIENTES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los servicios farmacéuticos de las estructuras sanitarias de Atención Primaria según establece la Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón 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, en el nivel de Atención Primaria, entre las que se encuentran 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 en el artículo 103 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
En algunos centros de salud de Atención Primaria del Sector Zaragoza II se ha implantado desde hace unos años un modelo de gestión de acuerdo a la Noma UNE-EN-ISO 9001, este modelo de gestión de la calidad pretende ser un facilitador y garantizador de una mejor calidad de todos los servicios sanitarios que se prestan desde los equipos de atención primaria a los ciudadanos, y por ello la gestión de los botiquines en estos centros se ha adaptado siguiendo los criterios requeridos en dicha norma, a implantándose un “Procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios”, que fue revisado en el año 2012.
En el resto de botiquines de los equipos de atención primaria también se dispone de un “Procedimiento de gestión de medicamentos y Productos Sanitarios” que se debería revisar y adaptar a los requerimientos de la norma UNE-EN-ISO-9001.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Actualización e implantación del Procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios en todos los equipos de atención primaria del Sector Zaragoza II

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Actualización del Procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud-
• Difusión del Procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios a todos los equipos de atención primaria del Sector Zaragoza II
• Formación a los profesionales de los equipos de atención primaria que intervienen más directamente en la gestión de los botiquines

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Disponer del Procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios actualizado
- % de centros de salud del Sector a los que se ha difundido el Procedimiento Operativo y formado a sus profesionales
- Desarrollo de una actividad formativa específica en gestión del botiquín de los equipos de atención primaria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Mayo 2015
Actualización del Procedimiento operativo de gestión; Mayo-Julio 2015
Difusión del Procedimiento operativo: Junio-Noviembre 2013
Formación a los profesionales implicados: Noviembre 2015
Revisión de los botiquines por el farmacéutico de Atención Primaria: Enero-Febrero 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. procedimiento operativo
OTRA PALABRA CLAVE 2. botiquin
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 717

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DIFUSION DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD_SECTOR ZARAGOZA II

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 029

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... SUSANA QUIRCE SANCHEZ
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... USB SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA. ODONTOESTOMATOLOGO/A. USB SAN JOSE NORTE. SALUD BUCODENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nuestro proyecto pretende establecer un 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 es recoger la importancia de establecer un 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a) Recogida de pacientes: directos de demanda y derivados de pediatría.

b) 1º visita: Primer contacto con paciente y familia: lograr una familiarización del paciente con nuestra consulta y realizar exploración bucodental.
c) 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.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores.
Apertura de historia clínica para su evaluación y seguimiento.
Indicadores gingivales y de índice de caries.

9. 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

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. discapacitados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. niños
OTRA PALABRA CLAVE 2. discapacitados
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 061

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE PERIODO DEL PUERPERIO

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ..... ODONTOLOGO/A
· Centro ..... USB SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUIRCE SANCHEZ SUSANA. HIGIENISTA DENTAL. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. NUESTRO PROYECTO PRETENDE CONTINUAR CON LA ATENCIÓN A LAS GESTANTES, DURANTE EL EMBARAZO SE PRODUCEN CAMBIOS EN LA MUJER, EN LA BOCA, SE VUELVE MAS SUSCEPTIBLE A PADECER GINGIVITIS Y CARIES, DEBIDO A LOS CAMBIOS HORMONALES.
LAS ENCÍAS SE VUELVEN MAS ENROJECIDAS Y EDEMATOSASCON TENDENCIA AL SANGRADO, DESDE ESTE PROYECTO INTENTAMOS INTERVENIR MEDIANTE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN.
TAL COMO HEMOS VENIDO HACIENDO EN AÑOS ANTERIORES, NOS CENTRAMOS EN UNA SERIE DE REVISIONES PERIÓDICAS DURANTE EL PERIODO DEL EMBARAZO Y PUERPERIO.
CAPTAMOS A LA POBLACIÓN DIANA A TRAVÉS DE OTROS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD, LO IDEAL ES COMENZAR CUANTO ANTES, PARA LOGRAR TENER UNA ENCÍA SANA DURANTE TODO EL EMBARZO, Y LIBRE DE CARIES.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. REDUCCIÓN DE LOS CORRESPONDIENTES ÍNDICES GINGIVALES Y MEJORA DE LA SALUD PERIODONTAL DEL GRUPO DIANA.
HEMOS HECHO FOTOCOPIAS DEL TRÍPTICO DEL PROYECTO DE 2013, AL NO HABER RECIBIDO AUN LOS SOLICITADOS, LAS DISTRIBUIMOS ENTRE EL GRUPO DE RIESGO.
FUERON CAPTADAS Y SEGUIDAS EN NUESTRA CONSULTA 28 PACIENTES, ABRIÉNDOLES HISTORIA, REALIZANDO LOS INDICES GINGIVALES CORRESPONDIENTES, INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL PERSONALIZADOS, USO DE REVELADOR DE PLACA,Y CONTROLES QUINCENALES, MENSUALES, Y A LOS 3 MESES, CON APLICACIÓN DE FLUOR TÓPICO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. CONTINUAR CON LA ATENCIÓN PRESTADA A LA POBLACIÓN DIANA, E IMPLANTAR UN PROTOCOLO ESPECÍFICO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MEJORA DEL TRÍPTICO INFORMATIVO QUE SOLICITAMOS SEA IMPRESO EN COLOR EN EL SERVICIO CENTRAL.
-CHARLAS INFORMATIVAS A MATRONAS Y TOCÓLOGOS DEL SECTOR CON EL FIN DE
DAR A CONOCER LA ENFERMEDAD Y EL MODO DE PREVENIRLA.
-CREACIÓN DE NUEVOS GRUPOS DE TRABAJO FORMADOS POR FORMACIÓN SUSCEPTIBLE
DE PADECER DICHA PATOLOGÍA, CAPTACIÓN A TRAVÉS DE OTROS PROFESIONALES.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ÍNDICES GINGIVALES Y PERIODONTALES, DE O´LEARY Y DE LÖE Y SILNESS
APERTURA DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA SU RVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PRIMERA TOMA DE CONTACTO CON LA EMBARAZADA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO
VISITAS QUINCENALES, MENSUALES Y TRIMESTRALES
-APERTURA DE HISTORIA CLINICA, REALIZACIÓN DE ÍNDICES, INSTRUCCIONES DE HIGIENE ORAL.
-NUEVA DETERMINACIÓN DE ÍNDICES. REVELADOR DE PLACA.
-VALORACIÓN7EVOLUCIÓN DE ESTADO GINGIVAL Y APLICACIÓN DE FLUOR TÓPICO.

11. OBSERVACIONES. POR FAVOR, ROGAMOS QUE SE NOS ENVÍEN LOS TRÍPTICOS SOLICITADOS, YA QUE FACILITARÍA NUESTRA LABOR11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. GESTANTES
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 053

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA NEFROPATIA INDUCIDA POR CONTRASTE DE TAC EN PACIENTES DE RIESGO

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS CABRERIZO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YAGÜE VALLEJO SANDRA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA
· PEREZ GIMENEZ LAURA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La realización de pruebas diagnósticas con contrastes radiológicos (tomografía computarizada, arteriografía, coronariografía, etc.) representa una práctica habitual en medicina. Una gran parte de estas técnicas de imagen implican la administración intravascular de radiocontrastes yodados, fármacos con conocido riesgo de nefrotoxicidad. El cuadro clínico de insuficiencia renal aguda secundaria a la administración de un contraste radiológico se denomina nefropatía por contraste (NC).

Es la tercera causa de insuficiencia renal (IR) de origen iatrogénico en pacientes hospitalizados y causante del 11% de los casos de IR adquirida en el hospital. Su incidencia oscila, según los estudios consultados, entre el 0% y el 50%. Los pacientes que presentan esta complicación tienen una tasa de muerte intrahospitalaria del 22 frente al 1,4% de los que no la presentan. La tasa de mortalidad en el seguimiento a un año y a los 5 años también es superior. Las causas de mortalidad son de origen cardiovascular (infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, principalmente en casos que requieren diálisis).

Los dos criterios propuestos por la Sociedad Española de Nefrología para definir la aparición de NC son un aumento absoluto de la creatinina plasmática de 0,5 mg/dl sobre el valor basal o un aumento relativo del 25% en las 24-48 horas que siguen a la administración de contrastes yodados, en ausencia de otras causas demostrables de insuficiencia renal.

La ?siopatología está directamente asociada al efecto sobre las células renales de los agentes de contraste yodado mediante un triple mecanismo: 1) el efecto citotóxico directo del contraste yodado, que favorece fenómenos de vacuolización, apoptosis, necrosis e inhibición de la reabsorción tubular de proteínas; 2) favorecer la precipitación de cristales en las células tubulares, y 3) alterar el equilibrio de regulación renal vasodilatación-vasoconstricción, lo que conduce a la hipoxia medular renal y al desencadenamiento de una cascada oxidativa que provoca la pérdida de nefronas y tubular en última instancia.
Los factores de riesgo para NIC se han clasi?cado en 2 grandes grupos: 1) aquellos relacionados intrínsecamente con el paciente, como IR previa, edad, diabetes mellitus, uso de fármacos nefrotóxicos, fracción de eyección deprimida, situaciones de bajo gasto cardíaco, anemia, trasplantes renales e hipoalbulinemia, y 2) factores dependientes del procedimiento, como volumen de contraste utilizado, uso de agentes de high-osmolal contrast media (HOCM, «contrastes de alta osmolaridad»), inyección intraarterial, múltiples inyecciones de contraste en un plazo inferior a 72 h y utilización de balón de contrapulsación intraaórtico. La insuficiencia renal crónica y la diabetes son los factores con más peso.
Globalmente, la prevención se basa en una serie de medidas: valorar el riesgo y el beneficio de la exploración con contraste, evitar contrastes de alta osmolaridad y/o altas dosis, espaciar en el tiempo las exploraciones radiológicas, identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar una NC, determinar el filtrado glomerular (basal y posteriores), controlar la diuresis, administrar fármacos profilácticos (tipo N-acetilcisteína [NAC]), evitar otros nefrotóxicos así como la depleción de volumen , y expansión de volumen previa y posterior a la exposición.

Desde el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de la Defensa, en colaboración con los servicios de Nefrología y Radiología hemos creado, según las evidencias actuales, un protocolo de prevención de NC en paciente de riesgo que se someten a un TAC con contraste intravenoso. El proyecto de mejora de calidad que proponemos trata de aplicar de forma sistematizada dicho protocolo en los servicios de Medicina Interna y Neumología para conseguir los resultados que se describen más adelante.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Detectar de forma sistematizada pacientes en riesgo de desarrollar NC [(FG <60mL/min/1,73m2 (Cockcroft-Gault ó MDRD-4) ó Creatinina >1,5mg/dL)]
• Disminuir la incidencia de NC en pacientes de riesgo que se someten a una TAC con contraste intravenoso.
• Reducir el empleo de recursos necesarios para el tratamiento de la NC (como puede llegar a ser sesiones de diálisis). Evitar prolongar el ingreso y disminuir gastos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. ¿A quién aplicar el protocolo?:
Pacientes de riesgo: FG <60mL/min/1,73m2 (Cockcroft-Gault ó MDRD-4) ó creatinina (Cr). >1,5mg/dL que van a ser sometidos a una TAC con contraste intravenoso. La función renal ha de haber permanecido estable en los últimos 3 meses. Debe tratarse de una insuficiencia renal crónica estable.

2. Clasificación del riesgo:
a. Riesgo Intermedio: FG 45-60ml/min/1,73m2 o Cr <1,5mg/dl. (Las medidas a aplicar para prevenir NC se

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 053

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA NEFROPATIA INDUCIDA POR CONTRASTE DE TAC EN PACIENTES DE RIESGO

consideran recomedables)
a. Alto riesgo: FG < 45ml/min/1,73m2 o Cr 1,5-2 mg/dl. (Las medidas a aplicar para prevenir NC se consideran obligatorias)
b. Muy alto riesgo: FG < 30ml/min/1,73m2 o Cr > 2 mg/dl, y diabetes. (Valorar otra alternativa y en caso contrario consultar con el Servicio de Nefrología para posibles medidas terapéuticas, incluida diálisis, en caso de NC).

3. Medidas a aplicar:
a. Expansión de volumen (elegir una opción, preferible nº1):
i. Bicarbonato sódico (150 mEq 1M -150m/L- en 850ml de S.GDO 5%):
1. Sin riesgo de sobrecarga: 3ml/Kg/h, 1 h antes del procedimiento y 1m/Kg/h 1-6h tras el procedimiento. (Para 70 kgr): 210ml/h 1h antes + 70ml/h 1-6 horas después.
2. Con riesgo de sobrecarga: 1,5ml/Kg/h, 1 h antes del procedimiento y 0,5m/Kg/h 1-6h tras el procedimiento (Para 70 kgr): 105 ml/h 1 h antes + 45 ml/h 1-6 horas después.
ii. Suero salino isotónico: 1ml/Kg/h ó 0,5 ml/Kg/h (si riesgo de sobrecarga) 6-12 h antes y después del estudio (según grado de disfunción renal).
b. N-acetilcisteína:
i. Oral/Sonda nasogástrica: 1200mg/12h el día previo y el día del estudio.
ii. Intravenoso: 1200mg + 50cc de SSF 0,9% en 30minutos/12h el día previo y el día del estudio.
c. Retirar fármacos nefrotóxicos:
i. Retirar AINES 24h antes y 24h después del procedimiento
ii. Retirar metformina 24 h antes.

4. Seguimiento:
a) Determinación de creatinina a las 48-72h (solicitado por su médico responsable)
b) Evitar repetir estudio en las siguientes 72h.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Porcentaje de pacientes en riesgo de NC que se someten a TAC con contraste iv.

• Porcentaje de pacientes en riesgo sometidos a TAC con contraste iv a los que se les aplica el protocolo.
• Porcentaje de pacientes en riesgo sometidos a TAC con contraste iv a los que se les aplica el protocolo y desarrollan NC.
• Porcentaje de pacientes en riesgo sometidos a TAC con contraste iv a los que se les aplica el protocolo y no desarrollan NC.

• Porcentaje de pacientes en riesgo sometidos a TAC con contraste iv a los que no se les aplica el protocolo.
• Porcentaje de pacientes en riesgo sometidos a TAC con contraste iv a los que no se les aplica el protocolo y desarrollan NC.
• Porcentaje de pacientes en riesgo sometidos a TAC con contraste iv a los que no se les aplica el protocolo y no desarrollan NC.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Julio- Diciembre de 2015: Aplicación del protocolo y recogida de datos.
• Enero-marzo de 2016: Análisis y comunicación de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 360

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CONTROL GLUCEMICO DE PACIENTES DIABETICOS CON INGESTA ORAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE ..... LAURA PEREZ GIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABRERIZO GARCIA JOSE LUIS. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA
· YAGÜE VALLEJO SANDRA. MEDICO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La diabetes mellitus se está convirtiendo en un enorme problema de salud pública debido a su creciente prevalencia, paralela a la de la obesidad. Casi un tercio de los pacientes diabéticos precisa al menos dos ingresos hospitalarios al año, y el coste de estas hospitalizaciones supone el 50% del total del gasto sanitario generado por la diabetes. Aunque la prevalencia de hiperglucemia en el medio hospitalario no se conoce con exactitud, puede llegar a ser de hasta un 38%. En nuestro país, la cuarta parte de los pacientes de servicios de Medicina Interna tenían el diagnóstico secundario de diabetes en su alta hospitalaria. La mayoría de los pacientes ingresados que presentan hiperglucemia son diabéticos conocidos, pero el manejo de la hiperglucemia debe extenderse también a aquellos con diabetes no conocida, que además presentan un peor pronóstico comparado con el de los primeros. El objetivo del control de la hiperglucemia en el hospital es normalizar los niveles de glucemia evitando la hipoglucemia. Sin embargo, la hiperglucemia se ha considerado con frecuencia un proceso secundario respecto a la enfermedad que motiva el ingreso y a pesar de los beneficios derivados del control glucémico, éste es con frecuencia deficiente en el medio hospitalario, con un uso insuficiente de la insulina y una inercia no terapéutica incluso en presencia de hiperglucemia persistente. En los pacientes no críticos ingresados en plantas de medicina o cirugía general, la hiperglucemia conlleva un incremento de la estancia hospitalaria y mayores tasas de infección, incapacidad tras el alta y muerte. Aunque los mecanismos por los que la hiperglucemia se asocia a estas complicaciones no son del todo conocidos, los niveles elevados de glucemia inducen alteraciones en el funcionamiento del sistema inmune, disfunción endotelial, aumento de la respuesta inflamatoria y del estrés oxidativo y facilitan un estado protrombótico.
En el proyecto de mejora de calidad que presentamos tratamos de optimizar el control glucémico ingresados en el servicio de Medicina Interna. Las pautas empleadas para el control glucémico de estos pacientes son muy variables incluso dentro del mismo servicio y dependen, muchas veces, del médico responsable. Mediante la aplicación de forma sistematizada del Documento de Consenso Tratamiento de la Hiperglucemia en el Hospital publicado en la revista Medicina Clínica, en el que han participado diversas sociedad científicas como Medicina Interna o Endocrinología y Nutrición, pretendemos optimizar el tratamiento de estos pacientes aplicando recomendaciones comunes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Optimizar el control glucémico según las recomendaciones vigentes. De esta manera mejorar el pronóstico de los pacientes incluida la reducción de mortalidad y las complicaciones como la tasas de infecciones. De forma secundaria, disminución de la estancia hospitalaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Difusión del Documento de Consenso: Tratamiento de la Hiperglucemia en el Hospital publicado en la revista Medicina Clínica entre los facultativos del Servicio de Medicina Interna mediante sesión clínica. Centrar el plan de actuación en pacientes diabéticos que mantienen la ingesta oral cuyos objetivos de control, según La American Diabetes Association (ADA), son glucemia preprandial menor de 140 mg/dl y cualquier glucemia al azar menor de 180 mg/dl, si estas cifras pueden alcanzarse de forma segura. Aplicar las recomendaciones del Documento de Consenso. Crear ficha de recogida de datos en formato Excel con los datos del paciente y la información necesaria para los indicadores.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Porcentaje de diabéticos ingresados en el Servicio de Medicina Interna.
• Porcentaje de diabéticos ingresados en el Servicio de Medicina Interna a los que se aplica el protocolo.
• Porcentaje de diabéticos en los que se consiguen objetivos de control (en > 80% de las mediciones de glucemia).
• Porcentaje de diabéticos que presenta alguna hipoglucemia debido a la aplicación del protocolo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Julio- Diciembre de 2015: Aplicación del protocolo y recogida de datos.
• Enero-marzo de 2016: Análisis y comunicación de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 360

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CONTROL GLUCEMICO DE PACIENTES DIABETICOS CON INGESTA ORAL EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 172

1. TÍTULO

VALORACION DE LA SITUACION SOCIAL DE TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES AL ALTA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL CON ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO ABAD BABIER
· Profesión ..... TRABAJADOR SOCIAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOGROÑO GASPAR ANA CECILIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. TRABAJO SOCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fractura de cadera es una situación sobrevenida que implica cambios en la dinámica familiar de todos los pacientes. Hasta el momento actual únicamente se intervenía a demanda en el momento del alta, lo que implica actuar con rapidez para evitar la prolongación de la estancia y, en muchas ocasiones, no permite una intervención adecuada. El objetivo de este proyecto es atender al 100 % de los pacientes y con la antelación sufi

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la satisfacción del usuario y disminuir la estancia media hospitalaria, evitando retrasos en el alta por problemas sociales y reingresos por deficiencias en los cuidados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desde la Unidad de Fractura de cadera notificación de los nuevos ingresos para iniciar la intervención.
Exploración de las capacidades propias del paciente y su entorno. Valorar la viabilidad de regreso a domicilio y/o consensuar y facilitar la búsqueda de recurso idóneo. Coordinación con Atención Primaria de Salud.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes con fractura osteoporótica de cadera atendidos por la Unidad de Trabajo Social en 2015 / porcentaje de pacientes con fractura osteoporótica de cadera atendidos por

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Junio 2015. Evaluación Diciembre 2015. Posteriormente evaluación anual

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fractura osteoporótica de cadera

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 412

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL USO DEL MEDICAMENTO. POTENCIANDO LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS

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
· IDOIPE TOMAS ANGELA. 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
· JOSEFA CARCELEN ANDRES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· CASAJUS LAGRANJA PILAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· PERRINO GARCIA MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Sistema de Dispensación automatizado (SAD) ligado a prescripción electrónica y validación farmacéutica es el más seguro para el paciente, el más eficiente desde el punto de vista económico, y a la vez el que utiliza más efectivamente los recursos profesionales. Estos sistemas consiguen optimizar los circuitos de trabajo e inventarios, garantizar la disponibilidad de medicamentos en las unidades e imputar los consumos de medicamentos por paciente.
Por otro lado, la prescripción por principio activo aporta un mayor conocimiento de los fármacos y mejora tanto la seguridad, al minimizar el riesgo de duplicidades y errores de prescripción.
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.
Por último, la conciliación de medicamentos, es decir la valoración de la concordancia entre la medicación registrada cuando el pacientes accede al hospital y lo que tenía en su domicilio, ha sido considerado por la mayoría de las organizaciones que trabajan para mejorar la seguridad como uno de las prácticas que más contribuyen a disminuir los errores de medicación, ya que el cambio de nivel asistencial está demostrado que es uno de lo puntos más vulnerables.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2014 se realizaron 944 intervenciones farmacéuticas. Los errores de llenado se han mantenido los dos años en torno al 1%.
Se han mantenido actualizadas las interacciones de mayor relevancia clínica, incluidas como ayudas a la prescripción en el programa Dominion.
Desde el año 2011 se realiza toda la PEA por principio activo.
Además se ha implantado la PEA en 8 unidades. Además durante el 2014 se ha validado la prescripción de la PEA ligada a SAD.
Se han incrementado las ayudas en PEA para incrementar la seguridad: interacciones, Insuficiencia renal, alergias.
Se ha adecuado el contenido de Kardex/Pyxis al consumo de medicamentos, analizando los artículos sin movimiento y modificando los stocks.
Se ha mejorado la seguridad y condiciones de conservación de los medicamentos en Kardex y Pyxis.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incrementar las ayudas a la prescripción electrónica:
Actualizar las interacciones farmacológicas más importantes.
Incrementar la adhesión de la Prescripción a la Guía farmacoterapéutica.
Incrementar la implantación de la PEA ligada a SAD
Mejorar las condiciones de conservación en kardex/Pyxis
Adecuar el contenido de kardex/Pyxis
Mejorar el proceso de reposición de los SAD
Mejorar el control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD
Disminuir los errores asociados al cambio de nivel asistencial en el ingreso del paciente a través del Servicio de Urgencias
Mantener el registro de la conciliación de la medicación al ingreso
Disminuir peticiones “vía urgente” solicitadas inadecuadamente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actualizar el listado de las interacciones farmacológicas más relevantes
Formación de médicos prescriptores
Modificar sistema de dispensación unitaria, cambiando de carro de unidosis a Pyxis ligado a PE en una unidad: Neurología
Implantar PE ligada a Pyxis en Nefrología
Implantar PE ligada a Pyxis en Medicina Interna planta 2º
Revisión de caducidades de los medicamentos en kardex/Pyxis
Revisión de la adecuación del stock de kardex/Pyxis
Auditar el proceso de preparación y de reposición de los medicamentos en los SAD
Actualización bienal de las claves de acceso a SAD.
Conciliar la medicación al ingreso de los pacientes en el Servicio de Urgencias
Monitorizar peticiones urgentes del Servicio de Urgencias

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 412

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL USO DEL MEDICAMENTO. POTENCIANDO LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración del listado de interacciones de mayor relevancia
Nº unidades con prescripción electrónica
Nº de unidades con Pyxis ligado a PEA
Nº de revisiones de caducidad de medicamentos en kardex/Pyxis
% de medicamentos sin movimiento en los últimos 6 meses en kardex/Pyxis
% errores llenado de Pyxis
% errores llenado de kardex.
Nº de usuarios revisados con clave en Pyxis
% de pacientes conciliados respecto al número de pacientes pendientes de ingreso en salas de observación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Reunión de los responsables de las distintas áreas de la unidosis para consensuar objetivos a alcanzar y definir los indicadores a medir. 1º trimestre
Actualización del listado de las interacciones farmacológicas más relevantes de los fármacos incluidos en GFT. 1º semestre
Ampliación de la prescripción electrónica ligada a Pyxis en 3 unidades: 2º semestre
Revisión de caducidades de los medicamentos en kardex/Pyxis. Mensual
Revisión de la adecuación del stock de kardex/Pyxis. 2º semestre
Actualización anual de las claves de acceso a dichos sistemas. 4º trimestre
Auditar el proceso de preparación y de reposición de los medicamentos en los SAD. Mensual
Conciliar la medicación de los pacientes pendientes de ingreso en salas de observación del Servicio de Urgencias. Mensual

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Unidosis
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 750

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION EN LA ATENCION AL RECIEN NACIDO ENTRE MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO INFANTIL MIGUEL SERVET Y PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... PILAR ABENIA USON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CENARRO GUERRERO TERESA. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. EQUIPO DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· LASARTE VELILLAS JUAN JOSE. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. EQUIPO DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· OÑATE CALVO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. EQUIPO DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MONTANER RAMON ALICIA. MIR. H MIGUEL SERVET. CUARTO AÑO DE RESIDENCIA: UNIDAD DE NEONATOLOGIA
· FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE NEONATOLOGIA
· ROYO PEREZ DELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE NEONATOLOGIA
· RITE GRACIA SEGUNDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE NEONATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. OBJETIVOS PRINCIPALES:

1. PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA COMO UNA ACTIVIDAD ASISTENCIAL CONTÍNUA ENTRE LOS DOS ÁMBITOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA

2. AUMENTAR LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL O CON NECESIDAD DE CUIDADOS O SUPERVISIÓN ESPECIALES

Problemas en la coordinación en la atención al recién nacido (RN) entre los dos ámbitos asistenciales, que pueden tener consecuencias importantes. Oportunidades de mejora:
1. Promoción y apoyo de la lactancia materna (LM).
2. Seguridad en la asistencia.
Documentos del Ministerio de Sanidad y Política Social:
Estándares y Recomendaciones en 2009, Maternidad Hospitalaria, destaca la necesidad de esta coordinación. Refleja que el parto es la causa de ingreso más frecuente en los hospitales españoles, en 2005 el 9.1% de las altas.
Cuidados desde el Nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Sanidad 2010. Recomienda sobre la primera visita en AP:
-La atención se realizará en el centro de AP 48-72 horas después del alta, en todo caso antes de finalizar la primera semana de vida.
-En caso de LM exclusiva será atendido 48-72 horas después del alta, en todo caso antes de finalizar la primera semana de vida (Fuerza de la recomendación A

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Análisis del origen y del problema:
-Cambios asistenciales que requieren implementación de medidas en la coordinación. Disminución de estancias en maternidad. Previstas con evolución normal. Hace 10 años: alta tras 3 días en parto normal y 5 días en cesárea. Actualmente tras 48 horas (si hora de parto antes 17-19 h) y tras 4 días respectivamente. Disminución de ingreso del RN separado de su madre. Hace 10 años ingreso de todo RN con peso <2350g y <35 semanas de EG, actualmente si < 2000g o <34. En maternidad dos grupos diferenciados de RN: 1.RN sano sin factores de riesgo. 2. RN con necesidades especiales en situación estable que precisa técnicas o cuidados que pueden prestarse en maternidad. RN > 34 semanas, PRN > 2000g, RN con otros factores de riesgo.
-Altas próximas o en fin de semana y festivos.
-Dificultades acceso del RN a la Tarjeta Sanitaria.
-Dificultad en la información entre profesionales. Documento de Salud Infantil e informe de alta en documento WORD. El RN atendido en Maternidad no está considerado administrativamente como un ingreso, esto generada dificultades, entre otras en la emisión de informes de alta. Consideramos estos soportes inadecuados.
-No estructura de asistencia al RN que es dado de alta con indicación de reevaluación hospitalaria en 24-72 horas. Reevaluados en maternidad.
-Número de profesionales implicados.
- Estudio de la realización de la primera visita al RN en los Centros de Salud de Aragón, llevada a cabo por la Dra. Cenarro entre otros autores. Encuesta. Respuestas: 50% de los pediatras. El 49% primera visita en la primera semana de vida.
2. Cambios efectuados:
-Comunicación de los problemas a la Jefatura de Servicio y Subdirección del HMI. Colaboración y apoyo en los siguientes puntos.
-Febrero 2015: informe de alta del RN programa HPdoctor, en la Historia informática. Colaboración Servicio de Documentación Clínica.
-Consulta de Alta Resolución (NN AR): RN que precisa reevaluación en el hospital en 24-72. Disponibilidad limitada a 9:30–10:30h, martes, jueves y viernes.
- Subdirección del HMI y de AP de los sectores I y II: circular a los servicios administrativos de los CCSS para asegurar la asistencia al RN aún sin TIS.
-Reunión conjunta entre AP y Hospitalaria sobre la asistencia al RN en Maternidad y tras el alta. 25-3-15. Ponentes: Dra. Cenarro, Dr. Lasarte, Dra. Fernández, Dr. Rite y Dra. Abenia.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 750

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION EN LA ATENCION AL RECIEN NACIDO ENTRE MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO INFANTIL MIGUEL SERVET Y PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la coordinación en la asistencia del RN entre Maternidad y AP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Protocolo conjunto para la transferencia de la atención al RN; difusión adecuada del mismo.
-En los RN que se considere precisen reevaluación en AP 48-72 horas asegurarla. Cita en su CS. Si no es posible: consulta de NN AR. Diferenciar si se considera la supervisión precisa o aconsejada en las primeras 48-72 h.
-Consulta NN AR.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador de objetivo cumplido: primera visita en AP en los primeros 2-3 días tras el alta > 70%.
Evaluación: muestra significativa de RN.
Valoración entre los profesionales implicados (pediatría y enfermería).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 12 meses
Protocolo y difusión octubre y noviembre 2015. Evaluación marzo 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Neonatos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 683

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMIENTO EN PACIENTES INGRESADOS POR EPISTAXIS E HIPERTENSION ARTERIAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL ADIEGO LEZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JARAUTA SIMON ESTIBALIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· ODRIOZOLA GRIJALBA MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DE MIGUEL GARCIA FELIX. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· SEVIL NAVARRO JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VELILLA MARCO JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La epistaxis es una de las urgencias más comunes que precisan ingreso en otorrnolaringología. Esta patología es más difícil de controlar cuando se asocia a hipertensión arterial.
Los pacientes ingresados por epistaxis presentan en muchas ocasiones cifras de tensión arterial elevada que puede ocasionar resangrados con la necesidad de nuevo taponamiento nasal, una mayor estancia hospitalaria e incluso riesgo vital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Control de las cifras de tensión arterial. Disminución de los episodios de sangrado y disminución de la estancia hospitalaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño e implementación de un algoritmo de tratamiento para los pacientes ingresados con epistaxis y cifras de tensión arterial elevadas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los pacientes ingresados para control de epistaxis serán sometidos a un control de constantes clínicas en las que deberá incluirse la presión arterial (PA). Dado el peligro de hipotensión asociado a un posible sangrado importante y la asociación epidemiológica observada entre la presencia de HTA y epistaxis se realizará la medición en las cifras de PA cada 8 horas /por turno, según práctica clínica habitual al menos las primeras 48-72 horas de ingreso.
Además se constatarán si han existido episodios de sangrado y se cuantificarán.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo en septiembre 2015 y se finalizará en septiembre 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hipertensos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 721

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE AGUSTIN FERRANDEZ
· 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
· IZUEL RAMI MONICA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALRIA
· SORIA PUERTA VIRGINIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· FERNANDEZ-MOTA GRACIA ROSARIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· LOPEZ PUENTE CARLOS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA
· RUIZ PRADANOS MARIA CARMEN. TCAE. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· BARRA VIVAS ASCENSION. TCAE. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La elevada carga asistencial del área de farmacotecnia (38.148 preparaciones sólo de citostáticos en 2014) 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.
Las herramientas técnológicas tales como sistemas de identificación de medicamentos y de pacientes se han mostrado 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Las acciones implantadas hasta este momento para mejorar la seguridad en el hospital de día de oncología han sido:
Implantar la prescripción electrónica(PE) en el Hospital de día de Hematología, Oncología y reumatologia.
Formación continuada permanente del personal de enfermería de laboratorio de farmacia y del hospital de día sobre manipulación con agentes citostaticos.
Revisión y actualización de todos los PNTs del área de farmacotecnia.
Se ha implantado un sistema de doble control en el etiquetado y envasado de las preparaciones de citostáticos para minimizar la posibilidad de error y bombas de infusión inteligentes que incorporan software con concentraciones estandarizadas, límites relativos y absolutos tanto máximos como mínimos de los distintos fármacos y que alertan de desviaciones en la administración de fármacos IV, favoreciendo la verificación de los parámetros básicos de infusión.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.-Mantener PE en Hematología, Oncología y Reumatología y ampliarla a Hospital de día de Digestivo.
2.-Avanzar en la protocolización de oncopediatría.
3.- Formación continuada del personal de enfermería del laboratorio de farmacia y del Hospital de día.
4.- Mejorar la seguridad en la preparación mediante la identificación a través de código de barras de todos los componentes utilizados en la preparación de citóstaticos 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)
5.- Mejorar la seguridad en la administración de citostáticos comprobando mediante léctores de códigos de barras que el paciente recibe lo que tiene prescrito por el médico y en el orden correcto (implantar oncoscan).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Realización de sesiones de actualización en el manejo del programa de PE para los clínicos de Hematología, Oncología y Digestivo.(MJ Agustín).
2.- Reuniones con los clínicos de Oncopediatría para actualizar los protocolos(MJ Agustín).
3.- 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 (MJ Agustín)
4. Mantenimiento de la base de datos incorporando la información necesaria para las nuevas prestaciones. (MJ Agustín)
5.- Realizar etiquetado con código de barras de los citostáticos utilizados en farmacia
6.- Control por pesada de los citostáticos preparados(personal técnico)
7.- Comprobación por código de barras de la concordancia paciente y citostáticos(enfermera)
8.- Valorar las preparaciones fuera de rango de pesada, para su utilización o reciclaje (MJ Agustín)
9.-Medir mensualmente los tiempos de espera entre prescripción-validación y preparación dentro del tiempo que están citadas(MJ Agustín)
10.- Seguimiento del consumo de medicamentos en oncología y hematología. (MJ Agustín).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº prescripciones informatizadas/Nº prescripciones totales.- >90%

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 721

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

Nº protocolos actualizados/Nº protocolos utilizados en oncopediatría.> 60%.
Nº de preparaciones controladas con pesada/Nº de preparaciones realizadas.>80%.
Nº de preparaciones descartadas/nº preparaciones realizadas <10%.
Nº pacientes atendidos en HD con trazabilidad /Nº de pacientes >90% (último trimestre)
Nº preparaciones para pacientes atendidos en HD com trazabilidad /Nº de preparaciones realizadas >90% (último trimestre)
Tiempo medio de espera entre prescripción y validación.- <30mín
Preparaciones con cita preparadas sin retraso.>90%.
Los indicadores se obtendrán con una periodicidad trimestral del programa informático del SF.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Sesiones informativas y de formación en el programa de trazabilidad: oncoscan y trazascan: enero-julio 2015
Preparación base de datos: enero-marzo 2015.
Implantación oncoscan: mayo-junio 2015
Implantación trazascan. Junio-octubre 2015
Valorar preparaciones fuera de rango: julio-diciembre 2015
Valorar tiempos de espera y de demora prescripción –validación: Enero-diciembre 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Seguridad
OTRA PALABRA CLAVE 2. trazabilidad
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 701

1. TÍTULO

REALIZACION DE TRIPTICO DE EVALUACION Y OPTIMIZACION DEL PACIENTE CON RIESGO CARDIOVASCULAR QUE SE VA A INTERVENIR DE CIRUGIA NO CARDIACA

2. RESPONSABLE ..... RAMON TOMAS ALIAS GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARROYO RUBIO DAVID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LATORRE MARQUES ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cirugía no cardiaca tiene una morbi-mortalidad alta en:
los pacientes con antecedentes de factores de riesgo cardiovascular o
con enfermedad cardiovascular demostrada o,
con una baja capacidad funcional que no permite conocer su capacidad de esfuerzo y
por las cirugías con alto trasiego de líquidos.
Además estas situaciones son motivo de discusión sobre si se ha solicitado o no cuidados postoperatorios en la unidad de Reanimación y esto es causa de suspensión en quirófano, porque con frecuencia los anestesiólogos no tenemos diferentes criterios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hemos realizado un protocolo de manejo de antiagregantes y anticoagulantes y de manejo de los antidiabéticos basados en la evidencia.
Hemos identificado que debemos protocolizar:
-los tipos de cirugías y situaciones en los que se debe reservar una cama en cuidados especiales de reanimación,
-qué hacer con los beta-bloqueantes, los diuréticos, los antihipertensivos o las estatinas,
-cuál es la hemoglobina mínima que es admisible en estos pacientes y
-los casos en los que se debe pautar una profilaxis de endocarditis bacteriana o
-solicitar un informe a su cardiólogo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Consensuar y protocolizar las indicaciones de demora, de optimización de la hemoglobina, de la solicitud de vigilancia postoperatoria en la unidad de críticos (Reanimación), de manejo de las medicaciones que modulan la respuesta cardiovascular ante las cirugías según el riesgo de sangrado, las indicaciones de profilaxis para la endocarditis y, en qué circunstancias se debe solicitar una cama de Reanimación para mejorar la seguridad del paciente, del profesional y el reparto de recursos.
Esperamos poder consensuar el árbol de decisiones con el 100% de los anestesiólogos implicados en la sección de traumatología
Un tríptico consensuado y de fácil manejo en la consulta de anestesia ya sea ambulatoria o realizada en la planta de hospitalización, por situaciones urgentes como las fracturas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Un grupo de trabajo inicial con los anestesiólogos de este grupo de mejora, realizarán una propuesta al resto de profesionales de la sección, tras revisión de la literatura y de las medidas implantadas en otros centros sanitarios.
Tras el consenso con todo el grupo, se editará en un tríptico para su uso

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Monitorización del nº de pacientes con riesgo cardiovascular suspendidos en quirófano por no estar en condiciones tras la implantación del protocolo divulgado en el tríptico

Encuesta de satisfacción a los anestesiólogos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Realización del tríptico Junio-Diciembre 2015
Encuesta de satisfacción sobre su utilidad a los anestesiólogos implicados Febrero 2015
Si el tríptico es útil y la satisfacción es alta, presentación a las otras unidades de anestesia para su uso Marzo 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes quirúrgicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cirugia no cardiaca
OTRA PALABRA CLAVE 2. Riesgo cardiovascular perioperatorio
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 243

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCESO DE INICIO DE ANTICOAGULACION EN URGENCIAS, CONTROL Y REGISTRO POSTERIOR POR HEMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE ENRIQUE ALONSO FORMENTO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA
· CALVO VILLAS JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA
· SIGÜENZA ARNEDO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
· FERNANDEZ LETAMENDI TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE URGENCIAS
· ENVID LAZARO BLANCA MAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años se ha incrementado el número de pacientes en los que se indica un tratamiento anticoagulante, debido al aumento de sus indicaciones, especialmente en la fibrilación auricular no valvular, al aumento de la esperanza de vida, y a la mayor supervivencia en determinadas patologías, como es el accidente cerebrovascular isquémico. Muchos de estos pacientes inician dicho tratamiento en el servicio de urgencias. Esto supone emplear tiempo en decidir el tratamiento idóneo, decidir la dosis adecuada, en el caso de los antagonistas de la vitamina K hacer una pauta de inicio, en algunos casos solapando con heparinas de bajo peso molecular y control analítico en pocos días, y en explicar lo que supone comenzar dicho tratamiento. Actualmente, debido a la alta demanda y falta de tiempo en urgencias, esto no se hace correctamente.
Por ello es importante simplificar este proceso, protocolizando el inicio del tratamiento anticoagulante entre urgencias y hematología, así como llevar un registro de los pacientes en que se inicia anticoagulación, y mejorar el control y la educación sanitaria a estos pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es homogeneizar y simplificar el inicio del tratamiento anticoagulante en urgencias, con pautas claras y escritas, y con una visita en pocos días en la consulta de hematología, lo cual permite un mejor control de dicho tratamiento, realizar educación sanitaria acerca de su uso, así como llevar un registro informático de dichos pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Previamente a su instauración realizaremos sesiones explicativas del proceso en el servicio de urgencias con participación del servicio de hematología a médicos adjuntos y médicos residentes que realicen guardias en nuestro servicio.
Realizaremos documentos escritos con pautas de tratamiento anticoagulante que se darán a todos los pacientes que inicien anticoagulación, en cualquiera de sus modalidades, y cita para acudir a hematología para realizar un control analítico y la correspondiente educación sanitaria
A su vez se realizará un registro informático de los pacientes en que se inicia tratamiento anticoagulante.
El control posterior a esa visita en hematología será a cargo del médico de Atención Primaria, según los protocolos establecidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes en que se inicia tratamiento anticoagulante
- Diferentes tipos de anticoagulantes iniciados en urgencias
- Adecuación del tratamiento anticoagulante iniciado en urgencias
- Cambios de tratamiento anticoagulante en consulta de control en hematología
El registro informático mediante el programa GOTA permitirá monitorizar dichos indicadores.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El propósito es iniciar dicho circuito a partir de Octubre con todos los pacientes atendidos en urgencias que inicien tratamiento anticoagulante y realizar evaluación de los resultados al año.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 322

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS EN HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... LUIS MIGUEL ALVAREZ DE LA FUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORDON RUIZ RUBEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARTINEZ SIMON MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PASCUAL ALIENDE MARIA LORETO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARTIN TELLO PURIFICACION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· NAVARRO SANCHO MARIA JOSEFA. TCAE. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LOSSIO HERRERA MERCEDES. TCAE. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EN SITUACIONES DE EMERGENCIA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, LA RAPIDEZ DE ACTUACIÓN PUEDE SER DE GRAN IMPORTANCIA. SE DEBE DE DISPONER DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN PARA LA ATENCIÓN A ESTAS SITUACIONES.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. EN EL MOMENTO ACTUAL LA ASISTENCIA A DICHAS ACTUACONES NO ESTÁ PROTOCOLIZADA, SIENDO ASUMIDA POR LOS MIEMBROS DE LA PLANTILLA RESPONSABLES DEL PACIENTE O BIEN LOS DISPONIBLES EN EL MOMENTO DEL PROCESO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MEJORA EN EL TIEMPO DE RESPUESTA A LAS SITUACONES DE EMERGENCIA, MANTENIMIENTO DEL ORDEN EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN, MEJORA EN LA ATENCIÓN A FAMILIARES Y LA INFORMACIÓN A LOS MISMOS. EN RESUMEN, UNA ATENCIÓN MÁS RÁPIDA, MÁS ORDENADA Y MÁS EFICAZ.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. IMPLANTACIÒN DE UN SISTEMA DE CÓDIGOS Y PROLOCOLIZACIÓN DE LAS ACTUACIONES DENTRO DE CADA CATEGORÍA A DESARROLLAR EN LAS SITUACIONES DE EMERGENCIA QUE SE PRODUZCAN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA. REPLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DURANTE DICHAS SITUACIONES.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NÚMERO DE ACTIVACIONES, NÚMERO DE REANIMACIONES CARDIOPULMONARES, DESTINO DEL PACIENTE, MORTALIDAD, TIEMPO DE RESPUESTA Y TODOS LOS QUE EL GRUPO DE TRABAJO DECIDA. REPLANTEAMIENTO DEL PROTOCOLO Y PROCEDIMIENTOS SEGÚN SU APLICACIÓN.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. JUNIO 2015-SEPTIEMBRE 2015: INICIO DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO. DISEÑO. OCTUBRE-2015: DISEÑO FINAL. COMUNICACIÓN AL RESTO DE LA PLANTILLA DE DISEÑO PREVISTO.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. INFORMACIÓN DE SITUACIONES DE EMERGENCIA EN HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA/COMUNICACIÓN DE CÓDIGO DE EMERGENCIA/ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 260

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO INFORMATIZADA EN ARAGON – PILOTO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

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.
· SAVIRON CORNUDELLA RICARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA?
· ACERO CACHO ROBERTO. INGENIERO EN INFORMATICA. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATI
· SANCHEZ PEREZ NOELIA. INGENIERO EN INFORMATICA. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATI
· MARRON TUNDIDOR RAFAEL. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATI
· ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATI
· BAJANETA OCHOA MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. CME SAN JOSE. CONSULTAS DE TOCOLOGIA Y GINECOLOGIA?
· CASTAN MATEO SERGIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es necesario redefinir la forma de atención al usuario/paciente en la asistencia que se dispensa en el control del embarazo de bajo riesgo para así, garantizar una mayor continuidad de la asistencia y aumentar la coordinación extra e intra hospitalaria. Se deben eliminar factores externos erráticos como los basados en el papel y los que dependen del paciente. Esto es posible hoy en día gracias a los avances dentro del campo de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC).
Actualmente, la Historia clínica en Aragón admite métodos de soporte en papel y medios electrónicos. A las gestantes se les entrega una cartilla en la que llevan anotados los principales datos del la evolución del embarazo, datos que también se transcriben en la historia clínica en papel de cada centro. Desde el Servicio Aragonés de Salud se han desarrollado herramientas que nos permiten implementar un sistema telemático para el control gestacional mediante una cartilla de seguimiento informatizada.
Este proyecto contempla el desarrollo y difusión de la informatización de la cartilla de embarazo mediante la plataforma de Historia Clínica Electrónica del SALUD que permite acceder a su uso y consulta en todo Aragón, desde cualquier

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Desarrollo e implementación de la cartilla de embarazo informatizada para Aragón, pilotando dicha solución en el Sector II de Aragón.
- Acceso a los datos de la cartilla de embarazo desde todo Aragón con disponibilidad de la información del seguimiento de la gestante de forma automática desde cualquier ordenador del SALUD, sin precisar que la paciente lo lleve en formato papel.
- Unificar la información dada a la paciente en los centros de Especialidades y centros de Salud, entre otros, sobre hábitos higiénico-dietéticos y recomendaciones de prevención de infecciones durante el embarazo.
- Potenciar el uso de la Historia Clínica Electrónica
- Evitar duplicidad de pruebas.
- Optimización del trabajo del personal implicado.
- Desaparición de la historia clínica en papel en los centros de salud lo que conlleva un ahorro económico y ambiental como una mejora en la seguridad del paciente.
- Aumentar los trabajos de investigación gracias a la información que se guarda en la base de datos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación de la cartilla de embarazo informatizada – Miembros del GCIPC , SAVIRON
- Difusión de la herramienta y comienzo de su utilización - P. ANDRES, CONCHA, S CASTAN
- Elaboración de los documentos informativos para las gestantes - SAVIRON, Miembros del GCIPC, S CASTAN
- Formación de los profesionales implicados en su manejo: Miembros del GCIPC, P Andres

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Indicador 1: Número de cartillas de seguimiento de embarazo informatizadas
-Indicador 2: Número de consultas con visita informatizada
Ambos indicadores se obtendrán usando consultas a la base de datos de Historia Clínica, comparando el número de cartillas con el número de consultas de primer día y seguimiento programadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015
Introducción de la cartilla informatizada en todos los ambulatorios comenzando con las gestantes de primera visita.
Evaluación de errores detectados mediante reuniones periódicas de los implicados en el proyecto.
Junio - Diciembre 2015
Periodo en el que cohabitarán el formato en papel con el digital. Charlas formativas a los sanitarios de nuestro sector para familiarización con el nuevo sistema
Enero - Febrero 2016

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 260

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO INFORMATIZADA EN ARAGON – PILOTO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Desaparición del formato en papel. Informatización de todas las cartillas.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 433

1. TÍTULO

OPTIMIZACION FARMACOTERAPEUTICA EN RESIDENTES DEL CENTRO SOCIOSANITARIO ROMAREDA MEDIANTE LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE PRESCRIPCION FARMATOOLS

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ARRIETA NAVARRO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASAJUS LAGRANJA PILAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA
· ABAD SAZATORNIL MARIA REYES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA
· TORRES ANORO ELENA. MEDICO/A. RM ROMAREDA. CENTRO SOCIOSANITARIO ROMAREDA
· DIAZ FLE MARTA. MEDICO/A. RM ROMAREDA. CENTRO SOCIOSANITARIO ROMAREDA
· LORENTE BAIGORRI ALFREDO. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
· ESCOLANO PUEYO ANGEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA
· PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA
· REVUELTA MINGUEZ MARIA PILAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Aragón desde el año 2010 los servicios de Farmacia de Hospital han ido asumiendo la dispensación de medicamentos a los centros sociosanitarios de titularidad pública de su sector. En el sector Zaragoza II el Servicio de Farmacia del HUMS gestiona la provisión de la farmacoterapia y nutrición enteral en los centros sociosanitarios del IASS: Elías Martínez (Torrero) (200 residentes), Romareda (200 residentes) y Las Fuentes (80 residentes).

Actualmente se realiza la dispensación de medicamentos, sin que desde el servicio de farmacia dispongamos de información sobre qué paciente recibe cada medicamento, de forma que no es posible realizar ninguna intervención farmacéutica (detección de duplicidades, interacciones, ajustes posológicos, etc).
Con la implantación en el centro sociosanitario del programa informático Farmatools® (el utilizado en todos los hospitales del salud), dispondremos de información actualizada de las prescripciones específicas de cada residente, de forma que cada modificación realizada por el médico, será validada por un farmacéutico garantizando la adecuación de la prescripción. Además se ajustarán las prescripciones a los medicamentos disponibles en la guía farmacoterapéutica del hospital, disminuyendo por tanto la necesidad de prescribir por receta y disminuyendo el gasto farmacéutico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Con el envío de la medicación al Centro sociosanitario Romareda, entre 2011 y 2014, se ha mejorado la eficiencia en el control del consumo farmacéutico en el centro , disminuyendo el gasto farmacéutico en recetas en un 62,0%. El gasto farmacéutico en recetas fue de 57.898,42 € en 2011, 35.989,43 € en 2012, 25.236,15 € en 2013 y 22.028,15€ en 2014.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la farmacoterapia de los pacientes ingresados en la residencia, con una reducción de las prescripciones consideradas inadecuadas en el paciente anciano, según la evidencia disponible en los diversos consensos publicados sobre la materia.
-Revisión de la prescripción de los fármacos considerados de baja utilidad terapéutica (UTBs).
-Reducción de la polifarmacia en el anciano.
- Adaptar la prescripción a la guía Farmacoterapéutica del Hospital Miguel Servet
-Secundariamente, reducción del gasto farmacéutico, tanto en número de unidades dispensadas como en coste.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ACTIVIDADES: Responsable
1.- Instalación del programa informático en el centro sociosanitario Informático Hospital Miguel Servet

2. Transcripción y validación de las órdenes médicas de los residentes al programa Farmatools®, revisando la adecuación de las mismas. Farmacéuticos Hospital Miguel Servet

3. Actualización de la farmacoterapia de los pacientes en el programa Farmatools®. Médicos Centro Sociosanitario Romareda

4.- Validación de las modificaciónes realizadas. Farmacéuticos Hospital Miguel Servet

5.- Evaluación de la eficiencia con el control del coste farmacológico en el centro sociosanitario. Farmacéuticos Hospital Miguel Servet

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivo: Mejorar la seguridad del residente mediante la identificación de prescripciones farmacológicas inadecuadas (no indicación o posología incorrecta, interacciones, duplicidades terapéuticas)
Indicador: Monitorizar intervenciones realizadas en la validación

Objetivo: Mejorar la eficiencia en el control del consumo farmacológico en el centro sociosanitario
Indicador: Disminución del coste farmacológico: Disminución del gasto por receta en el CSS Romareda

Evaluación y seguimiento:

- Residentes con resolución de prescripciones inadecuadas:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 433

1. TÍTULO

OPTIMIZACION FARMACOTERAPEUTICA EN RESIDENTES DEL CENTRO SOCIOSANITARIO ROMAREDA MEDIANTE LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE PRESCRIPCION FARMATOOLS

Al realizar la validación de la orden médica, se tendrán en cuenta criterios de prescripción en ancianos (Criterios de Beers), duplicidades terapéuticas, interacciones farmacológicas, etc

- Disminución del consumo farmacológico:
Se valorará la reducción del coste farmacológico de los tratamientos adquiridos a través de receta en oficina de Farmacia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Instalación Programa informático en CSS Romareda: Enero- Abril 2015
-Transcripción prescripciones médicas al programa Farmatools: Mayo 2015
- Formación del personal del CSRomareda en el manejo del programa Farmatools: Mayo-Junio 2015
- Actualización de los tratamientos farmacológicos de los residentes: continua desde Mayo 2015
- Validación de prescripciones médicas : continua desde Mayo 2015
- Monitorización del consumo fármacéutico: Marzo, junio, septiembre y diciembre 2015
- Evaluacióngloba l indicadores: diciembre 2015
- Comunicación resultados: 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. En residencias

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 610

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

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.
· TEJADA MEZA HERBERT DANIEL. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ERREA ALBIOL JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ROMEO LAGUARTA ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· FUERTES BELTRAN AMPARO. TCAE. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La utilización del ecodoppler carotideo en el diagnóstico de las enfermedades cerebrovasculares se realiza desde principios de los años 90. La neurosonología ha demostrado ser una herramienta eficaz para la detección de patología cerebrovascular convirtiéndose en un recurso básico en la práctica clínica diaria evitando la utilización de otras técnicas diagnósticas como la arteriografía, angioTAC o angioRNM cerebral y de troncos supra-aórticos que son de mayor complejidad, requieren más medios técnicos , tiempo, suelen requerir la utilización de contrastes y en ocasiones resultan cruentas (como es el caso de la arteriografía) . Dicha técnica ha ido desarrollándose en los últimos años apareciendo gran cantidad de aplicaciones que requieren una formación adecuada del profesional para su correcta interpretación. Desde el comité del Programa de Atención al Ictus de Aragón (PAIA), promovido por el SALUD y en el que participan neurólogos de todos los sectores sanitarios, se están promoviendo acciones encaminadas a mejorar su utilización por parte de los Neurólogos de nuestra comunidad que, por otra parte ,encuentran dificultades para obtener formación en este campo.
Desde nuestro Servicio de Neurología y en concreto desde la Unidad de Patología Vascular Cerebral y en colaboración con el resto de hospitales de Aragón hemos elaborado un proyecto de mejora para la utilización de dicho recurso basado en una oferta de formación de calidad y homogeneización de procedimientos y criterios diagnósticos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del proyecto es mejorar la formación en esta área de los Neurólogos de Aragón, unificar criterios diagnósticos entre los distintos hospitales de nuestra región,consensuar los protocolos de actuación en las distintas patologías y ampliar las aplicaciones de la neurosonología a otras patologías en las que actualmente no se utiliza a pesar de su indicación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los neurólogos del equipo de Ictus del Hospital Universitario Miguel Servet hemos realizado un programa formativo sobre neurosonología en el que participarán profesionales del Hospital de San Jorge de Huesca y del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. El curso irá dirigido a Neurólogos que desarrollen su ejercicio profesional en Aragón. Se contará con 10-12 plazas para el curso que se desarrollará en dos fines de semana consecutivos. Los viernes se realizarán charlas teóricas de formación y los sábados se realizarán las jornadas prácticas . Para las prácticas, los alumnos serán divididos en grupos de 2 que se distribuirán entre el hospital Clínico Universitario y Hospital Universitario Miguel Servet. Además de la disponibilidad de los ecógrafos de los dos servicios de Neurología, se ha conseguido la cesión de dos ecógrafos para que los alumnos puedan realizar las prácticas de manera más eficiente..
Por otro lado se realizará un libro que recogerá los protocolos para una correcta exploración en función de la patología estudiada. Dicho libro será repartido a los alumnos como guía de consulta para los distintos hospitales.
Por último, se realizará un manual de procedimientos a nivel intrahospitalario que constará como protocolo del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Miguel Servet

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Con respecto al curso se realizará una encuesta de satisfacción por parte de los alumnos y un examen para ver los conocimientos adquiridos. En la encuesta de satisfacción se considerará un resultado favorable la obtención de un 90% o más de valoraciones positivas de los distintos items.
La formación se considerará realizada si el alumno supera el 80% del tiempo de asistencia y el examen teórico .
Se evaluará el protocolo de neurosonología para su aprobación por parte de los profesionales de esta área y se considerará un resultado satisfactorio si se logra su implantación dentro del resto de protocolos del servicio a mediados de este año.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El curso de realizará en dos fases que tendrán lugar en dos fines de semana consecutivos, las jornadas de formación teórica serán los viernes y las jornadas prácticas los sábados. El examen y la encuesta de satisfacción se realizarán el último día del curso.
El libro se encuentra en fase de edición y se dispondrá de él a mediados de año..
El protocolo de procedimientos de Neurosonología del Hopital Universitario Miguel Servet está en fase de elaboración y acabará su realización a principios de Junio de este año.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 610

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 517

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN AURED GUALLAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PORTOLES OCAMPO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· RIVERO FERNANDEZ ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LAITA MONREAL SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· SORRIBAS RUBIO PEDRO LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La insuficiencia Cardiaca (IC) es un síndrome multifactorial que conlleva a la situación de fallo cardiaco para mantener un volumen minuto adecuado a las necesidades tisulares. Presenta un curso progresivo y letal, comparable al que presentan muchas enfermedades neoplásicas, con una reducción de la supervivencia que se correlaciona directamente con el grado de deterioro de la función cardiaca. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que es posible retrasar la evolución de la enfermedad mediante enfoques terapéuticos basados en su fisiopatología, de modo que el tratamiento efectivo ha conseguido una reducción de las hospitalizaciones en los últimos años de un 30-50% y una menor, pero significativa reducción de la mortalidad. Sin embargo con frecuencia estos tratamientos, son a menudo infrautilizados o se utilizan a dosis inadecuadas.
Su alta mortalidad y su manejo complejo son debidos en parte a la frecuente presencia de comorbilidad. Afecta al 1-2% de la población adulta en los países desarrollados, aumentando este porcentaje drásticamente con la edad hasta llegar a un 10-20% a los 70-80 años. Este hecho está directamente relacionado con el aumento en la expectativa de vida y con la mayor supervivencia de enfermos cardiópatas crónicos. Constituye la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años y representa algo más del 2% del gasto sanitario nacional. Por todo ello la IC se puede considerar como una epidemia en el momento actual y supone un alto gasto en los recursos sanitarios dada su prevalencia y los ingresos hospitalarios que conllevan por las múltiples reagudizaciones hemodinámicas de este síndrome.
Intentando mejorar la calidad de vida de estos enfermos y evitando reingresos hospitalarios se han creado Unidades de IC multidisciplinares para controlar a estos pacientes, adecuar los tratamientos crónicos y adelantarse a reagudizaciones que precisen ingresos hospitalarios usando tratamientos intravenosos con hospitales de día o ingresos programados de corta estancia. En nuestro hospital existe una Unidad de IC Avanzada donde se siguen y valoran a los pacientes con IC terminal que se puedan beneficiar en un momento determinado de tratamientos IV programados, implantes de dispositivos tricamerales y Trasplante Cardiaco.
Por lo anteriormente expuesto, desde la Unidad de IC del servicio de Cardiología del Hospital Miguel Servet, se propone como proyecto de calidad la realización de un protocolo de seguimiento de los pacientes en IC avanzada que permita unificar los criterios de seguimiento de los pacientes que, en un momento determinado, puedan ser subsidiarios de un trasplante cardiaco

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal de este protocolo es plasmar las pautas de seguimiento y tratamiento que ya, desde nuestra Unidad, se realiza sobre los pacientes en IC avanzada basadas en las guías clínicas Nacionales e Internacionales y, en la experiencia compartida con el resto de las Unidades de IC de otras comunidades de España.
Se pretende además con esta medida, unificar la pauta de seguimiento y tratamiento de estos pacientes en todos los Servicios de Cardiología de Aragón de forma que, en los pacientes en IC avanzada se realice un adecuado seguimiento, titulación óptima de tratamiento farmacológico y valoración si procede de necesidad de medidas especiales (resincronización o trasplante cardiaco) y así conseguir su máximo beneficio, mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y disminuir el número de ingresos hospitalarios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Constitución de un grupo de trabajo entre los miembros del grupo de mejora.
2. Elaborar el protocolo para lo que se van a consensuar las pautas de seguimiento, actuación y tratamiento en el paciente con IC avanzada con la colaboración de todos los miembros del Equipo de Mejora, basadas en la evidencia científica disponible en el momento actual.
3. Adaptar el formato del protocolo a las normas de la Comisión de Tecnología del Hospital Universitario Miguel Servet (Abril-2008), para que esté disponible en la página web del Salud del Sector Zaragoza II.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Constitución de un grupo de trabajo entre los miembros del grupo de mejora.
2. Elaborar el protocolo para lo que se van a consensuar las pautas de seguimiento, actuación y tratamiento en el paciente con IC avanzada con la colaboración de todos los miembros del Equipo de Mejora, basadas en la evidencia científica disponible en el momento actual.
3. Adaptar el formato del protocolo a las normas de la Comisión de Tecnología del Hospital Universitario Miguel Servet (Abril-2008), para que esté disponible en la página web del Salud del Sector Zaragoza II.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 517

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración de 4 meses para revisar y redactar el protocolo con la presentación de resultados al finalizar el mismo.
1º mes 2015: Constitución del grupo de mejora y reparto de responsabilidades
2º mes 2015: Elaboración del protocolo
3º y 4º mes 2015: Difusión de protocolo

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 083

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES TRAS CIRUGIA CARDIACA INFANTIL 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.
· JIMENEZ MONTAÑES LORENZO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA
· LOPEZ RAMON MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CARDIOLOGIA
· PALANCA ARIAS DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA
· MATAMALA ADELL MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA CARDIACA
· GASCON SORIANO GLORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA
· BALLESTER CUENCA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA CARDIACA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las cardiopatías congénitas constituyen la malformación congénita más frecuente, afectando a 10 de cada 1000 recién nacidos vivos. Muchas de ellas requieren de cirugía tanto para su tratamiento paliativo como definitivo. En este sentido, la progresiva modernización de las técnicas quirúrgicas ha contribuido a que los resultados generales hayan mejorado mucho en los últimos años, asociándose a un descenso muy significativo en la morbimortalidad. Además, existe una clara tendencia a disminuir al máximo la estancia hospitalaria de los pacientes, lo cual redunda en una mejor recuperación física y emocional. Para todo ello es necesaria la aplicación de programas quirúrgicos de corta estancia que incluyen la colaboración de todos los estamentos médicos involucrados en la atención del paciente antes, durante y después del procedimiento quirúrgico. Una vez superada la fase inmediata postcirugía se pueden producir complicaciones secundarias a la intervención que es preciso reconocer de forma precoz. La presencia de una complicación implica una desviación del curso habitual de la intervención realizada y puede provocar o estar asociada a un resultado subóptimo. Está comprobado que el momento de la cirugía es uno de los más estresantes tanto para los pacientes como para los familiares y el del alta hospitalaria tras la misma, uno de los más temidos por los padres ya que a partir de ese momento deben asumir la responsabilidad del cuidado del niño.
Actualmente en nuestro hospital se realizan unas 35-40 intervenciones anuales de cirugía cardiaca en niños; previo al alta se informa verbalmente a todos los padres y pacientes (en el caso de que sean conscientes) de las complicaciones que pueden aparecer y de diferentes recomendaciones básicas en cuanto a actividad física, higiene, curas de la herida, vuelta al colegio, etc. El hecho de que el momento del alta sea uno de los más estresantes y la amplia cantidad de información que se aporta puede hacer que surjan dudas en cuanto al manejo/resolución de problemas o detección de complicaciones tras la intervención lo que hace que aumenten las visitas tanto en Atención Primaria como en la consulta de Cardiología Pediátrica o bien que se retrase el diagnóstico de complicaciones. Además, el hecho de que el alta se realice por diferentes profesionales hace que la información aportada no siempre sea completamente homogénea.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aportar información suficiente para identificar de forma precoz todas aquellas complicaciones que puedan aparecer tras el alta hospitalaria después de cirugía cardiaca en niños y como a

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes pediátricos intervenidos de cardiopatía congénita para reforzar la información oral facilitada en la consulta, que incluya cuidados generales tras la cirugía, resolución de problemas habituales y signos de alarma para la detección precoz de complicaciones graves. Además se facilitará un número de teléfono y extensión en la que deben consultar ante la aparición de dichas complicaciones.
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 hospitalaria y siempre tras la información verbal y la resolución de dudas que pudiesen surgir. Se difundirán estas recomendaciones entre las secciones implicadas en el cuidado de estos pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Revisión de las historias clínicas de los niños sometidos a cirugía cardiaca desde la implantación de este proyecto para comprobar que consta que se entrega la hoja de recomendaciones postcirugía cardiaca tras el alta hospitalaria.
- ?Comprobar que no se han producido consultas para resolución de dudas en el manejo de estos pacientes y que se han podido detectar de forma precoz todas aquellas complicaciones que pudiesen surgir en el ámbito extrahospitalario entre el alta y la primera visita de control tras la cirugía.

9. 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.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 083

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES TRAS CIRUGIA CARDIACA INFANTIL MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CON CARDIOPATIA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 522

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

2. RESPONSABLE ..... RUT BERGES PEREZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BRUN VALVERDE ANA PILAR. ENFERMERO/A. 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
· LAVIÑA CASTAN ANA BELEN. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· COMET BERNAD MACARENA. FIR. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante la buena acogida que tuvo el póster que unificaba las vías de administración y los efectos más frecuentes a vigilar, en los fármacos más utilizados en las unidades de obstetricia del Hospital Materno-infantil del Hospital Universitario Miguel Servet, se propone una ampliación y actualización del mismo. Se ampliará a fármacos utilizados en las mujeres embarazadas de menos de 24 semanas de gestación y se actualizarán formas de administración, de acuerdo con los nuevos protocolos. El objetivo es la reelaboraciòn de un póster que, de forma simplificada, recoja las modificaciones producidas en el último año e incorpore nuevos fármacos que son de interés en la práctica clínica asistencial. Como se señaló en proyectos anteriores con ello se pretende disminuir la variabilidad en las formas de administración segura del fármaco y mejorar su manejo, lo que implica una mejora de la calidad asistencial a las mujeres que se atienden.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Objetivo principal: Mejora de la calidad asistencial a las mujeres ingresadas por causa obstétrica en el Hospital Miguel Servet.
-Objetivos secundarios:
-Disminuir la variabilidad en el manejo seguro de los fármacos de uso habitual en obstetricia.
-Facilitar el reconocimiento de reacciones adversas y efectos secundarios frecuentes con la administración de estos fármacos.
-Conocer peculiaridades de algunos de estos fármacos que resultan de interés en la práctica asistencial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Revisión y actualización de póster tras acuerdo por los miembros que forman parte del proyecto.
-Presentación del mismo a las diferentes Unidades de Obstetricia del Hospital Miguel Servet.
-Realización de encuesta a enfermeras y matronas sobre utilidad de la misma.
-Reunión para valoración global del proyecto y actualización posterior.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Conocimiento de la actualización del póster entre enfermeras y matronas de las Unidades de Obstetricia.
-Enfermeras que conocen su actualización/Nº total de enfermeras
-Enfermeras en formación que conocen su actualización/Nº total de enfermeras en formación
-Matronas que conocen su actualización/Nº total de matronas
-Residentes de matrona que conocen su actualización/Nº total de residentes de matrona
-Utilidad del tríptico por parte de enfermeras y matronas de las Unidades de Obstetricia
-Enfermeras que consideran útil tener un formato de fácil acceso de preparación y admninstración de fármacos/Nº total de enfermeras
-Enfermeras en formación que consideran útil tener un formato de fácil acceso de preparación y admninstración de fármacos/Nº total de enfermeras en formación
-Matronas que consideran útil tener un formato de fácil acceso de preparación y admninstración de fármacos/Nº total de matronas
-Residentes de matrona que consideran útil tener un formato de fácil acceso de preparación y admninstración de fármacos/Nº total de residentes de matrona

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Revisión y actualización de póster sobre fármacos de uso frecuente en obstetricia: Mayo-Septiembre 2015
-Presentación al personal implicado: Septiembre-Octubre 2015
-Uso del mismo: Octubre2015- Enero 2016
-Evaluación de los indicadores: Febrero 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 522

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 640

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA DEL ACCESO VASCULAR EN HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ..... ANGEL BLASCO FORCEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZARAGOZANO GUILLEN RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA
· RICO ROMERO VIRTUDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA VASCULAR
· MARZO ALVAREZ ANA CRISITINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA VASCULAR
· DIAZ DORRONSORO LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA
· MUNGUIA NAVARRO PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· HUERTAS BADOS MARIA AUREA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· MUÑOZ FERNANDEZ ROSABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El acceso vascular (AV) es determinante para la morbimortalidad de los pacientes sometidos a tratamiento renal sustitutivo (TRS) mediante hemodiálisis periódica (HDP). Las guías clínicas propugnan uniformemente la necesidad de incrementar los porcentajes de pacientes tanto incidentes como prevalentes, que lleven a cabo su tratamiento con HDP a través de fístula arteriovenosa autóloga (FAV) y reducir el número de pacientes que llevan a cabo el tratamiento mediante un catéter central (CC) utilizado como AV.
Los resultados de tal política mejoran la morbimortalidad, la calidad de la diálisis y son altamente coste eficientes: llevar a cabo HDP mediante CC supone un sobrecoste de 560 €/paciente/mes.
(Nefrología 2009: 29 (2):123-129)
En nuestro entorno (HUMS) la gestión del AV incluye no solo a los pacientes del HUMS: también a los pacientes del Hospital San Juan de Dios, Hospital de Alcañiz y de la Defensa. Y adquiere por tanto una dimensión significativamente mayor afectando prácticamente al 50% de la población en HDP de la C.A.
Hemos realizado un estudio elemental pero suficientemente expresivo, de nuestra situación.Es obvio que hay un importante campo y una indudable oportunidad de mejora con beneficios clínicos para los pacientes y con potenciales ahorros económicos de importante cuantía. Y es obvia también la necesidad de un grupo multidisciplinar que implique a todos los profesionales, médicos y enfermeras,que en su trabajo manejan el acceso vascular de los pacientes en HDP

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Implantar un programa educacional de preservación red venosa para los pacientes candidatos a HDP
•Consideración de la FAV como electivo para al menos el 75 – 80% de los pacientes que inicien HDP
•Programación estructurada de la realización de la FAV y monitorización de su desarrollo antes del inicio de HDP
•Plan de información / formación a los pacientes para el cuidado de la FAV
•Información / formación personal de enfermería para la punción y cuidado de la FAV
•Protocolización de la evaluación sistemática de la FAV en la sesión de HDP
•Identificación de la FAV disfuncionante. Protocolo de actuación ante la misma
•Protocolización del rescate de la FAV trombosada
•Política de implantación de CC. Evaluación y actuación ante CC disfuncionante. Actuación protocolizada ante la infección del CC
•Participar en la docencia e investigación de la patología abordada.
•Establecer indicadores de procesos y evaluar los resultados clínicos.
•Fomentar el intercambio de información científica y técnica entre los diferentes servicios.
•Favorecer el conocimiento y comunicación personal entre los miembros de los Servicios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Pretendemos sistematizar todos los pasos del proceso de indicación, creación monitorización y vigilancia del funcionamiento del AV, así como protocolizar las actuaciones tendentes a incrementar la duración de las FAV (actuaciones en caso de disfunción y/o trombosis), reduciendo el nº de pacientes con CC y optimizar su indicación.
Este conjunto de actuaciones (más las necesarias de información/ formación del personal) requiere la colaboración de los distintos servicios de Nefrología (médico ± personal de enfermería de HDP), Cirugía Vascular y Radiología Vascular.
Realizaremos sesiones clínicas conjuntas y reuniones con periodicidad mensual así como algoritmos y protocolos de actuación para llevar a cabos los objetivos planteados. Hemos propuesto la necesidad de un sistema de información permanente entre todos los servicios para aplicar medidas de actuación inmediatas ante cualquier eventualidad referente a la disfunción del acceso vescular.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Propuesta de indicadores:
1. % de pacientes inicidentes con FAV útil al comienzo de HD > 70%
2. Tasa anual de trombosis de FAV < 0.25
3. % de pacientes prevalentes con FAV útil > 70%
4. % de pacientes prevalentes con catéter temporal < 30%

Se obtendrán y monitorizarán a partir de los registros diarios clínicos y monitorización on-line de cada sesión de Hemodiálisis en las distintas unidades.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 640

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA DEL ACCESO VASCULAR EN HEMODIALISIS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración de dos años.
- Inicio en Septiembre de 2015
- - Final Septiembre de 20

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes en Hemodialisis

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Pacientes en Hemodialsis
OTRA PALABRA CLAVE 2. Mejora del acceso vascular
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 492

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA INMOVILIDAD EN EL PACIENTE NEUROLOGICO HOSPITALIZADO CON APOYO DE VOLUNTARIADO. PROYECTO "MOVILIZAME

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA BOROBIO LAZARO
· Profesión ..... TRABAJADOR SOCIAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTROS (ESPECIFICAR)
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA
· HERNANDEZ SANCHEZ ENRIQUETA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA
· MARTIN MARTINEZ JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· AISA ALASTUEY CONCEPCION. AUXILIAR. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· LONGAS FARLED RUTH. AUXILIAR. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· VELA MARQUINA MARIA LUISA. TECNICO DE CALIDAD. H MIGUEL SERVET. UCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En todo paciente hospitalizado, especialmente en el neurológico, cobra especial importancia prevenir la inmovilidad ya que lleva asociadas una serie de complicaciones , que hacen retrasar y dificultar la recuperación funcional perdida a causa de la patología que motiva el ingreso.
Se ha detectado, que en ocasiones, no se puede levantar a pacientes a las horas establecidas por no tener acompañante disponible para poder supervisar de manera continua a estos pacientes.
En este proyecto se pretende evitar la inmovilidad con sus consecuencias, debida a la imposibilidad de disponer de un cuidador que acompañe al paciente en el momento de la movilización (sedestación o deambulación).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Formar grupo de trabajo interdisciplinar
2.- Coordinación de los profesionales sanitarios con Asociaciones de Voluntariado
3.- Movilizar diariamente a los pacientes hospitalizados incluidos en proyecto "Movilízame" optimizando los recursos de voluntariado
4.- Disminuir complicaciones secundarias a la inmovilidad: impactación fecal, heridas por presión, síndrome confusional agudo y ETE (TEP y/o TVP)
5.- Adecuar la acción voluntaria a las necesidades de los pacientes de este proyecto en el marco hospitalario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Formación de grupo de trabajo interdisciplinar: Geriatra, UVSS, Responsable de UCA encargada de coordinación de voluntariado, Neurólogo, Supervisora de enfermería de Neurología y Auxiliares de enfermería. Responsables: Geriatra-UVSS
2.- Identificar Asociaciones de Voluntariado. Responsables: UCA
3.- Diseñar perfil de paciente que se puedan beneficiar del programa. Responsables: Geriatra-Neurólogo- Supervisora enfermería de Neurología
4.- Coordinación continua con Asociaciones de Voluntariado que quieran colaborar en el proyecto. Responsables: UCA (responsable de voluntariado) -Trabajadora Social UVSS
5.- Registro diario de los pacientes con prescripción de movilización que se levantan, y por quien están acompañados (familiar, voluntario, otros). Responsables: Supervisora de enfermería de Neurología
6.- Coordinación diaria y personalizada con los voluntarios. Responsables: Auxiliares de enfermería de Neurología
7.- Registro semanal de las complicaciones impactación fecal, HPP, síndrome confusional agudo y ETE en estos pacientes. Responsables: Geriatra/supervisora de enfermería de Neurología
8.- Análisis estadístico de los datos registrados y nueva propuesta de mejora. Responsables: UVSS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Grupo de trabajo interdisciplinar: NO/SI
2.- Establecer 2 reuniones anuales: NO/SI
3.- Porcentaje de pacientes incluidos en programa que se levantan diariamente y de ellos porcentaje que se levantan acompañados por voluntario (=80%)
4.- Porcentaje de pacientes incluidos en programa que han precisado enema durante el ingreso por impactación fecal ó que han presentado síndrome confusional agudo (SCA) o que se les ha diagnosticado durante el ingreso de TEP y/o TVP (=25% en cada uno de ellos). Porcentaje de pacientes incluidos en programa a los que les ha aparecido una HPP durante el ingreso (= 5%)
5.- Porcentaje de voluntarios implicados en el proyecto anualmente con respecto a la estimación inicial del proyecto (=50%)
Para ello:
1.- Se forma un grupo de trabajo interdisciplinar: Geriatra, UVSS, UCA encargada de coordinación de voluntariado, Neurólogo, Supervisora de Neurología y Auxiliares de enfermería.
2.- Coordinación con Voluntariado: 2 reuniones anuales, una al principio (Junio) del proyecto para definir turnos de voluntariado, contacto con auxiliares y funciones del voluntario; y una segunda (Noviembre) para poner en común la experiencia hasta ese momento.
3.- Valoración de los pacientes subsidiarios de beneficiarse del proyecto, según criterios pactados.
4.- Elaboración de una hoja de cálculo excell con las variables: NHC, sexo, edad, motivo de ingreso, movilización (Si/no), en caso de no movilización cual es el motivo (médico o no), acompañamiento (familiar,

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 492

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA INMOVILIDAD EN EL PACIENTE NEUROLOGICO HOSPITALIZADO CON APOYO DE VOLUNTARIADO. PROYECTO "MOVILIZAME

voluntario). También se registrarán las siguientes variables: prescripción de enema por impactación fecal, presencia de HPP, SCA o ETE (TEP y/o TVP) aparecido durante el ingreso.
5.- Análisis estadístico de los datos registrados a los 6 meses y al año, y propuesta de mejora, valorando la ampliación del proyecto a otros servicios hospitalarios.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: 15 de Junio de 2015 a 15 de Mayo de 2016
Formación del grupo interdisciplinar: Junio 2015
Identificar Asociaciones de Voluntariado: Junio 2015
Diseñar perfiles de pacientes: Junio 2015
Elaborar listado diario de pacientes: Desde Julio 2015 a Mayo 2016 ambos inclusive
Reuniones con Asociaciones de Voluntariado: Junio 2015 y Noviembre 2015
Elaborar hoja de cálculo excell: Junio 2015
Registro diario en hoja de cálculo por Supervisora enfermería de neurología: desde Julio 2015 a Mayo 2016 ambos incluidos
Registro semanal en hoja de cálculo de las complicaciones por Geriatra: desde Julio 2015 a Mayo 2016 ambos incluidos
Análisis estadístico de los datos: Noviembre de 2015 y Mayo 2016
Propuesta de mejora: Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades,especialmente ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 246

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DEL CANCER DE PROSTATA RESISTENTE A CASTRACION

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 MARTINEZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GIL SANZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GIL FABRA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· TRIVEZ BONED MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· MALLEN MATEO EVA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· RIOJA ZUAZU JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· MENDEZ VILLAMON AGUSTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm) es una evolución incurable del cáncer de próstata avanzado/diseminado con una supervivencia estimada de 24-48 meses y con un buen estado funcional de inicio en la mayoría de estos pacientes. Estos pacientes eran tratados hata el momento con segundas maniobras hormonales seguidos a la progresión de quimioterapia citotóxica con taxanos. En la actualidad el descubrimiento de la posible síntesis de andrógenos en el interior de la célula tumoral así como la promiscuidad del receptor androgénico capaz de estimularse por el propio antiandrógeno, andrógenos suprarrenales u otras vías, ha favorecido la investigación a la búsqueda de principios activos que puedan inhibir la vía androgénica en esta fase de resistencia a la castración.
Esta investigación es muy activa con múltiples moléculas en diferentes fases de investigación y dos ya comercializadas tras disponer de ensayos clinicos aleatorizados que han demostrado su eficacia, acetato de abiraterona (AA) y enzalutamida (ENZ).
AA ha sido aprobado tanto por la Federal and Drug Administration (FDA) como la Euroepan Medical Agency (EMA) como tratamiento para el CPRCm asintomático o mínimamente sintomático y dispone de esta indicación en nuestro país. ENZ ha sido igualmente aprobada por la FDA por lo que previsiblemente pasará a estar igualmente disponible en un futuro próximo.
Estos nuevos fármacos han demostrado eficacia en supervivencia global, progresión radiológica e inicio de quimioterapia a la par que baja toxicidad, pero por otro lado un elevado coste económico. Este último aspecto ha llevado a que tras una negociación entre la compañía farmacéutica Janssen™, poseedora de la patente y comercialización de AA, y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español se haya acordado un techo de gasto durante dos años por encima del cual todas las prescripciones de AA son suministradas por Janssen™ sin coste económico alguno, si bien hasta dicho techo de gasto deberán ser las Comunidades Autónomas correspondientes las que asuman el oportuno coste económico.
Con fecha 1 de octubre de 2014 se nos convocó a los diferentes servicios y hospitales implicados en el manejo de estos pacientes, a una reunión constituyente de un Grupo de Asesoramiento de Dirección Especializada del Salud para el manejo del CPRCm, en la que el coordinador de este proyecto de mejora tuvo la oportunidad de participar y coordinar igualmente. En dicha reunión se promovió la realización de un documento de consenso que dibujara el espacio terapéutico de indicación de estos nuevos fármacos, así como los criterios de selección de los pacientes candidatos a dichos fármacos, y los esquemas de seguimiento para evaluar tanto toxicidad y eficacia, en un intento primar la efectividad en el manejo del CPRCm sin duda alguna y por otro lado de contener un gasto sanitario potencialmente ingente.
Como resultado se redactó y aprobó el documento de consenso: MANEJO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN.
Este documento está operativo desde febrero de este año 2015 y creo que es el momento de implementarlo debidamente, analizar su utilidad, y con ella el beneficio obtenido por este tipo de pacientes con estos nuevos y costosos tratamientos; y con ello difundir nuestra experiencia y resultados en el conjunto del territorio del SALUD.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal:
• Optimizar el manejo de los pacientes con CPRCm en el Sector Zaragoza II.
Objetivos secundarios:
• Evaluar la operatividad del documento de consenso aprobado por el Grupo de Asesoramiento de Dirección Especializada del Salud para el manejo del CPRCm, en los pacientes del Sector Zaragoza II: tiempo de espera entre solicitud y autorización de tratamiento, resolución de dudas en indicación y seguimiento contempladas por el documento.
• Evaluar la eficacia y toxicidad de estos tratamientos en los pacientes del Sector Zaragoza II: supervivencia libre de progresión, complicaciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas y Responsables:
• Activación de una consulta específica semanal dentro de la Unidad de Próstata del Servicio de Urología del Sector Zaragoza II, destinada a la caracterización y seguimiento de los pacientes con CPRCm. Responsables: Ángel Borque y Pedro Gil .
• Sensibilización en la sospecha, y remisión a consulta específica de los pacientes con CPRC. Responsables: Ángel Borque , Mª Jesús Gil , Pedro Gil , Jesús Gil , Miguel Ángel Trívez , Eva Mallén , Jorge Rioja , y

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 246

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DEL CANCER DE PROSTATA RESISTENTE A CASTRACION

Agustina Méndez.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
- Tiempo de espera entre solicitud de tratamiento y concesión.
- Nivel de satisfacción del Urólogo(a)/Oncólogo(a) Radioterápico(a), con el documento de consenso y formulario de petición: encuesta de satisfacción.
- Supervivencia Libre de Progresión Radiológica y/o sintomática.
- Índice de complicaciones.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma:
- Activación de consulta específica: Junio 2015
- Análisis de resultados: Septiembre y Diciembre 2015, y Marzo 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CANCER DE PROSTATA RESISTENTE A CASTRACION
OTRA PALABRA CLAVE 2. NUEVOS TRATAMIENTOS
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 570

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES MENORES DE 25 AÑOS CON RESULTADOS CITOLOGICOS ANOMALOS

2. RESPONSABLE ..... AMPARO BORQUE IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOROLLON LORIZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DEL TIEMPO MARQUES MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DE PABLO SORIANO DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MORENO URUEÑA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARIN JIMENEZ NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ RAMOS PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAZARO GARCIA VANESSA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El virus del papiloma humano es el agente causal de la mayoría de los casos de cáncer de cérvix uterino, y de otros órganos del tracto genital inferior femenino como vagina, vulva, periné, y región anal.
Sin embargo la presencia del virus en dichos tejidos, no implica necesariamente la progresión hacia lesiones epiteliales displásicas, sino que es necesaria la persistencia viral prolongada, y otros factores dependientes del huésped para el desarrollo de patología maligna.
Con los conocimientos actuales sobre la historia natural de la infección y los estudios realizados en población española, se sabe que existe una alta prevalencia entre la población juvenil, que puede alcanzar hasta el 80% de la población sexualmente activa especialmente por debajo de los 25 años, pero hasta el 90% de las jóvenes infectadas acabarán aclarando dicha infección sin llegar a presentar alteración alguna o incluso consiguiendo la regresión de lesiones intraepiteliales de bajo grado que nunca llegarán a provocar lesiones invasoras.
Por todo lo anterior, el consenso en las sociedades científicas actuales propone:
-Retrasar la edad de inicio del cribado de cáncer de cérvix.
-En caso de realizarse dicho screening y obtener resultados citológicos anómalos, mantener actitudes de manejo conservador, restringiendo la realización de prácticas cruentas como la biopsia de cérvix uterino a aquellos casos con persistencia de alteraciones citológicas o cuando existan cambios colposcópicos altamente sospechosos de lesión intraepitelial de alto grado.
-Reducir la toma de muestras de VPH en dicha población dado que no aporta información relevante sobre la evolución de la lesión.
De todo esto se deduce la necesidad de un protocolo de seguimiento especifico para pacientes jóvenes menores de 25 años con resultados citológicos anómalos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Mejorar la información de las pacientes jóvenes sobre la infección por VPH minimizando los costes psico sociales que generan los resultados citológicos anómalos.
2-Fomentar herramientas de prevención primaria en está y otras ITS como el uso habitual de métodos de barrera.
3-Favorecer la eliminación de aquellos cofactores de la infección como el tabaco, o el uso prolongado de AHC.
4-Disminuir el numero de consultas innecesarias en atención especializada, mediante seguimientos a intervalos de mayor duración.
5-Reducir el número de biopsias de cérvix evitables en pacientes con alta probabilidad de regresión de la lesión.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Elaboración y aplicación de un protocolo de seguimiento en pacientes menores de 25 años con resultados citológicos anómalos.
-Sesiones clínicas de consenso y divulgación de dicho protocolo.
-Transmisión de la información sobre dicho protocolo a todo el personal del área de ginecología, incluyendo personal sanitario facultativo y diplomado en enfermería.
-Elaboración de material impreso adaptado a nuestra población sobre infección por VPH y vías de transmisión.
-Recogida de datos de las pacientes controladas por debajo de 25 años con resultados citológicos anómalos, incluyendo en esa recogida información sobre vacunación previa, o sobre la existencia de factores de riesgo como inmunosupresión, tabaquismo, hábitos sexuales de riesgo, etc. que pudieran tener valor predictivo sobre la evolución de la infección, con seguimientos anuales y registro objetivo de los mismos en gráficos diseñados específicamente a tal efecto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de pacientes menores de 25 años atendidas en consulta de ginecología con resultado citológico anómalo.
-Numero de pacientes incluidas en el registro de casos.
-Numero de pacientes que tras seguimiento conservador son dadas de alta en nuestra unidad de PTGI sin necesidad de realizar técnicas quirurgicas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.Elaboración del protocolo de seguimiento: Mayo-Junio15.
2.Diseño del material impreso, folleto o triptico informativo adaptado y comprensible para la población general.
3.Distribución del protocolo al personal facultativo del area, jerarquizado y de cupo : Junio 2015.
4.Elaboración de la base de datos: Junio 2015.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 570

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES MENORES DE 25 AÑOS CON RESULTADOS CITOLOGICOS ANOMALOS

5.Recogida de datos de pacientes: a partir del 1 Septiembre 2015 y seguimiento hasta alta en consulta de PTGI , o en caso contrario hasta la aparición de lesiones de alto grado.
6.Reuniones trimestrales de evaluación e interpretación de la recogida de datos: 2015-2016.
7.Valoración al cabo de 1 , 2 y 3 años.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 486

1. TÍTULO

VIDEO INFORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET PARA FUTUROS RESIDENTES

2. RESPONSABLE ..... CARMEN BOSQUE GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILAGRO JIMENEZ MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· PINA MARQUES BEATRIZ. EIR PEDIATRIA. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· CARRASCO NAVARRO MARIA JOSE. EIR PEDIATRIA. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· NAVARRO TORRES MARIA. EIR PEDIATRIA. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· MARTIN GRACIA LETICIA PILAR. EIR PEDIATRIA. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· PEÑALVA BORONAT ELISA. EIR PEDIATRIA. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· LATORRE IZQUIERDO ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una Unidad Docente Multiprofesional (UDM) es aquella en la que se forman especialidades que, aún requiriendo para su acceso distinta titulación universitaria, incidan en campos asistenciales afines.

La creación de UDM supone una oportunidad para definir un nuevo entorno de formación mediante la cual diferentes profesionales que intervienen en la asistencia sanitaria se especializan de manera conjunta, compartiendo escenarios de aprendizaje.

Cada año, ante la llegada de la elección de plaza de los EIR, se produce una gran demanda de información por diversas vías, como son telefónica, por las redes sociales o presencialmente.

La información proporcionada por aquellos a quien preguntan puede ser incompleta o sesgada por la situación personal de quien informa, por lo tanto puede no ser todo lo veraz que debiera.

Como solución a esta demanda y para mejorar la información que reciben estos futuros especialistas sobre los que serán los siguientes dos años de su vida laboral, se decide que una manera atractiva y completa de proporcionar información sería mediante la elaboración de un vídeo y su difusión a través de Internet y las redes sociales, el cual servirá a los futuros residentes para aclarar sus ideas.

Este vídeo será realizado por las tutoras de enfermería, residentes actuales y residentes que ya han terminado su formación de Enfermeras Especialistas en Pediatría en la UDM de Pediatría del Hospital Universitario Miguel Servet. Ello favorecerá que la información sea completa y además mostrada desde diferentes puntos de vista.

En dicho vídeo se explicarán, además de aspectos relacionados con la ciudad de Zaragoza, las características del periodo de residencia y el funcionamiento de la unidad, explicándose tanto los rotatorios, como las actividades de investigación, cursos, congresos y demás actividades que se realizan en dicho periodo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejora de la calidad de la información proporcionada a futuros residentes de Enfermería Pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet.
• Mejora en la accesibilidad a dicha información.
• Promoción de la especialidad de Enfermería Pediátrica en el Hospital Infantil Miguel Servet.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Consolidación del grupo de trabajo.
• Planteamiento teórico del vídeo, incluyéndose información que se ofrecerá, imágenes a grabar, maquetación…
• Grabación del vídeo.
• Maquetación.
• Publicación del vídeo en redes sociales, Youtube y soportes informáticos para su difusión.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de visitas al vídeo en redes sociales y Youtube.
• Número de “me gusta” en el vídeo.
• Encuesta rellenada a través de Google por aquellos que hayan visto el vídeo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo – Junio: consolidación del grupo de trabajo.
Julio – Septiembre: planteamiento teórico.
Octubre – Enero: grabación del vídeo.
Febrero – Abril: maquetación.
Mayo – Junio: difusión del vídeo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 486

1. TÍTULO

VIDEO INFORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET PARA FUTUROS RESIDENTES

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Información
OTRA PALABRA CLAVE 2. Especialidad
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 596

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS CAUSAS DE INGRESO NO ESPERADO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA BUENO 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.
· JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GALLEGO-CASILDA MARTOS ALBERTO. MIR. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· HERRANZ ROYO CORAL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CSI
· TOLOSA CARRILLO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CSI
· LOPEZ LUCIA ANA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CSI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es de gran interés en nuestros días, tanto para los pacientes como para los responsables de la gestión de los recursos sanitarios. La CMA ofrece claras ventajas frente a la cirugía con ingreso en lo referente a la reducción de costos y a la posibilidad de cierre de camas hospitalarias o su posible redistribución. Estas ventajas solamente se conseguirán si la totalidad del proceso es un éxito. Dentro de los sistemas de control de calidad de las unidades de CMA , el análisis de los ingresos no esperados es un punto fundamental , por lo que debemos prever las causas que los pueden motivar y evitarlas , sabiendo que pueden ocurrir tanto en el periodo preoperatorio como durante la intervención o después de ella.
En la unidad de CSI se ha observado un aumento de los ingresos hospitalarios motivado por diversas razones. Estos ingresos son debidos tanto a complicaciones quirúrgicas como postoperatorias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo de este proyecto de mejora consiste en evaluar las diversas causas de ingresos no esperados, conocer la frecuencia de dichas complicaciones y aplicar pautas de tratamiento preventivo que permitan minimizar los efectos secundarios.
Las causas de ingreso pueden ser quirúrgicas o anestésicas. Como integrantes del servicio de Anestesiología, nuestro cometido fundamental sería evaluar las causas anestésicas de ingreso no esperado, fundamentalmente dolor incontrolable, naúseas y vómitos postoperatorios y la aparición de distintos problemas médicos. Es fundamental conocerlos , ya que de esta forma sabremos el riesgo de posible ingreso que queremos asumir .

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El personal médico y de enfermería evalúa al paciente en la consulta de preanestesia y aplica una serie de escalas de riesgo de aparición de naúseas y vómitos postoperatorios (Apfel) , en función de la puntuación existe un protocolo de tratamiento preventivo.
Una vez realizada la intervención el personal de enfermería evalúa al paciente y en función de su situación , el anestesiólogo responsable de la sala aplica una serie de tratamientos para conseguir la mayor confortabilidad del paciente y así lograr el alta hospitalaria precoz.
El paciente debe cumplir una serie de criterios: tolerancia, ausencia de dolor, micción espontánea y deambulación sin problemas.
Una enfermera llama por teléfono a los pacientes a las 24 horas para conocer si ha habido algún problema o si el paciente ha sido ingresado.
El anestesiólogo responsable debe conocer las causas de ingreso para así aplicar tratamientos preventivos que minimicen los ingresos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de ingresos hospitalarios no esperados, bien directamente desde la unidad o en el postoperatorio inmediato. Contabilizar ingresos directos y posteriores a través de llamada telefónica por parte del personal de enfermería.
No se contabilizarían los ingresos previstos directamente por parte del servicio de Oftalmologia por organización propia del servicio , ya que no realiza ninguna intervención quirúrgica en el quirófano del edificio multifuncional. Todas las intervenciones, tanto programadas como urgentes se realizan ahora en la unidad de CSI.
Evaluar causas de ingreso y establecer protocolos de tratamiento en función de la evaluación de los distintos factores de riesgo. Valorar si la cifra de ingresos es similar a la de otras unidades de CMA (0,09-16 %). Esta cifra se ha estabilizado en los últimos años , a pesar de que cada vez se incluyen pacientes con enfermedades de base más complejas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo en Junio 2015, valorando cifra de ingresos no esperados hasta Diciembre 2015.
Evaluación progresiva de las causas de ingreso no esperado desde Septiembre hasta Diciembre 2015.
Valorar a partir de ese momento la necesidad de aplicar tratamientos preventivos o bien cambio de protocolos de actuación.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Calidad

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 596

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS CAUSAS DE INGRESO NO ESPERADO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cirugía Mayor Ambulatoria
OTRA PALABRA CLAVE 2. Causas ingreso hospitalario
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 394

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROCEDIMIENTO PARA INCREMENTAR LA INMUNIZACION FRENTE A TOS FERINA EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL MATERNO–INFANTIL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MATILDE BUSTILLO ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPO SANZ MATILDE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA DEL TRABAJO
· GUERRERO LALEONA CARMELO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MORLAN HERRADOR LAURA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· TIRADO MELERO MONTSERRAT. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· IGUACEL ACIN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA DEL TRABAJO
· FERNANDEZ PASCUAL ANTONIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA DEL TRABAJO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La tos ferina es una infección bacteriana aguda causada por Bordetella Pertussis, patógeno exclusivamente humano que puede afectar a personas de todas las edades.
Los adolescentes y adultos presentan formas clínicas leves con frecuencia asintomáticas, pero los lactantes menores de 4 meses son el grupo más vulnerable con altas tasas de complicaciones y mortalidad. La transmisión se produce por contacto directo con personas infectadas y su contagiosidad es muy alta, con tasas de ataque hasta el 90% en los convivientes susceptibles.

La infección no genera inmunidad permanente y tras la vacunación en la infancia el nivel de protección sufre una disminución paulatina.

En los últimos años, a partir de 2011, según los datos del Centro Nacional de Epidemiología se esta observando un marcado aumento de casos de tos ferina, con la aparición de brotes importantes. Este aumento de la incidencia tiene una distribución por edades bipolares. Más del 40 % son niños menores de un año.

Los cambios epidemiológicos justifican la adopción de nuevas estrategias vacunales con la finalidad de proteger al lactante y disminuir la incidencia de la enfermedad en toda la población.

La vacunación del personal sanitario , que puede ser fuente de infección para los lactantes a menudo con unas condiciones de salud previa más precaria, es una estrategia ya recomendada en muchos países. En los últimos años se han publicado numerosos brotes nosocomiales de tos ferina con un numero de profesionales sanitarios expuestos muy alto.

Se ha constatado que los trabajadores de salud resultan afectados con frecuencia y contribuyen a propagar la enfermedad entre los pacientes pediátricos.
La OMS ha recomendado específicamente la vacunación del personal sanitario, en especial de maternidades y unidades pediátricas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Concienciar a los trabajadores sanitarios en contacto con niños menores de un año, acerca de la necesidad de estar correctamente inmunizados frente a la tos ferina.

2- Recordar y fomentar el uso de medidas de precaución estándar.

3- Información acerca del uso de los equipos de protección individual adecuados al riesgo.

4- Establecer alertas en la sintomatología. Fomentar la declaración de la enfermedad.

5-Fomentar y facilitar el acceso a la vacunación en el personal sanitario en contacto con niños.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Durante los meses de junio a octubre se planificarán reuniones de grupo para:

1-Analizar los servicios/unidades de mayor probabilidad de contacto con un caso de tos ferina en el Hospital Materno Infantil.
2- Solicitar la colaboración de los mandos para establecer una relación de trabajadores de los servicios determinados.
3- Revisar bibliografía de práctica clínica, adaptándola a nuestro medio.
4- Establecer la discusión sobre el tema.

2- Se ofertará la realización de 2 ó 3 sesiones formativas para el personal implicado (10 minutos) en distintas fechas y horarios, con registro de asistencia.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 394

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROCEDIMIENTO PARA INCREMENTAR LA INMUNIZACION FRENTE A TOS FERINA EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL MATERNO–INFANTIL MIGUEL SERVET

El objetivo y contenido de las sesiones formativas incluirá la actualización de conceptos y difundirá las últimas evidencias médicas publicadas para incrementar la vacunación en el personal sanitario en contacto con niños.

3- El personal de la UBPRL participante en el proyecto contactará individualmente con estos trabajadores sanitarios para ofertarles y facilitarles la valoración de su estado inmunológico y la inmunización frente a tos ferina.

4- Sesión clínica para la información e implicacion de otros servicios médicos. Octubre 2015.

5- Reunión del grupo de mejora con objeto de analizar quejas, mejoras y sugerencias. Enero 2016

6- Sesión clínica febrero 2016 a determinar según resultados

7– Ofertar la disponibilidad de citar a cada trabajador en la Consulta de Salud Laboral.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de trabajadores informados.
-Nº de estudios serológicos realizados
-Nº de trabajadores que rechazan la vacunación .
-Nº de trabajadores vacunados frente a tos ferina por este procedimiento.
-Porcentaje de trabajadores que están correctamente inmunizados en los servicios detectados de mayor riesgo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: junio 2015.
Finalización: junio 2016.

11. OBSERVACIONES. La situación actual de la tos ferina obliga a plantear la necesidad de incorporar progresivamente nuevas estrategias para el control de la infección11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 261

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE: LA INFORMACION COMO VALOR AÑADIDO EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS CABALLERO BURBANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ DELGADO FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· SANZ SANTOS MARGARITA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· CASTILLO LAITA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· LUNA TORRES CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El protocolo “Fast-Track” o de recuperación acelerada en la Prótesis Total de Rodilla (PTR) implantado en nuestra unidad en el último año, ha supuesto un cambio de estrategia a la hora de afrontar este proceso.
Con la puesta en marcha de este protocolo, se ha conseguido una disminución de la estancia postoperatoria a 2´78 días respecto a los 6´58 previos.
Para obtener este resultado se ha realizado un esfuerzo coordinado para combinar:
- educación perioperatoria del paciente
- optimización preoperatoria
- atenuación de la respuesta al estrés quirúrgico
- tratamiento analgésico óptimo
- incentivación de la movilización precoz del paciente para la pronta recuperación de su autonomía

El acortamiento de la estancia hospitalaria no debe suponer nunca una merma en la calidad.
La información es pieza fundamental tanto para obtener la colaboración del paciente como para la obtención de un buen resultado.
Sin embargo, tras un año de funcionamiento del protocolo, hemos podido observar que, a pesar de la elaboración de documentos informativos, el conocimiento del paciente y de sus familiares PREVIO a la intervención, es precario. Estos documentos son entregados al ingreso, y este se produce la noche anterior o, incluso, el mismo día de la intervención.
La falta de tiempo material en consulta externa y la prolongada demora motivada por la lista de espera, hace que la información además de resultar insuficiente pueda quedar olvidada.
Esta falta de información provoca en el paciente una situación de estrés y, por ello, un obstáculo para la colaboración y entrega del mismo en su tratamiento.
Así pues, por razones tanto humanas como técnicas, se concluyó que debía añadirse a nuestro proceso una nueva forma de informar al paciente y familiares, para así conseguir un paciente informado, tranquilo y colaborador.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal de este proyecto es conseguir un paciente informado en todos los aspectos referentes al proceso y que sean importantes tanto para él y sus familiares, como para el equipo y siempre en los días previos a la cirugía.
Otras mejoras secundarias derivadas del objetivo principal serían:
- Minimizar el estrés que crea al paciente un proceso quirúrgico de esta magnitud.
- Integrar al paciente en un proceso en el que él es el principal protagonista, y mejorar así la relación de éste con todo el equipo participante en el mismo.
- Lograr un paciente motivado y colaborador, aspectos fundamentales para la obtención de un buen resultado.
- Aumentar la calidad de la asistencia sin incremento del coste de la misma.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizarán dos reuniones informativas al mes con los pacientes programados en las próximas semanas, y sus familiares. En ellas se informará sobre todos los aspectos relacionados con el proceso de la intervención y se invitará a los asistentes a participar y resolver las dudas que puedan tener. Será una reunión interactiva. Al finalizar la misma, se entregará una encuesta de satisfacción por cada paciente o familiar.
Para ello se deben realizar las siguientes medidas:
1.Constitución y coordinación del grupo de mejora.
Responsable: MJ Caballero
2.Elaboración de base de datos para la inclusión de pacientes programados para PTR
Responsable: F Martínez
3.Programación quirúrgica con, al menos, 2 semanas de antelación y asignación de fecha para la reunión. Comunicación al paciente de ambas fechas.
Responsable: MJ Caballero, M Sanz
4.Elaboración de presentación que sirva de guión a la reunión
Responsable: MJ Caballero, F Martínez
5. Elaboración de encuesta de satisfacción del paciente y procesado de datos
Responsable: F Martínez
6.Realización de la reunión informativa. Entrega y recogida de encuestas
Responsable: MJ Caballero, C Luna, MI Castillo
7.Evaluación Indicadores/Propuesta de Mejoras

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 261

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE: LA INFORMACION COMO VALOR AÑADIDO EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Responsable: grupo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % asistentes a la reunión
% asistentes que rellenan y entregan el cuestionario
% pacientes satisfechos según la escala Likert (5 niveles)
Se elaborará una base de datos en la que se incluirán los pacientes intervenidos de PTR y los que asisten a la reunión.
Tras la realización de 6 reuniones se valorarán los resultados y se remarcarán las fortalezas y debilidades del proyecto, procediéndose a implementar mejoras o a abandonar el proyecto en su caso.
Trimestralmente se reunirá al grupo de mejora para la evaluación de los resultados.
Concluida la recogida de datos, se realizará el estudio estadístico y se evaluarán indicadores.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Abril 2015
Fecha de finalización: Abril 2016
CALENDARIO:
Constitución del grupo de mejora: Abril-15
Elaboración de base de datos: Abril-15
Programación cirugía y Reunión: mensual de Abril-15 a Marzo-16
Elaboración Power Point: Abril-15
Elaboración encuesta de satisfacción: Abril-15
Reunión informativa: cada 2 semanas de Abril-15 a Marzo-16
Procesado datos: Junio-15, Sept-15, Dic-16, Marzo-16
Reunión Grupo Mejora/Evaluación Resultados: Junio-15, Sept-15, Dic-16, Marzo-16
Evaluación Indicadores /Propuesta de Mejoras: Abril-16

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. candidatos a prótesis de rodilla

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 1 Nada

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 072

1. TÍTULO

PROTOCOLO ASISTENCIAL EN PACIENTES SOMETIDOS AL IMPLANTE DEL DESFIBRILADOR AUTOMATICO IMPLANTABLE

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.
· ASSO ABADIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· OLORIZ SANJUAN TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· FURRIEL ARANDA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ARIÑO TRASOBARES VIRGINIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· BOLEA TOLOSANA SIRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de Electrofisiología ha incorporado en su cartera de servicios el implante de los dispositivos automáticos implantables (DAI). Ello ha supuesto unas nuevas directrices de manejo y de asistencia tanto pre como post-intervención, lo que conlleva la necesidad de establecer unas pautas de actuación que permitan homogeneizar los cuidados y manejo de los pacientes sometidos al implante de estos dispositivos por parte del personal médico y de enfermería. Es por ello que se hace imprescindible el establecimiento de unos protocolos de actuación clínica con el objetivo de conseguir la estandarización de las normas de actuación entre todos los profesionales sanitarios implicados en el cuidado de este tipo de pacientes. Además, la finalidad de este protocolo es proporcionar una fuente de información y facilitar la atención a personal de nueva incorporación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con el establecimiento de este protocolo esperamos mejorar y optimizar los recursos de atención de los pacientes sometidos al implante de DAIs, mediante la reducción de las complicaciones (fundamentalmente a expensas de complicaciones infecciosas y dislocación del electrodo) derivadas de la no aplicación de las pautas de tratamiento de este tipo de pacientes por falta de conocimiento de las mismas, así como mejorar la eficiencia en el cuidado de estos pacientes, gracias a la homogeneización y dinamismo derivado de la aplicación de unas pautas comunes, asimiladas y conocidas por parte del personal sanitario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las medidas previstas para establecer el protocolo son las siguientes:
El método empleado será el siguiente:
- Reunión del equipo médico y de enfermería para establecer los criterios a definir
- Elaboración del protocolo
- Consenso del protocolo entre los servicios/unidades implicados
- 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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores previstos se han dividido en:
- Indicadores de proceso:
A. Preimplante: cumplimiento del protocolo de asistencia pre-implante por parte del Servicio de Cardiología
B. Post-implante: cumplimiento del protocolo de asistencia post-implante por parte del Servicio de Cardiología
- Indicadores de resultados:
A. tasa de complicaciones infecciosas
B. Tasa de complicaciones derivadas de la dislocación del electrodo en el postoperatorio inmediato

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La fecha prevista de inicio sería inmediata. El calendario previsto de actuaciones es el siguiente:
- Mayo 2015: Reunión del equipo médico y de enfermería para establecer los criterios a definir
- Mayo-Junio 2015: Elaboración del protocolo
- Julio 2015: Consenso del protocolo entre los servicios/unidades implicados
- Agosto 2015: Aprobación por la Comisión de Tecnología
- Septiembre 2015: Publicación en intranet
- Septiembre 2015: Presentación oficial del protocolo al Servicio
- Septiembre, octubre, noviembre, diciembre 2015: Puesta en marcha del protocolo
- 2016: Evaluación de resultados
- 2016: Propuestas de mejora

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 072

1. TÍTULO

PROTOCOLO ASISTENCIAL EN PACIENTES SOMETIDOS AL IMPLANTE DEL DESFIBRILADOR AUTOMATICO IMPLANTABLE

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 688

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA TRACCION VITREOMACULAR CON OCRIPLASMINA

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. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· FERRERAS AMEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· ABECIA MARTINEZ EMILIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· FAUS GUIJARRO FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· RUIZ MORENO OSCAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· RAMIRO MILLAN PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con el envejecimiento el cuerpo vítreo tiende a separarse de la retina, aunque en algunos pacientes no se separa del todo y queda adherido parcialmente a la mácula. Este fenómeno se conoce como adhesión vitreomacular (AVM) y, de no resolverse, puede desarrollar tracción sobre la mácula y generar una afección llamada tracción vitreomacular (TVM). Esta tracción a su vez puede evolucionar produciendo agujeros maculares, distorsión macular progresiva y la pérdida irreversible de la visión.
Hasta ahora el único tratamiento disponible para la TVM era la observación y, ante una eventual evolución negativa del proceso, los pacientes podrían ser propuestos para una vitectromía pars plana. La vitrectomía está indicada cuando los síntomas visuales o las anomalías anatómicas asociadas con la TVM (tracción de la retina y agujeros maculares) empeoran o presentan complicaciones (roturas o desprendimientos de retina). Por tanto, dados los riesgos y complicaciones que presenta, la cirugía es mayoritariamente reservada para los pacientes con afectación visual y anatómica grave por TVM.
Como alternativa a la cirugía, la vitreolisis farmacológica es un tratamiento no quirúrgico emergente para el tratamiento de la TVM, siendo la plasmina uno de los agentes más estudiados y prometedores. En la actualidad ya está aprobado en nuestro país, la ocriplasmina (Jetrea®). Ocriplasmina es una forma truncada de la plasmina humana, fabricada utilizando tecnología de ácido desoxirribonucleico (ADN) recombinante. La ocriplasmina ejerce actividad proteolítica frente a componentes proteicos del cuerpo vítreo y de la interfaz vitreorretiniana (entre otros, laminina, fibronectina y colágeno) con objeto de disolver la matriz proteica responsable de la TVM. Se administra por inyección intravítrea a una dosis de 0,125 mg, y no se contempla en ficha técnica la inyección repetida en un mismo ojo.
Ocriplasmina recibió en octubre de 2012 la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la AVM sintomática en EE. UU. En marzo de 2013 fue aprobada por la Comisión Europea para el tratamiento de la TVM en adultos, incluidos los casos asociados con agujero macular de un diámetro igual o inferior a 400 micras.
El objetivo de este proyecto de mejora es realizar un protocolo de tratamiento de la TVM con ocriplasmina y definir los criterios de selección de los pacientes candidatos a este tratamiento para optimizar los resultados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta ahora los pacientes con TVM sintomática o agujero macular tenían que someterse a una vitrectomía pars plana (riesgo de hemorragia vítrea, desprendimiento de retina, catarata precoz por uso de gas intraocular) y a un postoperatorio muy complejo (postura cabeza-abajo durante 5-7dias), lo cual hacía muy difícil el cumplimiento.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El uso protocolizado de ocriplasmina haría disminuir el número de vitrectomías realizadas, la lista de espera para vitrectomía, el riesgo de cirugía de catarata temprana y la pérdida de calidad de vida asociada a intervenciones quirúrgicas.
Esperamos aumentar la calidad de vida del paciente al tratar la TVM con una sola inyección intravítrea, de manera ambulatoria, sin cirugía y sin postoperatorio postural.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Selección de los pacientes candidatos al tratamiento con ocriplasmina (Emilio Abecia, Fernando Faus, Javier Ascaso).
Redacción del protocolo terapeutico de la TVM (Pilar Calvo, Antonio Ferreras, Oscar Ruiz Moreno)
Valoración de la seguridad y efectividad del fármaco (Beatriz Abadia, Patricia Ramiro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de pacientes tratados con ocriplasmina/número de pacientes tratados con vitrectomía pars plana
2. Número de pacientes con éxito anatómico tratados con ocriplasmina/total de pacientes tratados con ocriplasmina.
3. Seguridad. Número de complicaciones/total de pacientes tratados con ocriplasmina

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante los meses de Junio-Septiembre se realizará el protocolo de tratamiento y los criterios de selección de los pacientes candidatos al uso de ocriplasmina. Durante todo el año del proyecto se recogerán los datos de efectividad del fármaco así como las posibles complicaciones.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 688

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA TRACCION VITREOMACULAR CON OCRIPLASMINA

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 208

1. TÍTULO

ADECUACION DEL INGRESO PARA LA FINALIZACION PROGRAMADA DE LA GESTACION

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS. 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
· TEJERO CABREJAS EVA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DE GREGORIO GONALEZ SONIA ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hasta el momento, los ingresos programados para la finalización de la gestación por causa médica, se realizan el día anterior a la puesta en marcha del proceso.
Durante el primer día de ingreso, la única actividad realizada sobre estas pacientes es la monitorización fetal según pauta marcada
Por ello, las mujeres ingresadas en la planta por este motivo, ocupan una cama durante una tarde y una noche, sin necesidad.
Ademas de la ocupación de cama, la gestante no descansa adecuadamente la noche del ingreso

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante el ingreso el mismo día de la inducción del parto, se espera conseguir:
1.-una disminución del tiempo de ingreso
2.-una disminución de la actividad que realiza enfermería a lo largo de la tarde y noche del ingreso, ya que desaparecería
3.-un aumento en la disponibilidad de camas de ingreso.
4.-un aumento en el grado de satisfacción de la paciente en el proceso de finalización selectiva del embarazo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desde las consultas de la Unidad de Medicina Materno Fetal, todos los facultativos pertenecientes a la Unidad, informarán y darán el ingreso para el mismo día de la inducción de parto, excepto en los casos en los que existan motivos para aumentar la vigilancia materno-fetal, que se dará para el día anterior al procedimiento.
Los reponsables son todos los facultativos de la iniciativa de mejora
En la planta de ingreso (6ª de Maternidad), la supervisora de Enfermería y miembro del equipo de esta iniciativa, dará las instrucciones pertinentes al personal Auxiliar y de Enfermería para hacer la recepción de estas mujeres el día del ingreso y los controles pertinentes previos a la visita médica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. *Porcentaje de gestantes que ingresan para inducción el mismo día del procedimiento. A través de los registros de planta se recogerá la información necesaria.
*Porcentaje de gestantes con orden de ingreso para finalización del embarazo, que tienen problemas de ingreso el día señalado. Recogida a través de una monitorización continua de los ingresos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo de 2015: acuerdo entre supervisión de enfermería y responsable de la Unidad, para puesta en marcha del cambio de ingreso.
Mayo de 2015: valoración y puesta den común de problemas que pueden surgir con el cambio. Hora de ingreso, monitorización materno-fetal.
Junio de 2015: inicio del ingreso programado
El proyecto no tiene fin, ya que el cambio pretende ser definitivo

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Edad de gestación
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Mejora
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 720

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA 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.
· GOMEZ BARRENA VIRGINIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· PADILLA ARAGÜES GUSTAVO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE LEIRE. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· ROMERO SALAS YOLANDA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. PEDIATRIA
· JIMENEZ OLMOS AINHOA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MARTINEZ REDONDO INES. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· SANCHO GRACIA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Historia Clínica es una herramienta esencial en nuestro trabajo y muy útil para el proceso y evaluación de la calidad asistencial. Actualmente se dispone de un sistema informático "PCH" (Puesto Clínico Hospitalario) en todas las urgencias hospitalarias del Servicio Aragonés de Salud que permite una gestión más eficiente de la información y de los recursos.
El grupo de Mejora de Calidad de Urgencias de Pediatría mantiene como línea de trabajo la aplicación de los protocolos asistenciales, la evaluación periódica de sus indicadores y las modificaciones para conseguir mejores resultados.
El sistema informático PCH permite adaptaciones a las características especiales en la atención en pediatría y la inclusión de plantillas pre-redactadas, recomendadas por expertos y sociedades científicas, facilitará el cumplimiento del registro de constantes, scores de gravedad, tratamientos y continuidad de cuidados.
La codificación diagnóstica es fundamental para la comunicación entre los profesionales de la salud. Las características especificas en urgencias de pediatría, donde un gran número de diagnósticos son sintomáticos y/o poco específicos, conlleva dificultades para aplicar el sistema de codificación internacional por lo que la formación y el entrenamiento en este campo mejorarán los resultados de la calidad del servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Disminuir la variabilidad en la cumplimentación y redacción de informes clínicos en urgencias de pediatría aplicando plantillas pre-redactadas que incluyan scores, tratamientos, codificación diagnóstica y la continuidad de cuidados.
•Mejorar el registro de las scores/escalas de gravedad definidos en PCH para diferentes patologías pediátricas (respiratorias, infecciosas, traumáticas..…).
•Evitar errores en prescripciones de tratamientos en urgencias.
•Mejora en la formación de los profesionales en la codificación diagnóstica en urgencias de pediatría.
•Disminuir el nº de informes de urgencias que no consta la codificación diagnóstica.
•Aumento de los resultados del indicador de entrega de hoja informativa de continuidad de cuidados a padres/y/o tutores de las patologías disponibles en urgencias.
•Aumentar la satisfacción de los profesionales por las mejoras de las prestaciones del programa informático PCH.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. •Reunión equipo trabajo, designación y distribución de tareas.
•Análisis de los estándares y recomendaciones de urgencias hospitalarias del Ministerio de Sanidad, las Internacionales de la medicina de urgencias y de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.
•Sesión informativa al servicio de Pediatría del inicio del proyecto de mejora.
•Elaboración y redacción de plantillas pre-redactadas que incluyan la cumplimentación de scores, tratamientos, la codificación diagnóstica y la continuidad de cuidados.
•Reuniones con responsables de los diferentes protocolos para consensuar las plantillas pre-redactadas.
•Establecer calendario de formación en codificación mediante talleres prácticos para los profesionales que realizan asistencia en la unidad.
•Sesiones de la Unidad y del Servicio de Pediatría de forma periódica para informar de implantación y resultados del proyecto.
•Diseño del modelo de encuesta de opinión.
•Entrega y análisis de encuesta
•Registro de incidencias de la aplicación.
•Reunión del grupo de mejora para monitorización de los resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •Elaboración plantillas pre-redactadas
•Nº personal que recibe formación en Codificación Diagnóstica
•Encuesta de satisfacción y sus resultados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio- octubre 2015
•Reunión equipo trabajo, designación y distribución de tareas.
•Sesión informativa al servicio.
•Elaboración y redacción de plantillas pre-redactadas.
•Reuniones con responsables de los protocolos
•Establecer calendario de formación en codificación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 720

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

•Diseño del modelo de encuesta de opinión.
•Entrega y análisis de encuesta

Octubre-febrero 2016
•Sesiones de la Unidad y del Servicio de Pediatría de forma periódica para informar de implantación y resultados del proyecto.
•Diseño del modelo de encuesta de opinión.
•Entrega y análisis de encuesta.
•Registro de incidencias de la aplicación.
•Reuniones del grupo de mejora para monitorización de los resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 118

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 .. TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIPALDA MARIN JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUAMTOLOGIA
· SOLA CORDON ALEJANDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· CARDONA MALFEY RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· ARROYO RUBIO DAVID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA
· ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA
· SALAS GARCIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANO
· CALVO LOPEZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 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. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Disminuir el número de pacientes en lista de espera para intervención quirúrgica de artroscopia de hombro y, especialmente, reducir la gran demora existente en la actualidad
2. Mejorar la calidad percibida por el paciente evitando la necesidad del ingreso hospitalario, al tiempo que se conserva la seguridad en el procedimiento mediante la adecuada selección de los casos susceptibles de ser intervenidos en cirugía ambulatoria.
3. Mejorar la eficiencia del procedimiento quirúrgico mediante la disminución del coste asociado al ingreso hospitalario.
4. Incrementar el número de patologías susceptibles de ser intervenidas en CSI incluyendo los pacientes con luxación recidivante de hombro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro, que supone alrededor del 25% 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 elo 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.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 118

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)

9. 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.
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.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. JÓVENES Y ADULTOS
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. REDUCCIÓN LISTA ESPERA
OTRA PALABRA CLAVE 2. AHORRO ECONÓMICO
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 491

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA

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. MEDICINA. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA
· BOSQUE PERALTA FERNANDO. MEDICINA. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GOMEZ MUÑOZ CONSUELO. MEDICINA. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GONZALO PELLICER INMACULADA. MEDICINA. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· POLO PELLICENA MARCOS. MEDICINA. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA HERNANDEZ ALEJANDRA. MEDICINA. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CARLUCCIO MARIA CRISTINA. MEDICINA. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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.
No existe un consenso en el manejo peroperatorio de estos pacientes, aunque existen una serie de factores, potencialmente modificables, como el control hemodinámico, control de la temperatura, analgesia, fluidoterapia...que influyen en los resultados de supervivencia del injerto.
Según las series consultadas existe un índice de fracaso de ente un 5 y 10 % de los casos; en la mayoría de las veces el fallo se debe a problemas de trombosis del eje arterial o venoso en los primeros días y sobre todo en las primeras 48 horas (90% de los casos). La incidencia de trombosis en el pedículo vascular es de un 10-20% de los casos y conduce a la pérdida de la transferencia y con ello al fracaso de un costoso proceso reconstructivo.
Se considera que un 65-75 % de los casos de trombosis pueden ser revertidos mediante trombectomía quirúrgica si se ha detectado de forma precoz; por este motivo es necesario un estricto control postoperatorio para detectar de forma precoz la aparición de esta complicación.
El control postoperatorio de la viabilidad del injerto se realiza mediante la exploración del injerto y el estudio con doppler del flujo a través de la anastomosis. Este control se realiza en intervalos periódicos durante las primeras 48-72 horas, y no conocemos el estado del injerto en los periodos entre exploraciones. En los últimos meses estamos monitorizando de manera continua también la saturación tisular de oxígeno en el tejido transferido y nuestro objetivo es validar este método de monitorización como forma precoz de diagnóstico de trombosis del pedículo vascular.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el manejo perioperatorio de estos pacientes para disminuir las complicaciones y conseguir un porcentaje de supervivencia del implante de alrededor del 90%.
Preparar un protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia actual.
Validar la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno como método de control de la viabilidad del injerto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar se revisará la literatura sobre manejo perioperatorio de los pacientes sometidos a trasferencia microquirúrgica de tejidos para conseguir realizar un protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia actual que disminuya la variabilidad en el manejo de estos pacientes. La revisión de la literatura y preparación y aplicación del protocolo se realizará por parte de los componentes del Servicio de Anestesia y Reanimación que pertenecen a este grupo de mejora.
Durante las primeras 72 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.
Para evaluar el proyecto se monitorizarán cada 6 meses los indicadores por parte de los doctores Roberto Carbonell y Julio Delgado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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%
Los indicadores se monitorizarán semestralmente con datos obtenidos de la Historia Clínica del paciente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el primer trimestre de 2015 se ha realizado la revisión de la literatura y la elaboración del protocolo de manejo perioperatorio, proceso que constituye una línea de mejora para 2015 de la Unidad de Anestesia y Reanimación del HRTQ.
En junio y diciembre se evaluarán los indicadores y se elaborará memoria para la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet, finalizando el proyecto en diciembre 2015.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 491

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA

11. OBSERVACIONES. Al ser las transferencias microquirúrgicas de tejidos un procedimiento cada vez más frecuente, el protocolo se irá revisando cada vez que la evidencia científica sugiera modificaciones en nuestra actuación. Con los resultados obtenidos, deberemos valorar la aplicación del protocolo al manejo de las transferencias microquirúrgicas realizadas por otros servicios quirúrgicos del Hospital Universitario Miguel Servet.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 248

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA PROSTATITIS BACTERIANA AGUDA

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN CARELA ESPIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORQUE FERNANDO ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GIL SANZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GARCIA RUIZ RAMIRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· TEJERO SANCHEZ ARLANZA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GIL FABRA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· TRIVEZ BONED MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Describir cómo se detectó y priorizó el problema, cuál es la situación actual del mismo, cuáles son sus causas, cuál es su importancia, por qué es útil el proyecto, etc
Con motivo de la reciente convocatoria de una jefatura de sección de la Unidad de Próstata en el Sector Zaragoza II y la realización del oportuno proyecto de gestión se analizaron los datos de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs) relacionados con la Unidad de Próstata del Sector Zaragoza II y su comparación con la Norma_SNS_2013_AP27 demostrando que la Prostatitis Bacteriana Aguda y procesos asociados (GRD 350 - INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO), presenta una estancia hospitalaria media en su ingreso de 4,49 días, lo supone 1,69 días más que la Estancia Media Norma de 2,8 días; y con ello un Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA) de 1,6032 lo cual equivale a un funcionamiento peor respecto del estándar; siendo el GRD más desviado de la Norma-SNS-2013_AP27 de esta Unidad y suponiendo una obligada línea de mejora.
En este sentido hemos decidido analizar cuál es el verdadero protagonismo de este GRD en nuestro entorno, y cuáles son las causas de esta posible desviación:
• Relevancia: hemos analizado el aplicativo PCH en su registro del Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), es decir el correspondiente al Sector Zaragoza II, entre el 01 de enero de 2011 y el 341 de diciembre de 2014, identificándose 475.083 urgencias codificadas; de ellas 301.103 corresponden a Urgencias del Hospital General excluidas Materno-Infantil, Traumatología-Quemados, Otorrinolaringología y Oftalmología, suponiendo unas 70.000-75.000 Urgencias atendidas/año en estos 4 años (rango 71.024 – 76.681).
De ellas las urgencias con diagnóstico urológico entre sus 3 primeros diagnósticos han sido 32.297, oscilando entre las 7.591 de 2011 y las 8.526 de 2013, y siendo en líneas generales en estos 4 años un 11,6% de las urgencias (rango 10,9%-12,2%), y las catalogadas como procesos infecciosos/inflamatorios del varón (prostatitis bacteriana aguda, orqui-epididimitis, sepsis excluido el cólico séptico, “pielonefritis en el varón”, e infección del tracto urinario en el varón) oscilan entre las 1.192 de 2011 y las 1.472 de 2014 con un máximo de 1.668 en 2013.
De todos ellos, un 81% de ellos son remitidos a domicilio, pero un 18,5% requieren ingreso hospitalario (éxitus 0,2% y alta voluntaria/fuga 0,3%). En concreto a los largo de los 4 años de estudio 1.102 varones fueron ingresados con este diagnóstico.
• Causas del ingreso prolongado: nuestra práctica urológica del manejo hospitalario de estos pacientes no nos parece especialmente conservadora, pues se establece un tratamiento antibiótico empírico al ingreso por vía intravenosa y basado en quinolonas que tras 24 horas de control febril se pasa a tratamiento vía oral, y si persiste afebril 24 horas más se procede al alta hospitalaria. Sin embargo ese IEMA de 1,6032 muestra una clara oportunidad de mejora, y pensamos que puede ser debida a una mala elección del antibiótico empírico que puede prolongar el tiempo hasta la respuesta afebril.
Por ello en 2014 analizamos más de 38.000 urocultivos entre enero y diciembre de 2012, y centrándonos en aquéllos positivos en varones con un intervalo libre entre ellos de más de 30 días para incluir reinfecciones pero eliminar recidivas, analizamos gérmenes y sensibilidades antibióticas en más de 3.000 urocultivos en varones.
Nuestros resultados mostraron los siguientes índices de sensibilidad: Imipenem (S: 83%), Fosfomicina o Nitrofurantoína (73%), Pipe/Tazobactam o Cefalosporinas de 4ªG (67%), Cefalosporinas de 3ªG (64,5%), Aminoglicósidos (62%), Ciprofloxacino (55%).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal:
• Disminuir la estancia hospitalaria en el Servicio de Urología del HUMS-Sector Zaragoza II, del GRD 350 - Inflamación De Aparato Genital Masculino.
Objetivos secundarios:
• Validar prospectivamente en el GRD-350 de ingreso hospitalario, los resultados de sensibilidades antibióticas obtenidas en nuestro estudio retrospectivo previo correspondiente a 2012.
• Proponer un protocolo específico de manejo antibiótico con los resultados obtenidos.
• Analizar otras posibles causas de ingreso prolongado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas y Responsables:
• Determinación de las variables a estudio. Responsables: Joaquín Carela y Ángel Borque.
• Creación de base de datos prospectiva para la recogida de datos. Responsables: Ángel Borque , Ramiro García y Arlanza Tejero.
• Recogida de datos al ingreso: Responsables: Ramiro García , Arlanza Tejero Mª Jesús Gil , Pedro Gil , Jesús

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 248

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA PROSTATITIS BACTERIANA AGUDA

Gil , y Miguel Ángel Trívez.
• Protocolo final: Joaquín Carela y Ángel Borque.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
• Estancia media del GRD-350 en el Servicio de Urología del HUMS, Sector Zaragoza II.
• Índice de Estancia Media Ajustada del GRD-350 en el Servicio de Urología del HUMS, Sector Zaragoza II, de acuerdo a la Norma_SNS correspondiente.
o Se analizarán el primero a los 6 meses de inicio del proyecto, y a los 9 y 12 meses.
o El segundo a los 12 meses, a la publicación de la Norma-SNS correspondiente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Inicio: Junio 2015
o Creación de base de datos: Junio 2015.
o Recogida prospectiva de sensibilidades antibióticas y estancias, (cumplimentación de base de datos): Julio-Diciembre 2015.
o Análisis de resultados y propuesta de protocolo de actuación: Enero 2016.
o Recogida prospectiva de sensibilidades antibióticas y estancias de acuerdo al nuevo protocolo propuesto: Febrero-Agosto 2016.
o Análisis de resultados a los 3 y 6 meses de activación del nuevo protocolo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PROSTATITIS BACTERIANA
OTRA PALABRA CLAVE 2. SELECTIVIDAD ANTIBIÓTICA
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 703

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE ANALGESIA MULTIMODAL QUE INCLUYE BLOQUEO DE NERVIO FEMORAL EN EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA (FOC) QUIRURGICO O MEDICO

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.
· PARDILLOS CALATAYUD CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA EN TRAUMA
· FRACA CARDIEL CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA EN TRAUMA
· VIÑUALES CABEZA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA EN TRAUMA
· GALVEZ HERRANDO MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE FRACTURAS DE CADERA
· HUESO DEL RIO LUIS ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA ADSCRITO A FOC
· LAGLERA TREBOL SALVADOR TOMAS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La analgesia en la fractura osteoporótica de cadera (FOC) tiene los objetivos de mejorar el confort y la satisfacción del paciente, y prevenir las complicaciones asociadas al dolor, como alteraciones cardiovasculares, el delirio y la agitación, la hipo ventilación y además, permitir la rehabilitación postoperatoria y el alta precoz. Hemos identificado que la analgesia actual puede mejorarse utilizando técnicas de bloqueo de nervio periférico (BNP) a nivel femoral y el mórfico mejor tolerado por los ancianos (Oxicodona).
Recientemente estamos implementado un protocolo Fast Track con el que la mayoría de los pacientes se intervienen de la FOC bajo anestesia regional, en las primeras 24-36 h tras la FOC, que es el mejor tratamiento del dolor, sin embargo, hay pacientes que por sus condiciones médicas se tienen que demorar más o no se pueden intervenir y, dependiendo del tipo de FOC, refieren un dolor entre moderado y fuerte con episodios de dolor irruptivo muy importante ante maniobras como realizar la cama. Además, los pacientes con demencia o alteraciones cognitivas, no saben expresar que tienen dolor, y en este grupo, el dolor favorece el delirio y la agitación. Mientras que hay una fuerte evidencia de que una analgesia multimodal pautada, puede prevenirlos.
Las guías de la FOC hacen una recomendación fuerte de que se realice un BNP femoral en el postoperatorio de todos los pacientes con FOC. A favor de la implementación de este proyecto, se ha unificado a todos los pacientes con FOC en una planta

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha visto que el nivel de dolor asociado a las diferentes FOC en orden ascendente es: bajo en la FOC subcapital no desplazada y pertrocantérea estable, moderado en la FOC subcapital desplazada, alto en la FOC pertrocantérea inestable y muy alto en la FOC subtrocantérea.
Hay una evidencia fuerte de que la analgesia que incluye técnicas loco-regionales con BNP femoral son más eficaces en controlar el dolor y en reducir el delirio en los pacientes con FOC. Respecto a los riesgos, las complicaciones con el BNP femoral son muy bajas.
Todos los anestesiólogos de la unidad de trauma dominamos la realización del BNP femoral.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tener un circuito que garantice la realización programada de un BNP, en la planta de hospitalización, en pacientes con dolor incontrolado a pesar de otros tratamientos
-Disminuir las complicaciones asociadas al dolor
- Favorecer la rehabilitación postoperatoria temprana
-Que no fallezca ningún paciente por FOC, padeciendo un dolor no controlado

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º Protocolizar los pacientes que se van a beneficiar del BNP femoral preoperatorio y revisar la normativa sobre la realización segura del BNP femoral en la planta de hospitalización
2º Mejorar la comunicación entre los anestesistas, médicos y supervisora de la unidad de FOC
3º Revisión de las complicaciones
3º Formación de las enfermeras de la unidad de FOC sobre el control del dolor

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de BNP femoral realizados en la planta
- Porcentaje de BNP realizados en quirófano o en postoperatorio
- Registro EVA del dolor antes y después de la colocación del BNP
- Nº de pacientes fallecidos en la hospitalización con BNP
- Porcentaje de pacientes con fractura subtrocantérea y BNP preoperatorio

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1ª etapa: Junio-Julio 2015
Consenso del protocolo de analgesia multimodal y publicación por la unidad de calidad del sector II
Recogida de los datos de:
1- porcentaje de pacientes con BNP femoral intra o postoperatorio
2- Encuesta de satisfacción de los pacientes
Implementación del BNP femoral postoperatorio al máximo de los pacientes
2ª etapa: Agosto-Octubre 2015
Formación de la enfermería de hospitalización e implementación del protocolo que incluye BNP preoperatorio en los pacientes seleccionados
3ª etapa: Noviembre 2015 hasta Marzo 2016
Revisión del efecto del cambio
5ª etapa: Abril-Mayo 2016
Publicación de los resultados conseguidos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 703

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE ANALGESIA MULTIMODAL QUE INCLUYE BLOQUEO DE NERVIO FEMORAL EN EL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA (FOC) QUIRURGICO O MEDICO

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ancianos con fractura por fragilidad

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Analgesia multimodal
OTRA PALABRA CLAVE 2. Fractura osteoporotica de cadera
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 184

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INDICACIONES DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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.
· LAPUENTE GONZALEZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· URMENETA ULLOA JAVIER. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· JUEZ JIMENEZ ANGELA. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LOPEZ SAMITIER ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MATEO PEREZ PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· RENART FURNE MARGARITA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ecocardiografía de estrés farmacológico supone la utilización de los ultrasonidos como técnica de imagen que se asocia a una situación de sobrecarga farmacológica, permitiendo objetivar las consecuencias de la isquemia miocárdica, habitualmente comprobando una anomalía regional de la función sistólica, pero también una disfunción global sistólica o regional y/o global diastólica.
La eficacia diagnóstica de las diferentes técnicas de ecocardiografía de estrés ha sido establecida en numerosos estudios. Es superior a la prueba de esfuerzo con electrocardiograma y similar a las de perfusión con isótopos. Es independiente de la edad y del sexo. Las más utilizadas son las farmacológicas con dobutamina y dipiridamol. Para la detección de enfermedad coronaria, la sensibilidad oscila entre el 72 y 97% y la especificidad entre 64 y 100%. Estas variaciones dependen de la población estudiada (número de vasos afectados, tipo de lesión, localización y severidad de las lesiones, arteria coronaria afectada, protocolo, criterios de valoración, etc.).

En los últimos años, la solicitud de exploraciones ha aumentado de forma exponencial. Aunque en los últimos años se ha realizado un esfuerzo importante en la adquisición de equipos ecocardiográficos, pocos laboratorios han conseguido una dotación adecuada de recursos humanos y tecnológicos para afrontar este incremento de la demanda. Esto conlleva la demora en la realización de estas pruebas tanto de pacientes hospitalizados como ambulantes contribuyendo a prolongar estancias medias hospitalarias y, retrasar el diagnóstico y tratamiento adecuado en algunos pacientes.
Por lo anteriormente expuesto, desde el servicio de Cardiología, proponemos un proyecto de Mejora destinado a adecuar las solicitudes en nuestro hospital y las indicaciones de ecocardiografía de estrés farmacológico, adaptado al conocimiento basado en la evidencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo primordial con este protocolo es guiar a los profesionales en la adecuada indicación de la ecocardiografía de estrés farmacológico en el diagnóstico y seguimiento de las distintas cardiopatías, basado en las recomendaciones actuales americanas de uso de ecocardiografía y las guías españolas y europeas de las distintas patologías cardiacas.
Como segundo objetivo, pretendemos descargar la sección de imagen de peticiones innecesarias y repetitivas, de forma que permita una mejor atención de los pacientes en los que realmente es necesaria esta prueba, así como, el desarrollo e incorporación a la práctica habitual de las últimas tecnologías en el campo de la ecocardiografía de estrés farmacológico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para conseguir estos objetivos se va a consensuar un protocolo de indicaciones de la ecocardiografía de estrés farmacológico en las distintas situaciones clínicas, 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: European Society of Cardiology y American Heart Association para aplicarlas a nuestro medio. De la misma manera revisaremos las recomendaciones de la Sociedad Americana de Ecocardiografía publicadas en el Journal of American College of Cardiology en 2011.
Tras la elaboración del protocolo se realizará la adaptación del formato del protocolo a las normas de la Comisión de Tecnología del Hospital Universitario Miguel Servet (Abril-2008), para que esté disponible en la página web del Salud del Sector Zaragoza II.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:
1. Revisión de las peticiones de ecocardiografía de estrés farmacológico de los meses Mayo a Julio de 2015, analizando el motivo de la petición, servicio del que proviene, su resultado (patológico o no) y la existencia de alguna petición previa del mismo paciente.
2. Tras la publicación de este protocolo de indicación de ecocardiografía de estrés farmacológico, comprobar que la difusión ha sido adecuada, y, realizar una nueva revisión de las peticiones de ecocardiografía de estrés farmacológico en los tres siguientes meses de su publicación para comprobar el impacto del mismo en los distintos servicios del hospital.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración de 6-8 meses para revisar y redactar el protocolo de las indicaciones de ecocardiografía de estrés farmacológico con la presentación de resultados al

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 184

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INDICACIONES DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

finalizar el mismo.
2º trimestre 2015: Constitución del grupo de mejora y reparto de responsabilidades. Diseño del proyecto
3º trimestre 2015: Recogida y Análisis de datos. Elaboración del protocolo
4º trimestre 2015: Difusión de protocolo en los distintos servicios mediante su incorporación a los protocolos del hospital en la intranet.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Ecocardiografía
OTRA PALABRA CLAVE 2. Estrés farmacológico
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 277

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION (NORMA UNE-EN ISO 15189) DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA. AMPLIACION DE LOS ALCANCES DE INMUNOQUIMICA (INSULINA, PEPTIDO C, GLOBULINA ENLAZANTE DE HORMONAS SEXUALES (SHBG) Y DEHIDROEPIANDROSTERONA(S-DHEA)

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO RUATA MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· ORTEGA MARCOS CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· GARCIA GONZALEZ ELENA. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· GRACIA MATILLA MARIA ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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. A lo largo de estos años se han ido ampliando los alcances de acreditación dentro del proceso de mejora continua, implicando a mayor número de personal facultativo y técnico.
La ampliación propuesta para este año consta de las pruebas de Inmunoquímica de la sección de Hormonas: Insulina, Péptido C, SHBG (Globulina Enlazante de Hormonas Sexuales y S-DHEA (Sulfato Dehidroepiandrosterona).
Por otro lado la nueva versión de la norma UNE-EN ISO 15189:2012 introduce la Gestión de Riesgos en el laboratorio en el apartados 4.14.6. El laboratorio debe evaluar el impacto de los procesos de trabajo y de los fallos potenciales sobre los resultados del análisis en la seguridad del paciente y debe modificar y los procesos para reducir o eliminar los riesgos identificados y documentar las decisiones y las acciones tomadas. Se elaborará el mapa de riesgos del laboratorio, desglosando las fases pre-analítica, analítica y post-analítica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actualmente nuestro alcance acreditado consta de las pruebas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Metales, Proteínas, Hemoglobina Glicosilada y Cribado Neonatal. Este alcance está publicado en la página web de ENAC. Se han realizado auditorías internas y externas en las que se ha evaluado todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores propuestos anualmente.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nuestro objetivo principal es conseguir la acreditación por ENAC para las nuevas determinaciones de Inmunoquímica, así como el mantenimiento de la acreditación hasta ahora conseguida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma UNE-EN ISO 15189.
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. Elaboración del mapa de riesgos, evaluación y seguimiento (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. Sesiones de formación para el personal de las secciones implicadas (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
7. Auditoría interna
8. Auditoría externa de ENAC

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado
Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras
Estándar: >85%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
2. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido
Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4ºC y 25ºC
Estándar: <5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria
Estándar: <5%
Análisis: Mensual

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 277

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION (NORMA UNE-EN ISO 15189) DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA. AMPLIACION DE LOS ALCANCES DE INMUNOQUIMICA (INSULINA, PEPTIDO C, GLOBULINA ENLAZANTE DE HORMONAS SEXUALES (SHBG) Y DEHIDROEPIANDROSTERONA(S-DHEA)

Evaluación: Anual
4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas
Criterio: Las muestras de suero / plasma no han de estar hemolizadas
Estándar: <5% (Excepto muestras procedentes del Hospital Infantil y Urgencias)
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
5. Indicador: Gestión de la demanda analítica: Ampliar el número de parámetros con criterios de restricción de repeticiones
Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado
Estándar: 5 – 10 %
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
6. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados
Criterio: La impregnación de los papeles de filtro ha de ser completa y uniforme para su análisis
Estándar: < 1%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
7. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.
Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores o iguales a 3 días en Aragón e inferiores o iguales a 4 días fuera de Aragón
Estándar: = 3-4 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
8. Indicador: Edad a la extracción
Criterio: La edad a la extracción de la primera muestra ha de estar entre el segundo y tercer día de nacimiento
Estándar: Entre 2 y 3 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Fase Analítica:
9. Indicador: Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo)
Criterio: Los resultados de los programas de Intercomparativos han de ser satisfactorios
Estándar: >90%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
10. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos
Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha de presentar incidencias en todo el proceso analítico
Estándar: < 5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Fase Post- analítica:
11. Indicador: Tiempos de respuesta (Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado).
Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado
Estándar: < 5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
12. Indicador: Registro de Comunicación de resultados de alarma
Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma ha de realizarse en menos de 48 horas.
Estándar: >95%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Enero 2015
Fin: Diciembre 2015
Actualización del procedimiento de Inmoquímica de la sección de Hormonas para los nuevos alcances de acreditación: Mayo 2015- Junio 2015
Inclusión de nuevos parámetros susceptibles de restricción de repeticiones: Enero 2015 – Diciembre 2015
Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2015 – Diciembre 2015
Revisión del sistema de calidad: Marzo 2015
Auditoría interna: Junio 2015
Auditoría externa: 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 277

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION (NORMA UNE-EN ISO 15189) DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA. AMPLIACION DE LOS ALCANCES DE INMUNOQUIMICA (INSULINA, PEPTIDO C, GLOBULINA ENLAZANTE DE HORMONAS SEXUALES (SHBG) Y DEHIDROEPIANDROSTERONA(S-DHEA)

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 590

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE ADULTOS

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CHENLO TOUCEDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA. TERAPIA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SANZ SANZ HELENA. PSICOLOGIA CLINICA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PEREZ POZA ALFONSO. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD. TCAE. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES. TRABAJO SOCIAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SEBASTIAN PORROCHE ELENA. ADMINISTRATIVA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las personas con trastorno mental grave presentan con frecuencia sobrepeso y obesidad, así como mayores tasas que la población general de hipertensión arterial, dislipemia, etc. Esto está influenciado por los efectos secundarios del tratamiento psicofarmacológico y por factores relacionados con la propia enfermedad, pero también por los hábitos de vida inadecuados, como la alimentación desequilibrada, el sedentarismo, el manejo del apetito, etc.; de ahí la importancia de lograr estilos de vida saludables.
Desde el servicio de Hospital de Día de Psiquiatría de Adultos hemos identificado que ingresan muchos pacientes con alteraciones en el patrón nutricional, bien sea debido a un trastorno de conducta alimentaria de base, a un problema asociado a su patología mental, o a causa de los efectos secundarios de los psicofármacos, entre otros.
Se observan sobretodo problemas fisiológicos asociados a una incorrecta alimentación, hábitos alimentarios inadecuados por falta de conocimiento de una alimentación equilibrada, diversas desorganizaciones conductuales relacionadas con la alimentación (ideas erróneas de alimentos, mezclas inadecuadas de comidas, etc.), dificultad para manejar el apetito asociado a ansiedad-estrés, y hábitos poco saludables para la organización de alimentos.
Tras la detección de estos problemas y de llevar a cabo el programa del servicio en el que se incluyen actividades y talleres con contenidos sobre el manejo de la alimentación y nutrición, hemos observado que los pacientes al alta muestran una mejoría en este patrón funcional.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Desarrollar habilidades y potenciar conocimientos de autocuidado que favorezcan la autonomía y la rehabilitación de personas con enfermedad mental.
•Valorar si el programa mejora el estado nutricional de los pacientes.
•Estimular el interés de los pacientes en llevar a cabo una dieta saludable.
•Conocer el papel de la alimentación en el proceso de mejora de la salud.
•Que cada paciente sea consciente de las características de su patrón alimentario.
•Adquirir conocimientos de cómo planificar una alimentación saludable en función de un equilibrio dietético, sus necesidades energéticas: estrategias para mejorar los hábitos saludables
•Desarrollar habilidades en la elaboración de menús saludables.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. •Tareas administrativas. Recopilación del material. Recogida de datos al ingreso y valoración del patrón funcional. Elaboración de escalas.
•Reuniones mensuales de equipo.
•TALLER DE PSICOEDUCACIÓN: Nutrición – Alimentación Equilibrada
Profesional responsable: Enfermera de Salud Mental. Apoyo: TCAE de Enfermería
Se realizará los martes durante 2 semanas consecutivas en Psicoeducación de Enfermería.
Actividad grupal dirigida a personas usuarias del Hospital de Día de Psiquiatría en la que se realiza transmisión de información acerca de hábitos de vida saludables en torno a la alimentación. Permite incrementar conocimientos, adquirir estrategias para el manejo de la enfermedad e incrementar el bienestar y calidad de vida.
•TALLER DE AUTONOMÍA PERSONAL
Profesional responsable: Terapeuta Ocupacional. Apoyo: TCAE de Enfermería.
Se realizará los miércoles durante 2 semanas consecutivas en el taller de Autonomía Personal.
Actividad grupal impartida a usuarios del Hospital de Día de Psiquiatría dirigida a fomentar las capacidades de la persona en su autocuidado nutricional en la que se facilitan pautas para lograr hábitos alimentarios saludables.
•OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO DIARIO DE LAS COMIDAS
•POSIBLES ABORDAJES INDIVIDUALIZADOS: Desde Psicología y Trabajo Social.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •El 80% realizará el programa completo.
•Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) en cuanto a las necesidades energéticas. Más del 30% obtendrá un IMC ajustado a sus necesidades en una valoración pre-post en el programa.
•Valoración y recogida de datos del patrón funcional nutrición-alimentación equilibrada. El 50 % mejorará los hábitos de alimentación.
•Escala de evaluación del estado nutricional Mini Nutritional Assessment (MNA). El 50% obtendrá puntuaciones de estado nutricional adecuado en una valoración pre-post en la escala.
•Encuesta de satisfacción y evaluación del programa.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 590

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE ADULTOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en el mes de Mayo 2015, y fin en el mes de Mayo 2016.
MAYO 2015: Trámites administrativos, material, datos pacientes.
JUNIO 2015: Inicio del programa
REUNIONES MENSUALES DE EQUIPO
DICIEMBRE 2015: Entrega del resumen de memoria
MAYO 2016: Recogida de datos. Nuevo proyecto de calidad: Actualización.

11. OBSERVACIONES. Se tendrán en cuenta dificultades con la familia, recursos sociales, movimiento de pacientes.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Alimentación y Nutrición en Salud Mental
OTRA PALABRA CLAVE 2. Educación para la salud. Hospital de Día de Psiquiatría de Adultos
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 601

1. TÍTULO

MEJORA DE RESULTADOS EN SALUD DEL PROCESO ASISTENCIAL FRACTURA DE CADERA OSTEOPOROTICA EN MAYORES DE 75 AÑOS. SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

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.
· NAVARRO GARCIA PALMIRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UVSS
· LALLANA DUPLA JOSE JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. COT

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fractura de cadera es un problema médico importante en los adultos mayores, que conduce a trastornos del equilibrio y la marcha y la pérdida de independencia funcional. La enfermedad aguda y su control inadecuado son en muchos casos los responsables del comienzo de la incapacidad en el anciano o de su agravamiento.Los pacientes evaluados en la Consulta Externa de Geriatría tienen menor probabilidad de experimentar pérdida de capacidad funcional, evita tratamientos indebidos, ingresos hospitalarios e institucionalización.
Este proyecto surge de la necesidad identificada en el Sector ZII, de un adecuado control de los pacientes con fractura de cadera tras alta hospitalaria de la Unidad de Fractura de Cadera del HUMS. Se plantea un control clínico a los 3, 6 y 12 meses tras el alta, dado que existe evidencia científica de que la Consulta Externa de Geriatría ha demostrado ser muy eficaz en el seguimiento clínico de este tipo de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el control de los pacientes con FOC al alta hospitalaria, minimizar deterioro funcional, disminuir incidencia de caídas, asegurar control del dolor, controlar situación nutricional, mejorar el diagnostico/tratamiento de osteoporosis y optimización farmacológica de estos pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Coordinación con profesionales que atienden al paciente con FOC en la Unidad de Fractura de Cadera del HUMS-Geriatra, Traumatólogo. Registro diario de los pacientes con FOC dados de alta hospitalaria y citar a los 3-6-12 meses-Administrativo. Valoración en la Consulta Externa de Geriatría de situación nutricional, presencia de dolor, diagnostico/tratamiento de osteoporosis y realización de optimización farmacológica-Geriatra.Valoración de incidencia de caídas, situación funcional previa al ingreso y actual-Enfermera. Elaboración de informe-Geriatra. Propuesta de mejora según resultados-Geriatra,Enfermera

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes con FOC dados de alta hospitalaria con seguimiento en Consulta Externa de Geriatría, Perdida funcional respecto al I.Barthel previo al ingreso, Media de Nº caídas /año, Porcentaje de pacientes a quienes se les realiza valoración nutricional, Porcentaje de pacientes con tratamiento para la osteoporosis. Media de fármacos suspendidos según criterios STOPP-START por paciente (todos en pacientes con FOC atendidos en la Consulta Externa de Geriatría)
Para obtener y monitorizar los indicadores propuestos se elaborará una hoja de cálculo excell donde se registraran las variables a los 3, 6 y 12 meses

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: junio/15-junio/16
Se iniciará coordinación con profesionales que atienden al paciente con FOC en la Unidad de Fractura de Cadera del HUMS en junio/15 y el resto de actividades en septiembre/15 (citar pacientes con FOC en consulta externa de Geriatria, valoración y elaboración de informe de Geriatría en HP-Doctor de los pacientes). Propuesta de mejora en mayo/15

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con fractura de cadera osteoporotica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 392

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST DE SEGURIDAD EN PACIENTES CRITICOS EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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.
· MARTINEZ NUEZ SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· TORO NUÑEZ MAXIMILIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· COLOMINA CALLEN LORENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ROMERO IÑIGUEZ BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· FLORIA ZUBALEZ YASMINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REANIMACION
· CLAUDIO SOLANO TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La unidad de Reanimación del Hospital Miguel Servet es una unidad de cuidados críticos a cargo del servicio de Anestesiología y Reanimación. Consta de 8 camas donde se atienden a los pacientes en el postoperatorio inmediato, que por sus características médico-quirúrgicas no pueden ser atendidos inmediatamente en la planta de hospitalización.
Esta unidad es dinámica, hay una alta tasa de recambio de pacientes, con constantes ingresos y altas; las cirugías que se atienden son complejas (Mayor y Mayor Plus de la Surgical Risk Scale) y los pacientes tienen importantes comorbilidades (ASA III y IV).
Debido a estas características de nuestro trabajo diario se detectaron errores en la transferencia de información entre el personal de la unidad.
Según la Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations casi el 70% de los incidentes críticos que ponen en riesgo la seguridad del paciente están causados por errores de comunicación.
Por todo esto se va a implementar la realización de un checklist diario donde se repase la información relevante sobre todo paciente ingresado en la unidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la seguridad del paciente ingresado en reanimación. Esta herramienta obliga al receptor de la información a revisar sistemáticamente todos los aspectos del paciente y no sólo los presuntamente importantes.
2. Mejora de la participación, todos los integrantes conocen la información y comentan y aportan opiniones.
3. Mejorar el proceso asistencial y la adecuación de pruebas complementarias, tratamientos, control y seguimiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El método consistirá en la realización de un checklist sistemático diario a "pie de cama" del paciente que realizarán conjuntamente el personal médico (médicos adjuntos de mañana, de guardia y médicos residentes) y enfermera responsable del paciente.
Será en formato escrito y se repasará la información relevante sobre el paciente:
- Alergias o intolerancias farmacológicas.
- Antecedentes médico-quirúrgicos de relevancia.
- Intervención quirúrgica realizada.
- Adecuación del tratamiento tipo en reanimación basado en la cirugía realizada y teniendo en cuenta sus antecedentes médicos.
- Pruebas complementarias solicitadas y/o pendientes.
- Información pendiente al paciente y familiares.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Grado de implantación: se recogerán las listas cumplimentadas y el coordinador las valorará para averiguar el grado de seguimiento del proyecto.
- Grado de mejora de la calidad asistencial: se calculará el porcentaje de los casos en los que se hubiera omitido algún dato importante.
- Grado de adecuación: se revisará el formato a los dos meses del comienzo de la recogida para realizar las modificaciones que sean oportunas según las necesidades que vayan surgiendo y corrigiendo carencias que se puedan objetivar al poner en marcha el proyecto.
- Grado de satisfacción de los profesionales: se realizará una encuesta sobre la satisfacción con el proyecto y oportunidades de mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicialmente el proyecto duraría un año. El calendario sería:
- 1º mes: diseño del checklist.
- 2º mes: impresión del checklist y sesiones clínicas informativas al personal implicado (médicos adjuntos y residentes de reanimación y enfermería de reanimación).
- 3º-12º mes: implantación del checklist y recogida de listas cumplimentadas.
- 5º mes: modificación de ítems del checklist en caso de detectar posibles mejoras del diseño.
- 12º mes: realización de encuesta de satisfacción, valorar implantación y resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad clínica

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 392

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST DE SEGURIDAD EN PACIENTES CRITICOS EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente postquirúrgico crítico

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 657

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS POST-OPERATORIOS EN HISTERCTOMIA LAPAROTOMICA POR PATOLOGIA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL (2ª PLANTA)

2. RESPONSABLE ..... LAURA COTAINA GRACIA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUSTERO ORTIZ ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
· BUENO PROS CECILIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
· TRIGERO NAZARET SANDRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA
· MORENO GOMEZ BLANCA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA
· SANCHEZ SANCHEZ PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ENFERMERA
· MORENO GARCIA VIRGINIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente en nuestro servicio de ginecología el alta a las pacientes intervenidas de histerectomía por vía laparotómica por patología benigna como por ejemplo miomas, hiperplasias… si existe buena evolución postoperatoria se da entre el 5º y 7º día.
Hemos decidido elaborar este plan de mejora en nuestro servicio porque consideramos que el alta precoz en previsión de entre el 4º y 6º día mejoraría:
La satisfacción de la usuaria la cual reiniciaría de forma más temprana sus actividades diarias.
Se reduciría en un día la estancia hospitalaria y el correspondiente gasto sanitario.
Menor incidencia de posibles complicaciones sépticas por infecciones nososcomiales
Mejor adecuación de la analgesia postoperatoria
Disminuiría el estrés post-quirúrgico

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actualmente no se ha iniciado los cambios pertinentes pues requiere su protocolización para que sea llevada a cabo por un equipo multidisciplinar formado por Ginecólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los resultados que se esperan conseguir son:
- Mejora de la satisfacción de la usuaria y sus familiares
- Disminución de complicaciones propias de ingresos hospitalarios como serían disminución de infecciones del tracto urinario, minimización de infecciones nosocomiales...
- Disminución de gastos sanitarios
- Mayor disponibilidad de camas en nuestro servicio,
Siempre sin prejuicio para la correcta recuperación de la paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Nuestro objetivo sería conseguir que estas pacientes histerectomizadas vía laparotómica por patología benigna sean dadas de alta en lugar de a los 5 – 6 días postcirugía sean dadas de alta entre el 4º y 5º días, para ello los cambios que hemos planteado conjuntamente entre ginecólogos y enfermeras han sido los siguientes:

1.Iniciar tolerancia oral de forma precoz. En la actualidad cuando la cirugía se produce en el horario de mañana, la tolerancia no se reinicia hasta casi pasadas 24 horas.
Plan: Lo ideal sería reiniciarla a la 4-6 horas tras anestesia locorregional y a las 8 horas en el caso de una anestesia general.
A su vez si la tolerancia oral es buena retiraríamos fluidoterapia.

2.Favorecer y promover a la paciente la movilización y deambulación precoz a las 24 h post- operatorias. Excepto la paciente fuese portadora de elastómero. En cuyo caso se esperaría a la finalización de este.
A pesar de que por protocolo todas estas pacientes llevas de forma profiláctica heparina de bajo peso molecular, 1 dosis cada 24 h. Si la movilización fuera precoz disminuiría notablemente el riesgo potencial de trombosis venosa profunda así como se podría valorar la posibilidad de retirar el tratamiento con Hibor u otro antitrombotico subcutáneo alrededor del tercer día.

3.Retirada del sondaje vesical a las 24 h post-operatorias si la diuresis es mayor a 30 CC/ hora.
Pensamos que al retirar de forma más precoz la sonda disminuirá el número de infecciones urinarias.

4.Respecto al apósito de la herida quirúrgica, no se retiraría en primer día post- histerectomía salvo que hubiese complicaciones de la misma tales como fiebre o drenaje a través de herida quirúrgica que requiriera la cura de la misma. Y tras el 1ª día se realizaría la cura a días alternos.

5.Al 2º día post-cirugía realizaríamos hemograma, pues existe una perdida hemática inherente a esta intervención y suelen precisar terapia ferropénica. En el caso de que el resultado del hemograma estuviera en valores normales, se procedería a la retirada de la vía periférica pasando la analgesia a vía oral. A su vez también se realiza tira de orina (Coombs) para el despistaje de infecciones del tracto urinario causadas por el sondaje vesical.

6.Exploración y auscultación abdominal diaria para valorar peristaltismo y control de deposición.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 657

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS POST-OPERATORIOS EN HISTERCTOMIA LAPAROTOMICA POR PATOLOGIA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL (2ª PLANTA)

Por lo tanto al alta habremos confirmado que se encuentran en buen estado la herida quirúrgica, una micción correcta, presencia de peristaltismo abdominal y deambulación correcta.

Al alta es importante dar unas correctas instrucciones a la paciente insistiendo en los signos de alarma como son la fiebre y el sangrado para evitar que la paciente acuda a urgencias de maternidad únicamente si se ha producido una complicación postoperatoria.

De esta manera se disminuirán el número de urgencias y tiempo de espera en las mismas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores escogidos para evaluar la consecución de nuestros objetivos son :

1. Proporción de pacientes que se consigue dar de alta entre el cuarto y sexto día post- cirugía y el total de pacientes intervenidas .
2. Número de complicaciones o reingresos detectados en el servicio de urgencias.
3. Grado de satisfacción de las usuarias mediante la cumplimentación de encuestas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se pretende el desarrollo de estas actividades en el segundo semestre del año 2015 y en cuanto lo tengamos desarrollado y organizado lo aplicaremos a nuestra práctica clínica habitual.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 551

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION DE ATENCION EN CONSULTAS DE LA UNIDAD DE ESCLEROSIS MULTIPLE (E.MARIA) COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA: "MEJORA DE LA INFORMACION A FAMILIARES Y PACIENTES CON (E.MARIA)

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN MARTINEZ JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· SERAL MORAL MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· SEBASTIAN TORRES BERTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· SERAL MORAL PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· GARAYOA IRIGOYEN VANESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· SANCHEZ MARIN BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se desarrolló una encuesta de necesidades por dimensiones. Previo al desarrollo de la misma se desarrollaron grupos focales de pacientes y cuidadores en los que se evaluaron los ítems definidos y se plantearon otros si fuera preciso. El trabajo de campo se realizó en dos tiempos con voluntarios de familiares y pacientes afectados por la enfermedad, previa comunicación en la asociación de esclerosis múltiple de Aragón (FADEMA). Un primer encuentro se realizó en el local de FADEMA y otro posterior con diferentes pacientes y familiares en la planta 5ª del Hospital General Miguel Servet. Dadas las características de la enfermedad y los diferentes estadios de la enfermedad se plantearon dos supuestos distintos las necesidades y expectativas al inicio/diagnóstico y en la fase de cronicidad.

Con los datos recogidos se desarrolló una encuesta que nos permitió conocer la satisfacción sobre las expectativas; así definidas, en la atención dada en las consultas específicas de la Unidad (CSUR) de Esclerosis Múltiple del Servicio de Neurología. La encuesta consta de 5 items específicos, 1 item de valoración global que se puntuaban de 1 a 10, otro ítem de recomendación de positiva o no de la unidad y un apartado de sugerencias.

La encuesta se distribuyó durante un corte de 2 días (12-14 de mayo) a los pacientes atendidos en la consulta de la unidad. Se obtuvieron 17 encuestas con los siguientes resultados: Atención Recibida / Organización y trato-9,4+/-0,9, Información enfermedad y tratamiento +/-1, Información otros aspectos y necesidades 8,1+/-2,3, Estructura / Elementos tangibles 9+/-1, Impresión sobre personal/capacitación +/-9,6+/-0,8, Impresión Global 9,4+/-1.

Los resultados dan una puntuación alta en todos los ítems, aunque se apreciaba una puntuación menor en el ítem de información de otros aspectos o necesidades. Hay que tener en cuenta que la mayoría de las encuestas se realizó sobre pacientes con enfermedad establecida y sólo 4 eran pacientes nuevos. Este dato es importante en el resultado dado que ya en los grupos focales se mostró que los pacientes en la fase inicial de la atención demandaban una mejor información sobre aspectos de la enfermedad y su tratamiento , mientras que en la fase de seguimiento o enfermedad establecida la información se dirigía a aspectos de información relacionados con los aspectos o dimensiones 5-7- 10 -12.

De los datos obtenidos se procedió a seleccionar la oportunidad de mejora en función de la factibilidad e impacto de la medida a adoptar, decidiéndose por la mejora del proceso de información y optándose por la actualización y ajuste de la hoja de información de la unidad de acuerdo a las necesidades de los usuarios de la unidad. Entendemos que la información permite una mejor adaptación y es la base de solución racional a los problemas de los pacientes constituyendo el folleto de información el soporte básico adecuado de la misma y de discusión de dudas de los pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Satisfacer las expectativas relacionadas con las necesidades expresadas de los usuarios de la unidad de Esclerosis Múltiple.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se facilitará a los pacientes un documento informativo en el que se explicará a nivel de usuario la patogenia, diagnóstico, tratamiento, pronóstico de su proceso y aspectos relacionados: información y formación sobre autocuidado, información sobre ayudas de aspecto económico y/o ayudas sociales, información ocupacional y de uso del tiempo libre, información sobre ayudas técnicas y adaptaciones, grupos y redes de apoyo

Los responsables de la confección de la hoja informativa, su difusión y posterior evaluación de los resultados serán todos aquellos colaboradores del proyecto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará la encuesta de satisfacción a los 6 meses de la aportación del documento de información, a los pacientes y se evaluarán los resultados de mejora sobre el objetivo primario y repercusión global de la apreciación de los pacientes y familiares atendidos en la nuestra unidad.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 551

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION DE ATENCION EN CONSULTAS DE LA UNIDAD DE ESCLEROSIS MULTIPLE (E.MARIA) COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA: "MEJORA DE LA INFORMACION A FAMILIARES Y PACIENTES CON (E.MARIA)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Realización del documento informativo: 01/06/2015-30/08/2015
Difusión del documento y encuesta de satisfacción:
01/09/2015-28/02/2016
Análisis de resultados y propuestas de mejora:
01/03/2016-31/04/2016

11. OBSERVACIONES. El documento se renovará con perioricidad anual para adaptarse a las nuevas evidencias disponibles acerca de la enfermedad.
En caso de necesidad de financiación, está podrá realizarse a través de Fondos del Grupo Consolidado de Investigación en Ciencias Biomédicas "Investigación en Ciencias Neurológicas" (ref. B60).11. ENFOQUE PRINCIPAL.
Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. a todos aquellos con esclerosis múltiple con independencia de su edad
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes con esclerosis múltiple

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 346

1. TÍTULO

GESTION DEL RIESGO MEDIANTE EL REGISTRO Y ANALISIS DEL SISTEMA DE NOTIFICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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.
· MARTINEZ HERRAEZ MARIA ROSARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MUNUERA BARAHONA MARIA CONSUELO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GARCES HORNA SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MARCOS IÑIGUEZ ALMUDENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PES LAGUNA MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· CORTES GRACIA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2009, en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, se llevó a cabo la implantación de un Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos (EA) en todas las áreas del Servicio, ya que previamente existía uno que estaba limitado a las salas de observación.
Para ello se rediseñó el formulario existente con el fin de adaptarlo a todas las áreas del servicio y se colocaron buzones para la recogida de las notificaciones.
Gracias a este método para la identificación de puntos débiles de nuestro servicio se procedió al análisis de las notificaciones registradas con mayor frecuencia. Hasta la fecha cabe destacar la detección de dos eventos centinela y varios EA que no han vuelto a suceder tras las medidas de mejora implantadas.
La creación de un Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos demuestra la utilidad en la mejora de la seguridad de los pacientes, ya que minimiza el riesgo de aparición de incidentes y EA, priorizando las acciones de mejora sobre aquellos que supongan un daño importante en nuestros pacientes.
Con el objetivo de garantizar la seguridad de los pacientes atendidos en nuestro servicio y fomentar la Cultura de Seguridad, seguimos trabajando desde la Comisión de Calidad del servicio de Urgencias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Minimizar el riesgo de reaparición de incidentes o EA registrados y analizados por el sistema de notificación de nuestro servicio, mediante la implementación de planes de mejora.
Aumentar el número de notificaciones de incidentes y EA por parte de los profesionales de nuestro servicio.
Crear un feed-back mediante la comunicación de resultados e información sobre las medidas correctoras al personal del servicio, con el fin de crear cultura de seguridad, fomentando la participación e implicación de los profesionales, de manera que progresivamente aumente el número de notificaciones, que nos facilitará la detección de los puntos débiles de nuestro sistema, así como la posibilidad de evitarlos mediante nuevos planes de mejora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar, incentivar la notificación de incidentes y EA por parte de los trabajadores del servicio mediante misivas recordatorias vía correo electrónico. En los últimos meses hemos detectado un progresivo menor número de notificaciones, y anteriormente ya habíamos constatado picos de notificaciones tras impartir charlas recordatorias al respecto al personal del servicio.
Se revisarán los buzones cada 15 días con el fin de detectar posibles eventos centinela, y se registrarán en una base de datos creada a tal efecto. Con perioricidad cuatrimestral se expondrán los resultados y análisis de los mismos a la Comisión de Calidad del Servicio de Urgencias, así como las propuestas de mejora ideadas en función de dichos resultados.
Después de tratar todo lo anterior en la Comisión de Calidad del servicio y definir de forma consensuada las medidas de mejora a implementar, se difundirán tanto los resultados como los planes de mejora al resto del servicio.
En cuanto a los responsables de cada tarea, las doctoras Pilar Cuadra Giménez, Mª Consuelo Munuera Barahona y Mª Rosario Martínez Herráez se encargarán de forma rotatoria de la recogida y análisis de las notificaciones, siendo las únicas personas con acceso a los buzones donde se recogen los formularios de notificación. La doctora Ana Cristina Cabistany Esqué se encargará de incentivar la notificación de incidentes y EA a los facultativos, como persona externa a la Comisión de Calidad del servicio.
Las enfermeras Almudena Marcos Iñiguez, Silvia Garcés Horna, Mª Angeles Cortés Gracia y Mª Mar Pes Laguna (las dos últimas Supervisoras de Enfermería del Servicio de Urgencias) se encargarán de incentivar la notificación por parte de enfermería y auxiliares de enfermería.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Comunicación de resultados cuatrimestralmente a la Comisión de Calidad.
Grado de cumplimiento: 100%

- Comunicación de resultados al servicio cuatrimestralmente.
Grado de cumplimiento: 100%

- Análisis inmediato de eventos centinela detectados.
Grado de cumplimiento: 100%

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 346

1. TÍTULO

GESTION DEL RIESGO MEDIANTE EL REGISTRO Y ANALISIS DEL SISTEMA DE NOTIFICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Aumento del número de notificaciones.
Aumento de un 10% respecto a datos previos

Indicadores de resultado:

- Reaparición de eventos centinela tras implementación de planes de mejora.
Objetivo: 0 eventos centinela

- Reaparición de EA graves tras implementación de planes de mejora
Objetivo: 0 EA graves

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: el 1 de junio de 2015.
- Primera etapa: 1 de junio a 30 de septiembre de 2015.
- Segunda etapa: 1 de octubre de 2015 a 31 de enero de 2016.
- Tercera etapa: 1 de febrero a 31 de mayo de 2016.
Durante el primer mes de cada etapa se tratarán en la Comisión de Calidad del Servicio de Urgencias los resultados obtenidos en la etapa anterior, definiendo las medidas de mejora a implementar en caso necesario. Posteriormente se difundirá al resto del servicio, poniendo énfasis en la importancia de la notificación de incidentes y EA para la mejora en la seguridad del paciente, minimizando el riesgo de aparición de los mismos.
Fin: 31 de mayo de 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 012

1. TÍTULO

TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES OBESOS CON BAJA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES

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.
· SAGARRA NOVELLON DIANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MILAGRO JIMENEZ MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· FERRER LOZANO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La obesidad es actualmente una pandemia en los países desarrollados, llegando a alcanzar tasas de entre el 20-30% de la población pediátrica, según distintos estudios. El tratamiento individual de los pacientes es decepcionante en la mayoría de los casos con mala adherencia a las recomendaciones y cambios de vida que se proporcionan. El desarrollo de enfermedades cardiovasculares y otros problemas de salud, secundarios a la obesidad, suponen un gasto económico muy importante en las partidas presupuestarias de las Comunidades Autónomas, por lo que la prevención de su desarrollo e intentar revertir la situación debe ser una prioridad para todos los Pediatras y en general para la Sociedad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - El objetivo principal es conseguir modificar el estilo de vida en cuanto a alimentaión y ejercicio físico de pacientes afectos de obesidad y de sus familiares.
- Como objetivos secundarios, se pretende conseguir una disminución del peso y del Índice de masa corporal, como parámetros antropométricos, y una mejoría del estado anímico de los pacientes y sus familiares.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se trata de la realización de 2-3 grupos de unos 8-10 pacientes junto con sus familiares, a los que se les ofertará acudir al Hospital en horario de tarde, a la salida del Colegio, de forma semanal durante 4 meses para la realización de seiones teórico-prácticas de 1 hora de duración. Los procedimientos que se van a llevar a cabo serán:
- Selección de los pacientes del listado de la base de datos de Endocrinología Pediátrica (A. de Arriba).
- Llamada a los pacientes con explicación de la terapia y selección de los mismos (D. Sagarra).
- Entrevista inicial con el grupo y explicación del proceso (A. de Arriba, M. Ferrer, JI Labarta)
- Toma de medidas corporales (peso, talla, IMC, perímetros, pliegues grasos, impedanciometría (D. Sagarra, ME Milagro).
- Realización de sesiones teórico-prácticas de 1 hora de duración abordando en cada sesión un tema distinto y con relización de sesiones de ejercicio físico en grupo (D. Sagarra, ME Milagro, A de Arrriba).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Adherencia de los pacientes y sus familias a la terapia (nº pacientes y familiares que acuden a la semanalmente/nº pacientes y familiares que inician la terapia).
- Mejoría de los parámetros auxológicos durante el seguimiento: variación de peso, IMC, perímetro abdominal, pliegues grasos y marcadores de impedanciometría desde el inicio, el seguimiento y al final de la terapia.
- Mejoría del estado anímico de los pacientes y familiares mediante esncuesta de calidad de vida pasado previo al inicio de la terapia y al finalizarla.
- Grado de satisfacción de pacientes y familiares respecto a la terapia grupal, mediante encuesta de satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Julio-agosto 2015: selección de pacientes y llamadas telefónicas a las familias para explicación del proyecto.
- Septiembre-diciembre 2015:sesiones semanales de terapia grupal con 2-3 grupos de entre 8-10 pacientes.
- Enero 2016: evaluación de los resultados obtenidos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Obesos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 495

1. TÍTULO

METODOLOGIA DE FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE TRAUMATOLOGIA, SOBRE IMPLEMENTACION DE LA DIETA HIPERPROTEICA DE FACIL MASTICACION PARA PACIENTES INGRESADOS EN EL HUMS, INCLUIDOS EN EL PROCESO DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES DE TORRES AURED
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. U.DIETETICA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OTIN BENEDI DAVID. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA-6ARIA
· PERDICES BUJ SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA-6ARIA
· CAMIN GOMEZ ANA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA-7ARIA
· IBARRA SIERRA CONSUELO. TCAE. H MIGUEL SERVET. U. DIETETICA Y NUTRICION
· TENA HERRERO JUANA. TCAE. H MIGUEL SERVET. U. DIETETICA Y NUTRICION
· LAGUNA HERNANDEZ MARIA PILAR. TCAE. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA-6ARIA
· PEIRO ESCOSA MARTA. TCAE. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA-6ARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cuando se protocolizó el Proceso de Cadera, de manera que se incluyeran todas las actividades que ello conlleva, se observó que los índices de desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) durante el periodo de ingreso, aumentaban en relación con otras patologías. Para disminuir la prevalencia de la DRE la responsable de la UDyN ha implementado una dieta hiperproteica y de fácil masticación, como coadyuvante imprescindible para mejorar el estado nutricional, evitando deterioro cognitivo y rechazo de la prótesis.
Al ser una dieta novedosa, se ha diseñado con unas características concretas que el paciente debe conocer y en las que se le debe adiestrar para evitar rechazo. Se ha codificado dentro del Código de Dietas del HUMS con el nº 24.
En las pruebas piloto que se han hecho, se ha constatado que el paciente aprecia mejor la dieta cuando recibe información y formación de cuáles son las características de los platos del menú y que los suplementos culinarios no sean rechazados. Entiende para qué sirve todo el conjunto, esmeradamente elaborado. Por el contrario, si al paciente le entra la bandeja en la habitación sin un adiestramiento previo del conjunto, en la evaluación del desbarasado, se observan que algunos de los complemento como son las tortillas de clara o el doble yogur, no han sido ingeridos, con el peligro de desnutrición que eso acarrea, unido al desequilibrio de coste-efectividad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera que al ingreso en planta el paciente haya recibido información sobre el tipo de menú que va a recibir y la importancia de su ingesta, para cubrir sus requerimientos proteicos, como parte fundamental de la buena evolución del Proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Objetivo primero es la formación de enfermeras de las unidades implicadas, para que sepan informar a los pacientes y cuidadores, de las características de la dieta y la importancia de la ingesta total.
2-Objetivo segundo es que las TCAE controlen los restos de la bandeja al sacarla de la habitación e informen a la enfermera de cuánto y cómo han comido.
Para la formación se utilizará el método de taller corto, en dos versiones:
A) De rol playing, para que las enfermeras estén adiestradas en cómo deben explicar al paciente las características e importancia de la dieta.
B) Para el control de ingesta, visualización de residuos de bandejas con plantilla diseñada al efecto, según el método Comstock. 702
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 las que continúen con el objetivo 1 y las TCAE con el 2.
3- Consejos al alta para el seguimiento de la dieta: Impreso de sugerencias de menús (también colgados en la intranet) y/o entregados como continuidad de Cuidados, en caso de pacientes institucionalizados.
C) Los menús de esta dieta, están elaborados por la coordinadora del proyecto y validados por la Comisión del HUMS y su Comisión de Cuidados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El indicador a medir es el control de restos en las bandejas de Comida, Merienda y Cena, ya que con el desayuno nunca hay problemas.
Evaluación: Las TCAE marca en la plantilla la visualización de restos y la enfermera de la tarde, puntúa los resultados del día, para corregir desviaciones de ingesta al día siguiente.
Seguimiento: La coordinadora del grupo evalúa mensualmente los datos reflejados en las gráficas del desbarasado, para ir mejorando la formación en caso de desvíos de resultados.
Mensualmente, la coordinadora tendrá sesiones de trabajo con el grupo, comprobando el adiestramiento de información y evitar pérdidas en el devenir la actividad. Asimismo el grupo evaluará las coincidencias de los resultados obtenidos, con los resultados esperados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Diseño plantilla Comstock, comienza con la entrega del proyecto.
A continuación la coordinadora imparte los talleres al equipo y paulatinamente ellos a sus compañeros.
Tras el primer mes de control, se comienza el seguimiento y evaluación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 495

1. TÍTULO

METODOLOGIA DE FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE TRAUMATOLOGIA, SOBRE IMPLEMENTACION DE LA DIETA HIPERPROTEICA DE FACIL MASTICACION PARA PACIENTES INGRESADOS EN EL HUMS, INCLUIDOS EN EL PROCESO DE CADERA

La fecha de entrega de primeros resultados, se fija en seis meses. Después de otros seis meses, se cotejan los resultados previstos con los resultados obtenidos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 271

1. TÍTULO

CREAR UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CIRUGIA ONCOLOGICA AMBULATORIA 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
· MONCLUS FUERTES ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· GOMEZ-ESCOLAR LARRAÑAGA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· PEREZ MONFORTE LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· TOMEY MONTESINOS MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS. MIR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Cirugía Plástica es el único servicio de esta especialidad existente en el SALUD, por este motivo multitud de pacientes deben trasladarse desde sus poblaciones de origen hasta Zaragoza para ser valorados en consulta y programados para intervención.
La mayoría de estos pacientes son de edad avanzada y presentan tumores malignos de la piel susceptibles de tratamiento ambulatorio, por lo que suelen ser remitidos desde dermatología y al finalizar el tratamiento son de nuevo derivados a dermatología para su control posterior. Esta situación genera gran alarma para los pacientes y familiares que demandan una actuación rápida. Además en los pacientes residentes fuera de Zaragoza los desplazamientos representan un grave trastorno ya que en ocasiones superan los 100 Kms, esto supone un importante gasto de recursos en trasporte y en absentismo laboral para sus acompañantes.
En el momento actual, los pacientes son valorados en una primera visita y se programan para cirugía menor, posteriormente son intervenidos en sala blanca de forma ambulatoria, en otra visita se retiran puntos y se valoran complicaciones y finalmente trascurrido un mes se citan para informar del resultado de la biopsia y derivación de nuevo al especialista de origen. Este sistema conlleva un índice de primeras consultas/sucesivas de 1/3 y una duplicidad entre la última consulta de cirugía plástica para informar del resultado de la biopsia y la siguiente consulta de dermatología donde el paciente lleva el resultado y se continúan los controles periódicos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Optimizar la atención de los pacientes con lesiones cutáneas malignas susceptibles de tratamiento ambulatorio.

Disminuir el número de visitas a la consulta de cirugía plástica por los pacientes con lesiones cutáneas malignas susceptibles de tratamiento ambulatorio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los objetivos se obtendrían agrupando visitas y derivando procedimientos de la siguiente forma:
Primera visita para valoración e intervención quirúrgica
Control postoperatorio en su centro de salud
Control final por dermatología, notificando directamente el resultado de la biopsia al especialista. De esta forma, se elimina una visita exclusiva para entregar los resultados, evitando una duplicidad en la asistencia médica entre cirugía plástica y dermatología.
Esto conllevaría una asistencia más rápida del paciente y una disminución de las consultas sucesivas.

Actividades:
Crear un grupo interdisciplinar entre cirujanos plásticos y enfermería de consulta. 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: Laura Pérez Monforte, María Tomey Montesinos y Alvaro Bernal Martínez
Seleccionar los pacientes con tumoraciones cutáneas susceptibles de ser tratados ambulatoriamente. Se seleccionarán a partir de las nuevas peticiones de valoración remitidas por dermatología y se basarán inicialmente en la descripción de la lesión (tamaño y localización) obtenida del volante derivador 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, en este caso se citará para informar del resultado a la consulta de su médico derivador (dato obtenido del volante de derivación). Responsables: Lucia Gómez Escolar y Enrique Monclús Fuertes y Alvaro Bernal Martínez
Control en consulta de la recepción y análisis del resultado de la biopsia para valorar si precisa algún tratamiento añadido, en este caso se citará telefónicamente al paciente a la consulta de cirugía plástica para completarlo. En caso contrario se notificará el resultado a su médico derivador por correo y se confirmará su recepción por teléfono. Responsables: Julio Delgado Martínez, Lucía Gómez Escolar, Enrique Monclus, Laura Pérez Monforte y María Tomey Montesinos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 271

1. TÍTULO

CREAR UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CIRUGIA ONCOLOGICA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indice de beneficiados de la consultad e alta resolución
(a/b)x100:
a= nº de pacientes citados a la consulta de alta resolución
b= nº de pacientes con criterios para ser atendidos en la consulta de alta resolución
Objetivo>90%

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%

Consultas sucesivas tras la consulta/cirugía de alta resolución.
(a/b):
a= nº total de consultas sucesivas
b= nº de pacientes intervenidos en la consulta de alta resolución
Objetivo <1,25

La evaluación se realizará con los datos incluidos en la hoja de datos en diciembre de 2015 y junio de 2016.
Responsable: Julio Delgado Martínez Y Alvaro Bernal Martínez

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: junio de 2015 Fin: junio de 2016
Calendario:
Formar un grupo interdisciplinar mayo 2015
Crear hoja de datos mayo 2015
Inicio de la consulta de alta resolución junio 2015
Quirófano de alta resolución de junio2015 a junio 2016
Evaluación de los indicadores diciembre 2015 y junio2016
Propuesta de mejora final en junio 2016 y en diciembre 2015 si se detecta algún fallo de proceso.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. adultos y ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 578

1. TÍTULO

SEGURIDAD CLINICA Y EFICIENCIA EN EL CATETERISMO CARDIACO AMBULATORIO. CREACION DE UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE EVALUACION PRECATETERISMO

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO DIARTE DE MIGUEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTAS NADAL CHARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· SANCHEZ-RUBIO LEZCANO JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ESTEBAN LORENTE DELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· GALACHE OSUNA JOSE GABRIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CUADRON FERRER MARIA GLORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· SANCHEZ INSA ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Un 20-25% de los cateterismos cardíacos diagnósticos y/o terapéuticos se practican de forma ambulante. La mediana de espera desde la solicitud hasta su realización se sitúa por encima de los 60 días en la actualidad. Este plazo de tiempo es suficiente para que se produzcan cambios significativos en la situación clínica y/o en el tratamiento del paciente no reflejados en la solicitud inicial, información por lo demás limitada por el formato de sooicitud, que pueden influir en la eficiencia del proceso y del sistema (por suspensión del mismo el día del ingreso) o resultar en consecuencias negativas para la seguridad del paciente. Existen además problemas específicos que solo pueden ser manejados mediante contacto directo con el paciente, como el manejo de la anticoagulación oral periprocedimiento, la evaluación de la puerta de acceso vascular, etc. cuya identificación precoz es extremadamente útil. Todo ello hace recomendable la creación de un consulta de evaluación y preparación precateterismo en semejanza a la consulta de evaluación anestésica prequirúrgica en la que estos problemas sean identificados y adecuadamente tratados. Además resulta una oportunidad idónea para responder a las dudas del paciente y su familia, así como identificar casos que puedan no ser candidatos adecuados a cateterismo ambulante, requiriendo ingreso, o incluso que lleven a la suspensión transitoria o definitiva del cateterismo por riesgo desproporcionado para el beneficio obtenible o ser considerado un esfuerzo diagnóstico o terapéutico inútil.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creación de una Consulta de Evaluación del Cateterismo Ambulante (CECA) donde una semana antes de la fecha establecida para el procedimiento el paciente sea evaluado por un hemodinamista, se le realice un electrocardiograma y analítica sanguínea básica, reevaluando su situación y se confirme/modifique el proceso a seguir, estableciendo el plan de cuidados pre y postcateterismo adecuado garantizando la seguridad del paciente y evitando la no infrecuente necesidad de suspender la realización del procedimiento por dicho motivo, lo quer reduce la eficiencia del sistema y genera una reducción en el número de cateterismo ambulantes relizados, aumentando la lista de espera y la demora media.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Obtención de los recursos estructurales necesarios como un espacio de consulta, camilla de exploración, acceso a intranet e historia clínica electrónica, aparato de electrocardiografía, esfigmomanómetro/pulsioxímetro, báscula/tallímetro, kit de extracción de muestras sanguíneas;
2. Establecimiento del horario de consulta (preferentemente de 8:30 a 10:30 a.m.), calendario y número máximo de pacientes a revisar cada día de consulta;
3. Establecer un turno rotatorio del personal de hemodinámica (médico/enfermera) para la asisetencia de la consulta;
4. Determinación de las actividades asistenciales a realizar para cada paciente y cumplimentación de los formularios de cuidados pericateterismo generales y específicos siguiendo los protocolos de la Sección de Hemodinámica;
5. Creación de una hoja de instrucciones al paciente para su cumplimentación domiciliaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación semestral
1.- Tasa de pacientes que presentan modificaciones substanciales de su situación clínica o tratamiento respecto al momento de la indicación;
2.- Tasa de pacientes en los que se realiza “switch”del modo ambulante a modo con ingreso hospitalario para realizar cateterismo;
3.- Tasa de pacientes en los que se suspende el procedimiento de forma transitoria o permanente tras reanalizar su situación;
4.- Tasa de cateterismo suspendidos el día de su realización tras el paso por la CECA o en los que se identifican dificultades de manejo que lleven a la demora en su realización

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración estimada 6 meses. Calendario propuesto:
Meses 1-2: Obtención de los recursos estructurales precisos y creación de la hoja de cuidados domiciliarios y sistema de citación
Meses 3-5: Inicio de la actividad. Depuración del sistema
Mes 6: Procedimiento establecido. Comienzo del registro estadístico.
Mes 9: Análisis intermedio de resultados. Corrección de disfunciones.
Mes 12: Análisis de resultados

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 578

1. TÍTULO

SEGURIDAD CLINICA Y EFICIENCIA EN EL CATETERISMO CARDIACO AMBULATORIO. CREACION DE UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE EVALUACION PRECATETERISMO

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 767

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL NIÑO GRAVE O EN PARADA CARDIORESPIRATORIA EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA MERCEDES DOMINGUEZ CAJAL
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELTRAN GARCIA SARA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· MADURGA REVILLA PAULA. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRIA
· CAMPOS CALLEJA CARMEN. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS PEDIATRIA
· GARCIA JIMENEZ MARIA CONCEPCION. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. LACTANTES
· TEJERO SANCHO SONIA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El conocimiento de las técnicas de soporte vital genera un beneficio indiscutible al mejorar el pronóstico de supervivencia en cualquier caso de parada cardiorrespiratoria (PCR), siempre y cuando las medidas de soporte vital básico se inicien en los primeros minutos del PCR. Las técnicas de RCP están en continua revisión, con la sucesiva aparición de nuevas recomendaciones internacionales, y estos conocimientos prácticos precisan adecuación y reciclaje frecuente. Todos los profesionales sanitarios que están cerca de pacientes, precisan del conocimiento de estas técnicas a través de su "continuum" formativo. Es preciso concienciar y capacitar al profesional para que adquiera de forma eficiente y uniforme los conocimientos, aptitudes y habilidades precisas para realizar maniobras de RCP así como el entrenamiento del trabajo en equipo ante estas situaciones inusuales en la práctica diaria.
La parada cardiorrespiratoria es poco frecuente en Pediatría pero es necesario conocer las maniobras de reanimación cuando se presenta, así como las posibles maniobras y acciones que se realizarán para su prevención ante un niño grave. La RCP básica es el conjunto de maniobras que permiten identificar la situación de PCR, realizar una sustitución de la función circulatoria y respiratoria sin ningún material y alertar a los sistemas de emergencias. Puede ser realizada por cualquier persona entrenada en RCP básica (no es preciso ser sanitario) y en cualquier lugar. El objetivo es aportar una oxigenación de emergencia hasta que la parada pueda ser tratada definitivamente, y por ello es necesario comenzarla lo antes posible ya que el pronóstico depende, en parte, de la eficacia de estas medidas iniciales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar el entrenamiento de los profesionales del CS Valdespartera así como minimizar los posibles errores en esta atención.
- Mejorar las habilidades técnicas.
- Conseguir mejorar la comunicación entre los miembros del equipo durante un episodio estresante como es la reanimación de un paciente pediátrico.
- Reducir la variabilidad de actuación mediante la aplicación de los protocolos según las recomendaciones internacionales vigentes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará un programa de formación para el personal del CS Valdespartera, durante la jornada laboral, que constara de talleres teóricos-prácticos. El objetivo será llegar al máximo número de profesionales. Los responsables de la docencia serán pediatras instructores de RCP Pediátrica. Se realizarán simulaciones de las distintas situaciones clínicas en que nos podemos encontrar con análisis y debate posterior sobre lo realizado.
Se elaborará una hoja de registro en la que consten los integrantes de cada simulación, las posibles incidencias y la evaluación por parte de los asistentes. Se elaborará para ello una encuesta de opinión para los participantes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de profesionales de la unidad que han realizado el programa.
Satisfacción de los distintos profesionales que hayan participado, a través de encuesta.
Ambos indicadores se estudiarán mediante la revisión de las hojas de registro.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante 2015 se impartirán las clases teóricas y posteriormente las simulaciones y evaluaciones.

junio-octubre 2015:
- Cronograma de los diferentes talleres teórico-prácticos para el personal del centro
- Diseño de Hoja registro de simulacros

octubre 2015- febrero 2016:
- Puesta en marcha de talleres teórico-prácticos
- Elaboración de Encuesta satisfacción

febrero 2016- marzo 2016:
- Resultados de encuesta
- Evaluación de los indicadores

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 767

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL NIÑO GRAVE O EN PARADA CARDIORESPIRATORIA EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad Asistencial

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. NIÑOS 0-14 años y Profesionales que los asisten.
·SEXO.
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 133

1. TÍTULO

MEJORIA DE LA TRANSMISION DE LA INFORMACION CIENTIFICA DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... LUIS ESCOSA ROYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO CEBOLLERO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MORENO ESTEBAN EVA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SESIONES CIENTIFICAS NO COORDINADAS, SIN UNA ESTRUCTURA DOCENTE, SIN EXISTIR ADECUADA INTERACCION COLABORATIVA DE LAS DISTINTAS SECCIONES Y UNIDADES FUNCIONALES DEL SERVICIO. INADECUADA TRANSMISION DEL CONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS, PROTOCOLOS,TECNICAS Y LINEAS DE INVESTIGACION DE LAS DISTINTAS SECCIONES
FALTA DE COORDINACION DE LA DOCENCIA A ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. FOMENTAR EL CONOCIMIENTO COMPARTIDO DE LOS PROCESOS, PROTOCOLOS Y TECNICAS DE LAS DISTINTAS SECCIONES
MEJORAR LAS SESIONES CIENTIFICAS, ORDENANDO SUS CONTENIDOS E INTERRELACIONANDO LAS DISTINTAS SECCIONES DEL SERVICIO
MEJORAR LA COORDINACION DE LA DOCENCIA PREGRADO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. NOMBRAR UN RESPONSABLE DE CADA AREA DEL SERVICIO PARA JUNTO CON EL COORDINADOR ORDENAR LOS CONTENIDOS DE LAS SESIONES CIENTIFICAS

A TRAVES DEL COORDINADOR Y DEL RESPONSABLE DE CADA AREA SE MANTENDRA INFORMADO AL SERVICIO Y SE COORDINARAN LAS ACTIVIDADES CIENTIFICAS E INVESTIGADORAS QUE SE REALICEN

HACER PARTICIPES A LOS ESTUDIANTES EN LAS SESIONES CIENTIFICAS DEL SERVICIO Y EN SU FORMACION DE ACUERDO CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA FACULTAD DE MEDICINA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. EL NUMERO DE SESIONES CIENTIFICAS REALIZADAS.

LA TEMATICA DE LAS SESIONES Y SU ADECUACION A LAS NECESIDADES FORMATIVAS DEL SERVICIO, DE ACUERDO A VALORACION POR EL COORDINADOR Y LOS RESPONSABLES DE CADA AREA

CUANTIFICAR LOS PROTOCOLOS, TECNICAS NOVEDOSAS E INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO

RESPECTO A LA DOCENCIA PREGRADO SEGUN EL BAREMO ESTABLECIDO POR LA FACULTAD DE MEDICINA CUANTIFICAR LA ADE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA INICIO: 15 SEPTIEMBRE 2015
FECHA FINALIZACIÓN: 15 SEPTIEMBRE 2016
DURACION: 1 AÑO

INICIO Y PLANIFICACION EN SEPTIEMBRE 2015
DESARROLLO CON REUNIONES TRIMESTRALES PARA VALORACION DE ADECUACION DE LOS OBJETIVOS
SEPTIEMBRE 2016: CUANTIFICACION DE RESULTADOS, INDICADORES

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 292

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

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.
· FONDEVILLA 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
· ARTUS URIZ BEGOÑA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PALACIOS MIGUEL YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La contaminación del material sanitario de uso frecuente, como los fonendoscopios, puede convertirse en fuente de agentes patógenos.
La experiencia indica que hay una gran diferencia en la práctica de desinfección de fonendoscopios entre los profesionales de la Salud. La existencia de gérmenes patógenos en cualquier fonendoscopio es un vector de transmisión de enfermedades a los pacientes, por lo que una reducción de la presencia de estos en dicho instrumento supondría un beneficio tanto clínico como económico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Influir en el personal sanitario para mejorar los hábitos y la frecuencia de limpieza de los fonendoscopios demostrando como la tasa de contaminación se reduce con una correcta limpieza de los mismos
Identificar la presencia de gérmenes patógenos en los fonendos.
Evaluar por medio de un cuestionario estructurado los conocimientos, actitudes y prácticas de desinfección de los fonendoscopios del personal sanitario.
Determinar la relación existente entre la frecuencia de limpieza de los fonendoscopios y la contaminación de los mismos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará entre el personal sanitario de los servicios de Medicina Interna, Neumología, Digestivo, Cardiología, Neurología y UCI durante los años 2015-2016.
En primer lugar se contactará con los servicios implicados en el estudio
Al llegar al servicio se contactará con el personal sanitario y se les preguntará si quieren participar en nuestro estudio. Si su respuesta es afirmativa se les entregará un formulario anónimo a la vez que se recoge una muestra de su fonendoscopio. Este formulario anónimo recoge la edad, sexo, categoría profesional, antigüedad en el puesto, frecuencia de limpieza del fonendoscopio, método de limpieza usado y lugar donde se guarda el fonendoscopio durante y después del trabajo
Se tomarán muestras del diafragma de cada fonendoscopio, siguiendo las normas de recogida y con el material y técnicas microbiológicas estándar que se realizan en el laboratorio de Microbiología del HUMS, y se incubarán en medio de cultivo según normas del Laboratorio.
En una segunda fase se analizarán los resultados de los cultivos obtenidos en el laboratorio de Microbiología para ver el porcentaje de fonendoscopios con crecimiento de microorganismos patógenos
En una tercera fase los resultados obtenidos se darán a conocer al personal sanitario de los servicios implicados en el estudio y se prevé realizar una campaña informativa para concienciar al personal sanitario de la importancia de la desinfección de los fonendoscopios.
Posteriormente a esta campaña, se tomarán nuevas muestras, se pasará de nuevo la encuesta para evaluar la eficacia de las medidas adoptadas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de fonendoscopios contaminados con agentes patógenos.
[Número de fonendoscopios contaminados con gérmenes patógenos / Número total de fonendoscopios analizados] x 100.
2. 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 / Número total de sanitarios encuestados] x 100.
Tras esta primera fase del estudio se realizará una campaña informativa para concienciar al personal sanitario acerca de los hábitos de limpieza del fonendoscopio, y se volverán a tomar muestras y a obtener información estadística, recalculando los indicadores enumerados anteriormente y evaluando si después de la campaña se ha producido una mejora en los hábitos de limpieza del fonendoscopio por parte del personal sanitario.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fase 1: Evaluación situación inicial.
De 1 de febrero a de 2015 a 30 Junio de 2015. En esta fase, como ya se ha descrito anteriormente, se lleva a cabo una toma de contacto con los servicios implicados en el estudio y se procede a la recogida de muestras de los fonendoscopios del personal sanitario.

Fase 2: Análisis de datos.
La segunda fase, en la cual se realizará un estudio estadístico y se analizarán los resultados obtenidos tendrá

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 292

1. TÍTULO

MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

lugar entre septiembre y octubre de 2015.

Fase 3: iniciativas de formación para mejorar el cumplimiento
En el periodo comprendido entre noviembre, diciembre de 2015 y enero 2016 se prepararan las estrategias informativas y de concienciación para llevar a cabo en los servicios implicados.
Durante febrero 2016 se comunicará a los servicios que han participado en el estudio los resultados obtenidos, se realizarán charlas informativas, pósters, etc.

Fase 4: Reevaluación
Desde el mes de marzo a noviembre de 2016 se realizarán nuevas tomas de muestras de fonendos. 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

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 561

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE EVALUACION Y MANEJO DE LA UROLITIASIS A NIVEL DE UN HOSPITAL TERCIARIO

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO FANTOVA ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO FRAGO PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· MARTINEZ BENGOECHEA JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· TEJERO SANCHEZ ARLANZA. MIR. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· SANCHO LOPEZ CARLOTA. MIR. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· CABAÑUZ PLO TERESA. MIR. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· MUÑOZ RIVERO MARTA VIRIDIANA. MIR. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La litiasis urinaria constituye un importante problema sanitario en relación con su alta prevalencia (4 %) e incidencia (0,3 %) en la población general en España. La posibilidad de recidiva en los 10 años siguientes al primer episodio, puede alcanzar cifras del 50 %.
En torno al 80 % de los pacientes presentan alteraciones metabólicas identificables, pudiendo actuar sobre ellas, para disminuir su recurrencia.
Constituye la tercera enfermedad más común de las vías urinarias, tras las infecciones y la patología prostática.
Con este protocolo pretendemos definir la forma de evaluación más adecuada de dichos pacientes y la selección para un estudio extensivo de aquellos pacientes de alto riesgo de desarrollo de litiasis recurrente.
La revisión de las pautas de evaluación e indicaciones en urolitiasis tienen interés debido a su alta prevalencia, suponiendo un mejor manejo y evaluación de dicha patología una repercusión positiva en el coste económico y una menor morbilidad asociada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El protocolo se aplicará a todos los pacientes con 15 o más años de edad, pertenecientes al Sector II del Salud con sospecha clínica o diagnóstico radiológico de urolitiasis.
Mediante este proyecto se pretende como objetivo fundamental identificar y cuantificar alteraciones metabólicas, tanto en sangre como en orina que puedan ser responsables de la etiología del cuadro de urolitiasis y en tal caso poder establecer un protocolo de medidas terapéuticas de actuación para reducir los episodios recurrentes litiásicos, como medidas de prevención eficaces.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desde las consultas de Urología de los Centros Médicos de Especialidades del Área II y a través del urólogo de la consulta se establecerán los criterios para identificar los factores de riesgo para desarrollo de Urolitiasis recidivante:
o Litiasis unilateral múltiple
o Litiasis bilateral
o Monorreno
o Obesidad severa o cirugía bariátrica
o Niños y adolescentes
o Enfermedad endocrina asociada
? Hiperparatiroidismo
o Enfermedad metabólica asociada
? Hiperoxaluria primaria, Cistinuria, Xantina, Fibrosis quística , gota
o Enfermedad gastrointestinal
? Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa
o Enfermedad Ósea:
? Fracturas patológicas, osteoporosis severa
- Aplicándose en los anteriores casos dicho protocolo, basado en la realización de un Estudio Metabólico Mineral y la interpretación de sus resultados para un manejo adecuado de la patología urolitiásica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Cumplimiento indicación estudio metabólico mineral (EMM):
Nº de pacientes que cumplen criterios de indicación de EMM y se les realiza / Nº total de pacientes que cumplen criterios de Indicación de EMM > 90 %

2- Medida EMM innecesarios:
Nº pacientes a los que se realiza EMM sin cumplir criterios de indicación/ Nº Total de pacientes a los que se realiza EMM < 10 %

Los indicadores seleccionados se obtendrán de la evaluación de los casos de la consulta de esta patología para su cálculo y análisis de resultados, para objetivación de seguimiento y adherencia del proyecto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - El programa tendrá una instauración inmediata y un seguimiento para valorar y objetivar resultados de un año de evolución inicialmente, prorrogable según los resultados obtenidos, con evaluaciones parciales de resultados trimestralmente.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 561

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE EVALUACION Y MANEJO DE LA UROLITIASIS A NIVEL DE UN HOSPITAL TERCIARIO

- El objetivo fundamental en la evaluación será comprobar, mediante los indicadores anteriormente descritos, el cumplimiento del protocolo, lo cual beneficiará el tratamiento de los pacientes con esta patología y ahorrará costes innecesarios de la solicitud de estas pruebas en pacientes que no lo precisen.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. UROLITIASIS, PROTOCOLO, ESTUDIO METABÓLICO MINERAL
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 498

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL A TRAVES DE ATENCION INTERDISCIPLINAR GERIATRIA-NEUROCIRUGIA EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS MAYORES DE 75 AÑOS

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.
· CLERENCIA SIERRA MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA
· HERNANDEZ SANCHEZ ENRIQUETA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA
· BOROBIO LAZARO ALMUDENA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA
· NOVO GONZALEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· CASADO PELLEJERO JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· FERNANDEZ MOLTO CONSUELO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· GARCIA DOMINGO PILAR. DUE. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La geriatría ofrece un modelo de intervención, con resultados contrastados y evidencias científicas suficientes, que se asienta en la valoración multidimensional e interdisciplinar del paciente geriátrico, aplicando la valoración geriátrica integral (VGI), que hace disminuir la mortalidad, la morbilidad, la estancia hospitalaria, los costes sanitarios, y aumenta la ganancia en calidad de vida y satisfacción del usuario.
En el modelo de atención multidisciplinar, cada complicación tiene que ser tratada de manera independiente, mientras que en la asistencia médica coordinada entre el cirujano y el geriatra dentro de un equipo interdisciplinar, se minimiza la necesidad de interconsultas a otros servicios, lo que sin duda optimiza el proceso de atención al paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Formar grupo de trabajo interdisciplinar
2.- Mejorar la asistencia clínica en los pacientes >75 años hospitalizados en Neurocirugía
3.- Elaborar informe de alta en HP-doctor con información de VGI de éstos pacientes
4.- Asegurar la continuidad asistencial de los pacientes con SCA (síndrome confusional agudo) y/o deterioro cognitivo, tras el alta hospitalaria
5.- Adecuar la indicación quirúrgica en pacientes >75 años con riesgo quirúrgico elevado

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar: Geriatras, Neurocirujanos, Supervisora enfermería de Neurocirugía, miembros de la Unidad de Valoración Sociosanitaria; Responsables: Neurocirujanos- Geriatra-UVSS
2.- Pase de visita del Geriatra-Neurocirujano de lunes a viernes. Responsables: Geriatra- Neurocirujano-Supervisora enfermería de Neurocirugía
3.- Evolución de lunes a viernes por escrito del Geriatra y órdenes de tratamiento actualizadas. Responsable: Geriatra
4.-Informe de alta registrado en HP-Doctor, con VGI de cada paciente. Responsables: Geriatra-UVSS
5.- Reunión semanal del equipo interdisciplinar para establecer planes de tratamiento y necesidades al alta y optimizar la utilización de recursos asistenciales. Responsables: Neurocirujanos y Geriatra
6.- Seguimiento en C. Externas de Geriatría de los pacientes en los que figure durante el ingreso el diagnóstico de síndrome confusional agudo o deterioro cognitivo. Responsable: Geriatra-UVSS
7.- Valoración geriátrica preoperatoria de los pacientes > de 75 años con riesgo quirúrgico elevado. Responsable: Geriatra-UVSS
8.- Análisis estadístico de los datos registrados y nueva propuesta de mejora. Responsable: UVSS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Grupo de trabajo interdisciplinar: SI/NO
2.- Porcentaje de pacientes > de 75 años hospitalizados en Neurocirugía que son valorados por Geriatra diariamente (= 90%)
3.- Porcentaje de informes de alta en HP doctor que incluyan VGI en pacientes >75 años hospitalizados en Neurocirugía. (= 90%)
4.- Porcentaje de derivaciones al alta a consulta especializada de Geriatría, de pacientes >75 años en los que figure el diagnóstico de deterioro cognitivo o síndrome confusional agudo durante el ingreso (= 90%)
5.- Porcentaje de pacientes >75 años hospitalizados en Neurocirugía con riesgo quirúrgico elevado y valoración geriátrica pronóstica preoperatorio, intervenidos quirúrgicamente (= 70%)
Para ello:
1.- Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar con: Neurocirujanos, Supervisora de enfermería de Neurocirugía, Geriatras, UVSS.
2.- Registro en hoja de cálculo excell de datos de estos pacientes en los que se incluirán las variables: edad, sexo, diagnostico principal, si es intervenido quirúrgicamente o no, diagnostico de SCA o deterioro cognitivo, riesgo quirúrgico elevado, valoración prequirúrgica solicitada por Neurocirujano, valoración prequirúrgica realizada por el geriatra, informe de alta de Geriatría en HP doctor que incluya VGI y derivación a consulta especializada de Geriatría
3.- Reuniones semanales interdisciplinares: reunión semanal con supervisora de enfermería, neurocirujanos, geriatra y miembros de la UVSS, revisando los pacientes >de 75 años para planificar el alta hospitalaria y

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 498

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL A TRAVES DE ATENCION INTERDISCIPLINAR GERIATRIA-NEUROCIRUGIA EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS MAYORES DE 75 AÑOS

optimizar la utilización de recursos asistenciales, primando la recuperación funcional de estos pacientes.

4.- Análisis estadístico de los datos registrados a los 6 meses y al año, y propuesta de mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo de 2015 a Mayo de 2016
Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar: Mayo 2015
Pase de visita del Geriatra de lunes a viernes en horario de mañanas, con registro en historia clínica: Junio de 2015 a Mayo 2016 incluidos
Informe de alta registrado en HP-Doctor, con VGI de cada paciente seleccionado: Junio de 2015 a Mayo 2016 incluidos
Reunión semanal del equipo interdisciplinar: Junio de 2015 a Mayo 2016 incluidos
Seguimiento en consulta de Geriatría de los pacientes derivados desde Neurocirugía: Junio de 2015 a Mayo 2016 incluidos
Registro mensual en hoja de cálculo de las variables establecidas: Junio de 2015 a Mayo 2016 incluidos
Evaluación de los indicadores: Noviembre de 2015 y Mayo 2016
Propuesta de mejora: Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente quirurgico de edad avanzada

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 516

1. TÍTULO

MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA FRACTURA DE RAMA PELVICA DESDE URGENCIAS HASTA ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... 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.
· ANGULO TABERNERO MARINA. MIR. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· OLIETE BLANCO MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ALCALDE LOPEZ SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· USIETO LOPEZ LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· LAMIEL ESCARTIN ELENA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA MARIA JOSE. . .
· PANISELLO SEBASTIA JUAN JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las fracturas de pelvis representan entre el 3 y el 8% de las lesiones esqueléticas traumáticas. Las fracturas osteoporótica de ramas (FOR) tras traumatismo de baja energía son frecuentes en ancianos. Debido al envejecimiento de la población es una patología en aumento, atendida con cada vez mas frecuencia en los servicios de urgencias. La mayoría de fracturas de pelvis en los ancianos son tratadas de manera conservadora con analgésicos y reposo en descarga suponiendo una alta carga socio-económica y perdida de autonomía para el paciente y familiares. Por este motivo, se realizó una revisión en el servicio de urgencias de Hospital Miguel Servet.

Los datos obtenidos de la revisión retrospectiva de 60 pacientes con fracturas de ramas pélvicas recogidos durante 12 meses en el servicio de urgencias del HUMS nos han permitido identificar las siguientes oportunidades de mejora:

- unificar criterios y pautas de actuación en el servicio de urgencias en dos puntos clave: control del dolor y manejo de la anemia secundaria al sangrado por la fractura
- mejorar la comunicación con Atención Primaria y propiciar un seguimiento precoz en domicilio que garantice la continuidad de cuidados tras el alta de urgencias y la deambulación precoz para evitar complicaciones

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Las actividades realizadas hasta la fecha han consistido en una revisión bibliográfica y en el análisis de las fracturas de ramas pélvicas atendidas en un periodo de 12 meses.
Los datos más relevantes obtenidos en la serie de 60 pacientes estudiada son:
- un alto porcentaje de complicaciones que motivan consultas en AP: 68,3%
- alto porcentaje de segunda consulta en urgencias en el primer mes: 23,3%
- frecuentes reingresos: 12,2%
- mortalidad del 13,3% en el primer año

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto de mejora pretendemos:
- reducir la variabilidad de práctica clínica y mejorar el manejo clínico en cuanto al control del dolor y de la anemización secundaria a la fractura
- reducir las complicaciones, necesidad de nuevas consultas en urgencias y reingresos
- mejorar la satisfacción del paciente/familiares

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades a desarrollar en el proyecto son:
1. Redacción de un protocolo de atención en urgencias y tras el alta, consensuado con el Servicio de Urgencias, Servicio de Traumatología y Atención Primaria
2. Elaborar una hoja de información y recomendaciones para el paciente/familiares
3. Comunicar el alta de Urgencias de estos pacientes a la enfermera gestora de casos de altas rápidas (EGAR) de Atención Primaria del Sector II para gestionar y monitorizar el seguimiento de los pacientes tras el alta

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los pacientes atendidos por fractura de ramas pélvicas se seguirán durante el primer año para detectar las complicaciones, reconsultas a urgencias y reingresos. Se medirán los siguientes indicadores:
- Tasa de complicaciones
- Tasa reconsultas
- Tasa de reingresos
- Grado de satisfacción de lo pacientes/familiares: se solicitará cumplimentar una encuesta telefónica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración es de un año.
Junio/Julio/Agosto:
Elaboración del protocolo de asistencia y seguimiento tras el alta
Elaboración de la hoja de recomendaciones para paciente/familares
Elaboración de encuesta de satisfacción para usuarios o familiares
Septiembre:
Implementación del protocolo y de la hoja de recomendaciones.
Octubre, Noviembre, Diciembre y Enero: Fase piloto del proceso.
Febrero, Marzo, Abril: Recogida de datos de seguimiento de los pacientes atendidos (respuesta analgesia,

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 516

1. TÍTULO

MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA FRACTURA DE RAMA PELVICA DESDE URGENCIAS HASTA ATENCION PRIMARIA

posibles complicaciones, necesidad de ingreso o consulta hospitalaria).
Mayo: Medida de indicadores y elaboración de informe con conclusiones.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Manejo del dolor dolor
OTRA PALABRA CLAVE 2. Mejorar la calidad asistencial y la satisfacción del usuario
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 647

1. TÍTULO

PROTOCOLO INTERDISCIPLINARIO DE EVALUACION DE LOS PACIENTES CON PATOLOGIA VOCAL

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.
· RUEDA GORMEDINO PILAR. MÉDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La preocupación por los problemas de la voz ha experimentado importantes cambios a lo largo del tiempo, observándose en las dos últimas décadas un creciente interés en nuestra sociedad.
Se han propuesto múltiples instrumentos de medida y existe una gran diversidad de preferencias entre los distintos profesionales para evaluar la patología vocal y los resultados de los tratamientos.
Es importante la coordinación entre los profesionales de los diferentes Servicios (Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación) que atienden a este tipo de pacientes.
En conveniente la existencia de un protocolo de exploración interdisciplinario que aporte uniformidad en la evaluación de los pacientes con problemas de voz.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. a) Establecer un protocolo de exploración para reducir al máximo la variabilidad en los métodos de diagnóstico y evaluación de resultados por parte de los profesionales implicados.
b)Mejorar la colaboración interdisciplinar entre los profesionales de los Servicios de Rehabilitación (Foniatría y Logopedia) y Otorrinolaringología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a) Actualización mediante búsqueda bibliográfica sobre protocolos clínicos de evaluación de patología vocal.
b) Elaboración de un protocolo de evaluación del paciente con patología vocal en el Hospital Universitario Miguel Servet por parte de los profesionales dedicados a la patología de voz (Servicio de ORL y Medicina Física y Rehabilitación).
c) Difusión a otros profesionales implicados en el manejo de estos pacientes
d) Implementación del protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a) Elaboración del protocolo de evaluación de pacientes con patología vocal.
b) Porcentaje de pacientes con cumplimiento del protocolo tras su implantación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Búsqueda bibliográfica sobre protocolos clínicos de evaluación de patología vocal: junio 2015.
Elaboración y presentación del protocolo de evaluación de pacientes con patología vocal por parte de los Servicios de ORL y Medicina Física y Rehabilitación: octubre 2015 meses.
Implementación del protocolo: noviembre 2015.
Comprobación del cumplimiento del protocolo y de su correcta difusión: abril 2016.
Informe final del proyecto de mejora: abril 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 1 Nada
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 294

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA INDICACION DEL ESTUDIO DE TROMBOFILIA: ¿CUANDO?, ¿QUE? Y ¿QUIEN?

2. RESPONSABLE ..... NURIA FERNANDEZ MOSTEIRIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO VILLAS JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· DELGADO BELTRAN PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LASALA VILLA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· SIGUENZA ARNEDO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· AGUDO MORALES CELIA. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ZORZANO VALERO ANUNCIATA. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El término trombofilia hace referencia a un estado protrombótico congénito o adquirido, que predispone al desarrollo de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV). La ETEV afecta a 1-2/ 1000 personas en el mundo occidental con un riesgo de recurrencia del 30%. El estudio de trombofilia permite la identificación de uno o más factores de riesgo trombótico en un 50-60% de los pacientes con ETEV. Se ha establecido la asociación de algunos factores de riesgo de trombofilia congénita y adquirida con aspectos clínicos obstétricos (pérdidas fetales de repetición, preeclampsia/eclampsia, retraso de crecimiento intrauterino, etc.). El estudio familiar y la identificación de portadores asintomáticos pueden ser útiles para establecer la indicación de tromboprofilaxis.
Un resultado negativo en el estudio de trombofilia no excluye una predisposición genética, sobre todo en pacientes con historia familiar. Un aspecto a considerar es que el estudio de trombofilia supone un consumo de recursos tanto económicos como de personal de laboratorio.
En líneas generales, el estudio de trombofilia debería ser recomendado sólo cuando los resultados del estudio supongan una modificación en el manejo del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La realización del estudio de trombofilia en aquellos pacientes y situaciones en los que, según la evidencia clínica actual, se considera indicado evitaría:
1) estudios innecesarios de trombofilia que no modifican la actitud terapéutica en pacientes con ETEV;
2) la repetición de estudios de trombofilia por extracción inadecuada (en el momento agudo de la trombosis) y
3) la identificación de portadores asintomáticos de polimorfismos genéticos que no tienen un riesgo mayor de eventos trombóticos que la población general
Todo ello daría lugar a una mayor adecuación en la indicación del estudio, permitiendo una mejor y mayor optimización de los recursos económicos y humanos que conlleva la realización del estudio de trombofilia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración de un protocolo escrito de solicitud de estudio de trombofilia basado en la revisión de la evidencia clínica actual sobre trombofilia.
2. El protocolo incluirá las características de los pacientes susceptibles de estudio de trombofilia, el momento de su realización y las determinaciones analíticas que incluye el estudio.
3. El tipo de muestras a extraer y el procesamiento de laboratorio de las muestras extraídas
El protocolo de estudio de trombofilia será consensuado, previo a su implantación, con los servicios médicos y quirúrgicos del Hospital y los Centros de Atención Primaria que solicitan estudios de trombofilia. Se plantearán sesiones informativas y reuniones con cada Servicio, Unidad y/o Centro implicado en trombosis y/o trombofilia para incluir en el protocolo las necesidades específicas de los distintos servicios implicados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de adecuación de los estudios solicitados a las indicaciones del protocolo (Número de estudios que cumplen la indicación del protocolo/Número de estudios solicitados). Objetivo 70%.
- Número de estudios repetidos que no se ajustan a las indicaciones del protocolo (Número de estudios de trombofilia repetidos que cumplen la indicación del protocolo/Número de estudios de trombofilia repetidos. Objetivo 50%
- Razón de solicitudes rechazadas por incumplimiento de criterios de indicación del protocolo en relación a las solicitudes totales. Objetivo 20%.
La información para la realización de indicadores se obtendrá con registro informático con el programa de gestión de laboratorio Modulab Gold®.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Junio 2015: Elaboración del protocolo de indicación del estudio de trombofilia.
- Septiembre-Diciembre 2015: Reuniones/sesiones de consenso con los servicios médicos y quirúrgicos hospitalarios y Atención Primaria.
- Enero 2016: Aplicación clínica del protocolo.
Las evaluaciones de los resultados serán realizadas cada seis meses.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 294

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA INDICACION DEL ESTUDIO DE TROMBOFILIA: ¿CUANDO?, ¿QUE? Y ¿QUIEN?

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. trombofilia
OTRA PALABRA CLAVE 2. optimización
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 467

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

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.
· LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LAIN MIRANDA MARIA ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SORIA LOZANO PILAR. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MARCEN SERRANO ALICIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CAPAPE CLEMENTE MARIA JOSE. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LADISLAO HERRERO ETHEL LAURA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. En el año 2013 se consiguió una importante ampliación del alcance de acreditación en otras áreas, incluida la Bacteriología.

En estos momentos nos planteamos la ampliación del alcance de acreditación a la totalidad de las secciones del Servicio, incluida la Sección de Exudados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ampliación del alcance de acreditación en la sección de Exudados en la próxima auditoría ENAC prevista para junio de 2016.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realización de los Procedimientos Técnicos de Análisis para las muestras de exudados incluidas en el alcance de acreditación.
- Formación y Cualificación del personal implicado.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo.

Tareas asignadas
Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas.
Personal facultativo: Realización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1er indicador: Realizar los Procedimientos Técnicos de Análisis. SI/NO

2º indicador: Formación del Personal adscrito
Nº de personas formadas/Nª de personas adscritas al alcance. >95%

3er indicador: Realización y cumplimentación de registros técnicos y de calidad
Nº de registros cumplimentados/ Nº de registros totales x100
Objetivo a alcanzar > 90%

4º indicador: Realización y evaluación del control de calidad interno (>90%)
Se monitorizará revisando cada tres meses los registros correspondientes al control interno y las posibles incidencias asociadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: abril de 2015
Fecha de finalización: mayo de 2016

Cronograma
Realización de los Procedimientos técnicos de Análisis: Abril -Diciembre de 2015.
Formación y cualificación del personal adscrito: Abril- Diciembre 2015
Implantación del control interno: Abril -Diciembre de 2015.
Implantación de los registros técnicos y de calidad. Abril -Diciembre de 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 467

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 157

1. TÍTULO

ORGANIZACION EN LA ATENCION DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE VERTIGO LABERINTICO PERIFERICO (CON SUS DIFERENTES ENTIDADES NOSOLOGICAS) ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES DE LA ESTRUCTURA SANITARIA

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
· LLORENTE ARENAS EVA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El vértigo laberíntico es un problema frecuente en la consulta habitual. Detectamos desde la Sección de Otología (unidad de otoneurología) del Hospital Miguel Servet que en dependencia de por que vía comenzaban el diagnóstico y seguían su tratamiento, los pacientes recibían una atención diferente. Era diferente el esquema diagnóstico, los medios de tratamiento y el seguimiento posterior según si un paciente fuera diagnosticado en la sección del Hospital o en el centro médico de especialidades, lo que conllevaba retrasos y empeoramiento en la asistencia.
A la vez detectamos que esta "desorganización" provocaba una ocupación de los recursos de la Sección en patologías que no precisaban de esta atención Hospitalaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer vías clínicas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento en estos pacientes y organizar los medios disponibles para optimizar la atención que podamos proporcionar a estos pacientes. Clarificar la forma de contacto y de remisión de estos pacientes entre los diferentes niveles de la atención sanitaria.
Clarificar en que escalón de asistencia deben ser atendidos los pacientes según su patología causante de vértigo y su estado clínico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para comenzar estableceremos protocolos de diagnóstico y de tratamiento en esta patología, estableceremos en que escalón sanitario deben realizarse cada una de las medidas diagnósticas y terapéuticas y clarificaremos la forma de remisión y de contacto entre los diferentes escalones. Por fin organizaremos el seguimiento. Al ser pacientes con una patología crónica corremos el riesgo de diferenciar entre los diferentes pacientes y de saturar nuestro sistema por lo que pretendemos clarificar como realizar este seguimiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Tiempo de diagnóstico: Pacientes diagnosticados de enfermedad de Ménière (enfermedad tipo con Vértigo periférico laberíntico típico) y recogidos en los 12 meses siguientes a la puesta en marcha del proyecto. Tiempo entre el envío de medicina general al Servicio de ORL (ambulatorio de especialidades) (PUnto 1) y el establecimiento del diagnóstico definitivo con las pruebas complementarias realizadas, en la Unidad de Otoneurología (sección de Otología) del HUMS (punto 2).
2.- Tiempo de Control: Siguiendo con pacientes con Enfermedad de Ménière, tiempo desde que se establece el diagnóstico (punto 2) hasta que se controla la enfermedad (considerando como tal cuando en una revisión está sin crisis desde al menos 3 meses) (punto 3).
3.- Calidad de consulta Hospitalaria: Establecer que pacientes con qué patologías van a ser seguidos en el Hospital (establecido en la fase de protocolos inicial) y tras pasar un periodo de 3 meses para su implantación comprobar en las consultas de la Unidad de Otoneurología de la Sección de Otología el porcentaje de pacientes vistos en la mañana que cumple los criterios de seguimiento Hospitalario.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Consideramos un periodo inicial de 6 meses para establecer los protocolos y ordenar y ajustar los diferentes niveles de atención para el correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento. A la vez recogeremos en el periodo inicial de 3 meses los datos de los 3 indicadores establecidos para considerar estos resultados como los resultados basales antes de nuestra actuación.
En los siguientes 12 meses tras la instauración se recogerán datos correspondientes a los 3 indicadores para comprobar el grado de mejora

11. OBSERVACIONES. Sabemos que este tipo de patología es difícil de valorar y medir, pero se trata de un serio problema de salud por la enorme incapacitación que produce. Si conseguimos organizar mejor nuestro sistema, pensamos que la atención que podremos prestar será más eficaz, más útil y más rápida11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 157

1. TÍTULO

ORGANIZACION EN LA ATENCION DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE VERTIGO LABERINTICO PERIFERICO (CON SUS DIFERENTES ENTIDADES NOSOLOGICAS) ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES DE LA ESTRUCTURA SANITARIA

OTRA PALABRA CLAVE 1. Vértigo periférico
OTRA PALABRA CLAVE 2. Organización de recursos
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 658

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO EN EL AREA DE RADIOCIRUGIA CEREBRAL POR UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE ..... CARLOS FUENTES ULIAQUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIOTERAPIA
· VELA MARIN ANA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
· MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· COZAR BARTOS MARIA MAGDALENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· GANDIA MARTINEZ ALMUDENA. RADIOFISICO. H MIGUEL SERVET. FISICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La radiocirugía estereotáxica es una técnica que consiste en administrar en una sesión única una alta dosis de irradiación focalizada en una lesión intracraneana.
La lesión a tratar es localizada espacialmente con alta precisión mediante la técnica de estereotaxia. Una vez localizada la lesión se administra múltiples haces de radiación provenientes de distintos puntos, todos aquellos convergentes a la lesión a tratar. Usando esta estrategia de tratamiento se logra administrar una dosis alta de radiación a la lesión de interés respetando el resto de las estructuras intracraneanas.
En nuestro centro, disponemos de un sistema de inmovilización no invasivo, HeadFix, cuya inmovilización se basa en la impresión personalizada de los maxilares del paciente y el paladar óseo con material dental especial; se pega a una pieza bucal hecha de plástico. La presión diferencial negativa ejercida contra el paladar óseo succiona la pieza bucal contra las estructuras maxilares.
El empleo de un sistema sin guía estereotáxica tiene ventajas:
? confort del paciente
? desacoplar temporalmente planificación / ejecución del tratamiento
? tratar en una única sesión o en varias; decisión tomada al final del proceso de planificación
? paciente con lesiones múltiples se puede dividir en múltiples sesiones

Por la alta precisión del tratamiento es necesario contar con equipamiento tecnológico de alta complejidad y se le concibe como una actividad multidisciplinaria en la que participan como ejes centrales un radioterapeuta, un neurocirujano, un neurorradiólogo y un físico médico.

Quiénes participan en este procedimiento y quien maneja el equipo

El equipo de tratamiento está compuesto por varios profesionales médicos especializados, que típicamente son un neurocirujano, un radioterapeuta, un radiofísico médico, un radiólogo y una enfermera de radioterapia.
• El radioterapeuta y el neurocirujano encabezan el equipo de tratamiento y vigilan el tratamiento; bosquejan el área objetiva a tratar, deciden la dosis apropiada de radiación, aprueban el plan de tratamiento, e interpretan los resultados de los procedimientos radioquirúrgicos.
• Los radiólogos interpretan las imágenes e identifican el área objetiva a tratarse en el cerebro.
• El radiofísico, usa software de computadora especial para preparar un plan de tratamiento; calcula las exposiciones y configuración del haz para tratar el área conformalmente a la dosis prescrita.
Se posiciona el paciente en la mesa de tratamiento y el equipo de profesionales opera el acelerador. Se puede observar al paciente a través de una ventana o por una televisión de circuito cerrado y puede comunicar con el paciente durante todo el procedimiento.

• La enfermera de radioterapia evalúa al paciente, proporciona al paciente información sobre el tratamiento, vigila al paciente durante el tratamiento, y ayuda a contestar preguntas después del tratamiento.

El equipo multidisciplinario considera varias opciones de tratamiento para casos individuales y ayuda a decidir quien puede beneficiarse de la radiocirugía para lesiones cerebrales.

Se ha puesto en marcha la técnica, pero es preciso conseguir una metodología de trabajo que permita la integración de los distintos profesionales implicados.

Paralelamente se esta considerando, como objetivo ambicioso, innovador y puntero en nuestro ámbito , implementar la Radiocirugía Intraoperatoria (Intraoperative radiotherapy, ó IORT) como se ha comenzado en la patología mamaria en nuestro hospital, con el sistema Intrabeam® , teniendo la ocasión de realizar estudios de alto nivel científico que aporten nuevos enfoques en la lucha contra los tumores cerebrales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la creación de una adecuada metodología de trabajo, se espera conseguir un adecuado flujo de trabajo, con una valoración inicial conjunta del paciente y del caso.
Se trata de una estructura organizativa fundamentada en la valoración inicial del enfermo por parte de equipos interdisciplinarios especializados en cada tipo de cáncer, donde los especialistas comparten espacio durante la consulta médica.

Una vez aceptada la indicación, se pretende llevar a cabo una preparación del sistema y planificación conjunta,

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 658

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO EN EL AREA DE RADIOCIRUGIA CEREBRAL POR UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR

que permitirá ajustar las necesidades y tiempos de este tipo de tratamientos al funcionamiento de los servicios y profesionales implicados.
Al mismo tiempo, permitirá ahorrar visitas duplicadas a los pacientes, que recibirán una información y tratamiento más completo.

Está previsto la realización de una base de datos, donde se registren los datos clínicos, radiológicos y dosimétricos de paciente, así como su evolución a largo plazo, con supervivencias libres de enfermedad, supervivencias globales. Está previsto realizar una comparativa de los distintos fraccionamientos empleados y dosis biológicamente equivalentes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Entre las medidas previstas, se incluyen:

1. Comentar los casos susceptibles de tratamiento, en los distintos Comités dónde se valoran los pacientes.
2. Una vez recibidas las peticiones, establecer un día conjunto de valoración de los casos indicados, estableciendo la indicación, posibilidades y alternativas.
3. Consulta conjunta de información al paciente, con las distintas alternativas existentes y explicación de efectos secundarios. Dar, por tanto, una atención coordinada, rápida y eficiente.
4. Preparación del sistema de inmovilización, y realización de pruebas de imagen oportunas.
5. Planificación del tratamiento.
6. Aceptación de la planificación.
7. Realización del tratamiento.
8. Seguimiento: citación de consultas, establecimiento de pruebas de reevaluación y seguimiento.
9. Puesta en marcha de la IORT inicialmente en tumores metastásicos solitarios y valoración de su uso en la coadyuvancia de tumores primarios cerebrales malignos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Variables de interés tratamiento RT:
– Dosis al volumen blanco.
– Número de isocentros.
– Número de arcos.
– Número de colimadores.
– Dosis a órganos de riesgo.
– Homogeneidad de dosis en volumen blanco.
- Volumen del blanco.
Variables de respuesta/toxicidad:
– Mejoría clínica.
– Disminución tamaño lesión por imagen al mes y 3meses.
– Toxicidad tardía.
Variables de la clínica:
– Sexo
– Edad
- Estadio tumor
– Localización volumen blanco
- Tratamiento radical o adyuvante a cirugía

Indicadores
1. Tiempo de espera desde la realización de la interconsulta a primera visita
2. Tiempo entre la planificación e inicio del tratamiento.
3. Planificación: índice de conformación e índice de homogeneidad
4. Desplazamientos a corregir mediante IGRT.
5. Encuesta de satisfacción del paciente.
6. Tiempo entre finalizar radiocirugía/primera RM.
7. Reducción en el tamaño de la lesión/tiempo desde la RT

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en julio 2015:

- Reuniones con los servicios implicados.
- Calendario de puesta en marcha de las consultas, tras establecer el lugar y horario de las consultas.
- Establecer con el servicio de Radiodiagnóstico los tiempos adecuados de reevaluación de las pruebas de imagen.
- Implementación de la IORT.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 658

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO EN EL AREA DE RADIOCIRUGIA CEREBRAL POR UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 755

1. TÍTULO

ASISTENCIA INTEGRAL AL PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDIACO (I). ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE CUIDADOS GENERALES Y ESPECIFICOS, GENERACION DE NUEVOS DOCUMENTOS DE SOLICITUD Y MANEJO PRECATETERISMO

2. RESPONSABLE ..... GEORGINA FUERTES FERRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ RUBIO LEZCANO JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONI
· ALEJANDRE ALONSO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONI
· HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PREVENTIVA
· OLIVER VALCARCEL EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología cardiovascular representa la primera causa de mortalidad en nuestro medio y el cateterismo cardiaco diagnóstico y/o terapéutico es una piedra angular en el manejo cotidiano de dicha patología. El tipo de procedimientos realizados, su número y complejidad crece continuamente, así como la edad, fragilidad y comorbilidad de los pacientes que los reciben. Todo ello puede comprometer la eficiencia del procedimiento y la seguridad del paciente si no se dispone de la información adecuada y de una línea de actuación claramente establecida en todo momento. El cateterismo debe ser entendido como un proceso que se inicia con su indicación y que se continúa hasta el momento del alta, requiriendo la protocolización del formulario de solicitud, de los cuidados generales y específicos para cada paciente y del soporte en que estos son comunicados. Resulta esencial el registro y la transmisión de toda esa información de una manera simple y eficaz que garantice la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. El objetivo de este proyecto es la revisión, actualización y ampliación de los protocolos existentes en nuestra unidad adaptándolo al contexto actual del diagnóstico invasivo e intervencionismo cardiológico intentando en la medida de los posible su integración en la historia clínica del paciente para su generación y consulta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Creación de una nueva modelo de solicitud que refleje de manera concisa, pero clara y suficiente los datos administrativos del paciente, el tipo de procedimiento solicitado fundamentado en los datos relevantes de su historia clínica, el tratamiento recibido por el paciente y cualquier otro dato que indique la necesidad de cuidados específicos
2. Creación de una hoja de cuidados precateterismo que recoja los cuidados generales y específicos para cada paciente
3. Protocolización del manejo pericateterismo:
• Profilaxis y manejo de las reacciones anafilactoides a contraste iodado
• Profilaxis y manejo del daño renal agudo por contraste iodado
• Profilaxis de endocarditis en el intervencionismo cardíaco estructural

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Constitución un grupo de trabajo multidisciplinar en el que participen aquellos profesionales relacionados con los resultados a conseguir. En este caso: cardiólogos clínicos y hemodinamistas, nefrólogos, preventivistas y personal de enfermería.
Revisión de la evidencia científica actualizada disponible.
Elaboración de los protocolos referentes a los cuidados arriba especificados, integración con los protocolos procedentes del subproyecto de calidad II y disponibilidad para su consulta en la intranet del área;
Elaboración de un nuevo modelo de solicitud de cateterismo y de una nueva hoja de cuidados precateterismo, en formato papel, pero con la intención de conseguir que:
- los modelos y formularios sean accesibles y cumplimentables en la intranet
- los modelos y formularios cumplimentados se integren en la historia clínica electrónica del pacientes siendo consultable por el personal médico y de enfermería

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Tras su conveniente divulgación, y un periodo de prueba de 3 meses se realizará una encuesta entre los profesionales implicados sobre la facilidad de cumplimentación y claridad de la información especificada en los documentos generados con el fin de realizar aquellos cambios necesarios que redunden en la eficiencia y seguridad del procedimiento;

2.- Estudio transversal cada 4 meses (de una semana de duración) sobre el nivel de cumplimentación y adecuación de los cuidados protocolizados a las necesidades de los pacientes expresado como tasa;

3.- Análisis semestral transversal (de dos semanas de duración) de la incidencia de daño renal agudo por contraste y registro anual contínuo de los casos de endocarditis y reacciones anafilactoides acaecidos así como análisis de su posible relación con fallos en el cumplimiento de los protocolos expresados como tasa;

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración estimada de 8-10 meses. Las fechas propuestas son las que siguen:
- Meses 1-3: se revisará la evidencia científica, se actualizarán los protocolos y se crearán los nuevos modelos de documentos de solicitud y cuidados que serán divulgados de forma adecuada entre los profesionales relacionados con el cuidado del paciente cardiológico. Disponibilidad de los protocolos en la intranet del

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 755

1. TÍTULO

ASISTENCIA INTEGRAL AL PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDIACO (I). ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE CUIDADOS GENERALES Y ESPECIFICOS, GENERACION DE NUEVOS DOCUMENTOS DE SOLICITUD Y MANEJO PRECATETERISMO

hospital, así como de la hoja de solicitud y cuidados precateterismo para ser impresos.
- Mes 4: Puesta en marcha del nuevo sistema en formato papel
- Mes 7: Realización a los 3 meses de la encuesta a los profesionales para la mejora de proyecto;
Se analizarán los datos obtenidos en las encuestas y se modificarán los protocolos con el fin de adaptarlos a las exigencias de mejora de las encuestas;
- Meses 11-12: Análisis de cumplimentación y tasa de complicaciones. Modificaciones finales. Puesta en marcha del modelo cumplimentable vía intranet e integración del resultado en la historia clínica electrónica del paciente.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes cardiopatas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Actualización de protocolos
OTRA PALABRA CLAVE 2. Cateterismo cardiaco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 454

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE SESIONES FORMATIVAS COMPLEMENTARIAS A LA FORMACION PRACTICA DE TCAE EN EL HUMS

2. RESPONSABLE ..... EVA GALVEZ ALVAREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SUPERVISORA ÁREAS FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA Y
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ CARABANTES YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION HMI
· ROS SIERRA ASCENSION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUPERVISORA AREA SERVICIOS ESPECIALES
· FERRANDO MARGELI MERCEDES. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. SUPERVISORA REHABILITACION
· MARCO MARTINEZ PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUPERVISORA MEDICINA PREVENTIVA
· PEREZ ARDISA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GARCES HORNA SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· LOPEZ FUERTES PEDRO. TCAE. H MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La formación en centros de trabajo (FCT) es un requisito imprescindible para la capacitación de los alumnos que cursan estudios de ciclos formativos (Formación profesional). En nuestro centro reciben formación práctica futuros técnicos (medios y superiores) de la familia de sanidad, siendo la titulación de Técnico medio en Cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) la que más demanda de plazas requiere cada curso, concretamente 40 durante el pasado curso, procedentes de 5 centros educativos.
La FCT de la titulación de TCAE supone 440 horas de prácticas por alumno (3 meses aprox.) y durante su estancia en el hospital realizan una rotación por dos unidades de enfermería de Hospitalización diferentes (en HMI, HG ó HRTQ). Aunque la acogida, entrega de documentación y asignación de rotaciones y reunión final corresponde a responsables de Docencia de la Dirección de Enfermería, en las unidades son sus tutores más directos los supervisores de unidad, quienes evalúan quincenalmente la adquisición de competencias y comprueban la realización de actividades propias de la titulación.

Así, la adquisición de las competencias específicas de los alumnos se realiza de forma desigual, en dependencia de las unidades/equipos en los que desarrollan sus prácticas, los profesionales con los que aprenden, y sus propias actitudes y aptitudes individuales.
Una manera de garantizar cierta homogeneidad en la oferta docente sobre competencias básicas-específicas de TCAE durante su formación práctica, sería a través de una formación común, a modo de seminarios generales organizados durante su estancia en el HUMS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se han realizado nunca sesiones formativas específicas para este colectivo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Implantar un programa docente intrahospitalario para alumnos de TCAE en formación, basado en su programa de actividades a realizar en la FCT.
- Afianzar los conocimientos necesarios para favorecer la adquisición de competencias específicas por parte del futuro TCAE.
- Garantizar la formación práctica en determinadas técnicas básicas durante su estancia cínica en el HUMS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El día de acogida se presentará a los alumnos el programa de sesiones. Aunque la asistencia no se considerará obligatoria, será recomendable.
Se propondrán 4 seminarios de una hora de duración cada uno:
- Movilización de pacientes y técnicas de contención
- Cuidando la integridad de la piel
- Métodos de limpieza y desinfección de material quirúrgico
- Prevención de infecciones y precauciones de aislamiento
De cada uno de ellos se realizará control de asistencia y encuesta de satisfacción

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Asistencia a los seminarios: % asistencia a cada uno de los seminarios (=90%)

Encuesta de satisfacción: % de satisfacción global con cada actividad =7,5 (=85

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El período habitual de prácticas de TCAE es desde primeros de septiembre hasta las vacaciones de Navidad.
Se programarán los 4 seminarios durante el primer mes de prácticas, espaciados entre sí por una semana. Si el número de alumnos lo requiere se realizarán dos ediciones de cada uno de ellos.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Docencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. alumnos de ciclos formativos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 454

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE SESIONES FORMATIVAS COMPLEMENTARIAS A LA FORMACION PRACTICA DE TCAE EN EL HUMS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. sesiones
OTRA PALABRA CLAVE 2. docencia
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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 258

1. TÍTULO

MEJORA EN CALIDAD DE CUIDADOS: IMPLEMENTACION HOJA DE ENFERMERIA PARA SEGUIMIENTO DEL PACIENTE OSTOMIZADO DURANTE EL INGRESO Y DERIVACION A LA CONSULTA DE ESTOMOTERAPIA

2. RESPONSABLE ..... SUSANA GARCIA BUESA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTROS (ESPECIFICAR)
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION. SAF CUIDADOS Y CALIDAD. H MIGUEL SERVET. SAF CUIDADOS Y CALIDAD
· RUIZ FALO CONCEPCION. ESTOMOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS
· MARTIN VALENCIANO MERCEDES. SUPERVISORA UROLOGIA. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· SANCHEZ ESCOBEDO SONIA. SUPERVISORA CIRUGIA HEPATOBILIAR Y ANGIOLOGIA Y CI. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA HEPATOBILIAR Y ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCU
· MILIAN PEREZ MARGARITA. SUPERVISORA CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL
· AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ. ENFERMERA CIRUGIA GENERAL. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA
· CAYON GELI CRISTINA. ENFERMERA UROLOGIA. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Para superar la ostomía de manera satisfactoria es imprescindible que la persona y su entorno familiar reciban una correcta educación, mucho más amplia que la mera información acerca de su estoma y dispositivos colectores que tendrá que utilizar.
La meta principal del personal de enfermería debe ser conseguir que el paciente acepte su nuevo estado de salud. Para ello, debemos lograr que aprenda a cuidar su estoma y realizar su higiene diaria, que acepte física y psicológicamente su nueva imagen corporal, que tenga y comprenda la información sobre cuidados de higiene, alimentación y eliminación, y por último, instruirle para detectar y evitar posibles complicaciones. La responsabilidad de los profesionales en el proceso de ostomía incluye una atención integral para conseguir mejoría en las áreas física, psicológica y social.
Por parte de los profesionales dedicados a la atención del paciente ostomizado en el HUMS se ha observado la necesidad de proporcionar una continuidad de cuidados que trascienda el nivel de hospitalización y suponga una prolongación en la asistencia por parte de enfermería de manera individualizada, tendiendo un puente en la continuidad tras el alta médica.
Se propone dar soporte al seguimiento mediante la elaboración de una hoja de continuidad de cuidados al paciente ostomizado a través de una “lista de verificación de cuidados de la ostomía”
La hoja se comienza a cumplimentar al ingreso y con la finalidad de redireccionarla a la enfermera experta en estomoterapia por medio de la concertación de cita previa al alta para primera visita.
El circuito establecido permite transmitir y registrar la evolución del paciente durante la hospitalización. La enfermera experta recibe la hoja de evolución proporcionando continuidad y adecuando la estructura hospitalaria a los requerimientos de calidad.
El seguimiento en la consulta de estomoterapia con el soporte proporcionado tras el alta, junto a la evaluación de los cambios percibidos y posibles complicaciones detectadas tras la implantación de la hoja de seguimiento, podrán demostar la influencia positiva de la intervención en la mejora de la calidad de los cuidados proporcionados a pacientes ostomizados de nuestra área de salud.
El paso de un nivel asistencial a otro debe realizarse sin interrupciones, garantizando la atención al paciente, que en ningún momento debe percibir pérdida de calidad en los cuidados recibidos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal se centra en conseguir que el paciente acepte su nuevo estado de salud mediante la realización de las mejores intervenciones enfermeras adaptadas a sus necesidades, a través de la hoja de continuidad de cuidados para minimizar problemas de forma segura.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El primer paso es la elaboración de una hoja de seguimiento de evolución y continuidad de cuidados.
Se diseñará una encuesta autocumplimentada para que el usuario valore la asistencia recibida la cual se utilizará como indicador de evaluación para detectar debilidades y oportunidades percibidas.
Los servicios con adhesión al documento serán: Cirugía General, Urología y Consulta Enfermería estomoterapia.
El circuito seguido por la hoja durante el proceso comienza a la llegada del paciente a la Unidad. La enfermera que lo recibe, comienza la valoración, inicia las intervenciones enfermeras protocolizadas y registra los datos pertinentes en la Hoja de continuidad de cuidados al ostomizado. Previamente, el paciente habrá sido informado del procedimiento quirúrgico a realizar (ostomía) por su cirujano.
Como responsables de la correcta cumplimentación de la hoja de continuidad de cuidados se designará a tres enfermeras, una de cada unidad implicada en el proyecto.
El día del alta entregarán la hoja cumplimentada a la Supervisora correspondiente que se encargará de la citación con la estomaterapeuta y de hacer llegar las hojas de valoración a la consulta.
La estomoterapeuta continuará la atención en el punto exacto en que se interrumpe al alta. Entrega encuesta al paciente y la recoge cumplimentada, haciéndola llegar a la coordinadora del proyecto que finalizará el circuito con la evaluación y análisis de los indicadores propuestos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Criterio: Valoración cumplimentación hoja continuidad cuidados
Indicador:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 258

1. TÍTULO

MEJORA EN CALIDAD DE CUIDADOS: IMPLEMENTACION HOJA DE ENFERMERIA PARA SEGUIMIENTO DEL PACIENTE OSTOMIZADO DURANTE EL INGRESO Y DERIVACION A LA CONSULTA DE ESTOMOTERAPIA

Cumplimentación Hoja continuidad cuidados ostomizado/
Total pacientes ingresados en Servicios Quirúrgicos implicados a los que se realiza ostomía
Éstandar: 95%

Criterio: Comprobación finalización circuito con hojas de continuidad en consulta estomoterapia.
Indicador:
Hojas continuidad cumplimentadas que llegan Estomoterapeuta/
Total Hojas cumplimentadas en Unidades Quirúrgicas implicadas
Éstandar: 95%
Criterio: Valoración por usuario de cuidados recibidos al finalizar proceso
Indicador:
Encuestas usuario positivas respecto a intervención /
Total encuestas recibidas Coordina

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS
? Inicio proyecto Mayo 2015 .
? Evaluación final y memoria Abril 2016.

CRONOGRAMA
? ELABORACIÓN HOJA SEGUIMIENTO: mayo-junio 2015.
? IMPLEMENTACIÓN HOJA EN SERVICIOS: julio-agosto 2015.
? RECOGIDA DATOS: Julio-Diciciembre 2015
? ENCUESTA: Julio-Diciembre 2015
? ANÁLISIS DATOS INDICADORES: enero 2016
? MEDIDAS CORRECTORAS PROBLEMAS DETECTADOS: Enero-Febrero 2016
? EVALUACIÓN FINAL Y MEMORIA: abril 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ostomizados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Pretendemos mejorar autonomía del paciente ostomizado y que se encuentere apoyado durante todo este
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 670

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPOSICION A LA RADIACION EN LA VIDEOFLUOROSCOPIA INFANTIL

2. RESPONSABLE ..... RUTH GARCIA ROMERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CAMPOS MONICA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· ROS ARNAL IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA
· MARTIN DE VICENTE CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA
· IZQUIERDO HERNANDEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIOLOGIA
· GUTIERREZ ALONSO CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIOLOGIA
· LOPEZ CALAHORRA JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE RADIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se define como trastornos deglutorios o disfagia a la incapacidad para poder deglutir alimentos sólidos o líquidos, pudiendo afectar en diferentes grados dependiendo de la patología del niño, llegando incluso a la incapacidad total de alimentación por vía oral teniendo que recurrir a diferentes vías alternativas para su adecuada alimentación.
Actualmente existe un alto porcentaje de niños que debido a diversas enfermedades como parálisis cerebral infantil, prematuridad y cardiopatías entre otras, presentan trastornos deglutorios que nunca han sido ni detectados, ni evaluados, ni tratados, y pueden alterar de forma grave el desarrollo global del niño.
Las consecuencias de los trastornos deglutorios pueden ser diversas y pueden llegar a afectar gravemente la salud: desnutrición, por la incapacidad de poder ingerir la cantidad del alimento adecuado a la edad, deshidratación, por la incapacidad de ingerir los líquidos adecuadamente, problemas respiratorios de repetición o enfermedades pulmonares crónicas, debido a aspiraciones por atragantamiento con la comida o los líquidos, llegando a repercutir seriamente el su salud.
Existe un alto porcentaje de niños que dependiendo de su patología o por diversas causas presentan trastornos deglutorios los cuales están sin diagnosticar y lo que es peor sin rehabilitar influyendo gravemente en la salud del niño.
Con la videofluoroscopia se examina el funcionamiento de las diferentes fases de la deglución para detectar alteraciones y el riesgo de broncoaspiración, aspiración o penetración. Se hace con fines diagnósticos y terapéuticos para determinar si el paciente puede ser alimentado por vía oral y orientar el proceso de rehabilitación encaminado a recuperar esta vía de alimentación.
Se debe tener especial cuidado durante los exámenes de rayos X en utilizar la mínima dosis posible de radiación y a la vez generar las mejores imágenes para la evaluación. Las organizaciones nacionales e internacionales de protección de la radiología revisan y actualizan constantemente las normas técnicas utilizadas por los profesionales en radiología. Es importante realizar correctamente la técnica y tener en cuenta todos los factores que puedan disminuir la radiación recibida por los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pretendemos mejorar la técnica para conseguir el mínimo de radiación imprescindible que reciban nuestros pacientes en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica junto al servicio de Radiología Pediátrica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • ADECUADA DETECCIÓN DE LOS PACIENTES SUSCEPTIBLES DE REALIZACIÓN DE UNA VIDEOFLUOROSCOPIA
Selección de pacientes susceptibles en función de su situación clínica, personal y de tratamientos. (Dra. García Romero, Dr. Ros Arnal, Dr. Martín de Vicente)

• ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LOS PACIENTES SELECCIONADOS (Dra. López Campos, Dra. García Romero)
Realizar el protocolo
Sesiones clínicas intraservicio de sensibilización del problema al resto de miembros de los servicios que atiendan pacientes con disfagia
Difusión del protocolo correspondiente

• REALIZACIÓN CONJUNTA DE LAS VIDEOFLUOROSCOPIAS ENTRE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA Y SERVICIO DE RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA (Dra. Garcia Romero y servicio de radiodiagnóstico pediátrico: Dra. Gutiérrez, Dra. Izquierdo y personal de enfermería Gutierrez Alonso)
• ADECUAR DOSIS Y TIEMPOS DE RADIACIÓN PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS. Intentar disminuir tiempos de radiación y exposición facilitando un ambiente agradable al niño con la entrada de sus cuidadores a la prueba y disponiendo de material adecuado. Disminuir dosis radiante colimando al máximo la superficie expuesta (enfermero y radiólogo siempre presentes junto a pediatra gastroenterólogo). Anotación en informe de resultados de los tiempos y dosis de radiación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. REDACCIÓN DE PROTOCOLO: MEJORA DE LA EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN EN LA VIDEOFLUOROSCOPIA INFANTIL.
Evaluación: se considerará cumplido el objetivo cuando esté redactado y aprobado por la Comisión Hospitalaria correspondiente:
Indicador : Aprobación protocolo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 670

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPOSICION A LA RADIACION EN LA VIDEOFLUOROSCOPIA INFANTIL

REALIZACIÓN DE VIDEOFLUOROSCOPIAS SIGUIENDO LOS PROCESOS DE MEJORA.
Evaluador: Dra. García Romero.
Evaluación: cada 6 meses.
Indicadores: Porcentaje de pacientes en los que se realiza videofluoroscopia siguiendo los indicadores marcados por el protocolo. Objetivo: > 90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PROYECTO DE CALIDAD 2015-2016. INICIO: JUNIO-2015

Establecimiento de un protocolo de actuación en las videofluoroscopias pediátricas: JUNIO, JULIO y AGOSTO (2015)

Realización de videofluoroscopias con criterios marcados por el protocolo: OCTUBRE (2015) y MARZO (2016)

Evaluación: FEBRERO Y MAYO (2016

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD DEL PACIENTE

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. LACTANTES, NIÑOS Y JÓVENES
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 461

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN INCLUSION DE POLIPOSIS NASOSINUSAL EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA

2. RESPONSABLE ..... PEDRO GIL PARAISO
· 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

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La poliposis nasosinusal es una patología con una prevalencia en la población general en nuestro medio del 2-4%, con incidencia sobre la salud de la población afecta, conllevando además un importante coste socio-sanitario.
Se trata de una enfermedad crónica que afecta a varias especialidades medicas y que en su manejo diario encontramos frecuentemente disparidad de criterios en cuanto a su tratamiento tanto médico como quirúrgico
Actualmente se detectan contrastes entre los diferentes especialistas ORL a la hora de indicar la cirugía como tratamiento de dichos pacientes, encontrando en la lista de espera quirúrgica pacientes con una gran variabilidad evolutiva de la enfermedad.
Se plantea una mejora en la selección de los pacientes candidatos a cirugía para inclusión en lista de espera quirúrgica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El proyecto pretende consensuar la indicación quirúrgica de la Poliposis Nasosinusal, facilitando la actividad de los profesionales implicados en su manejo.
Conseguir un protocolo de inclusión en lista de espera unificado para todos los servicios y profesionales que lo manejen, mejorando la toma de decisiones y por lo tanto la evolución clínica y calidad de vida de los pacientes
Conseguir limitar la indicación quirúrgica de la Poliposis Nasosinusal al cumplimento de dicho protocolo, evitando posibles sobreindicaciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El proyecto de mejora se origina desde la unidad de rinología del servicio de Otorrinolaringología del HUMS, perteneciendo sus autores a la misma.
Se realiza una revisión de bibliografía y consensos actualizados de las indicaciones quirúrgicas de esta enfermedad
Se elabora un protocolo consensuado en armonía con dicha revisión
Difusión al resto de especialistas implicados para su discusión e implementación en la práctica clínica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Comprobación de la realización del protocolo de inclusión en lista de espera quirurgica
Comprobación de su difusión e implementación entre los profesionales implicados.
Porcentaje de pacientes con cumplimiento del protocolo mediante revisión de historias clínicas
Medición del impacto del protocolo en la lista de espera quirúrgica.
Revisión bibliográfica actualizada continua que permita modificaciones para mejora del protocolo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Presentación del proyecto por parte de la Unidad de Rinología, al resto de los profesionales del Servicio de ORL del HUMS en un plazo máximo de 3 meses.
Revision del cumplimiento del protocolo y de su correcta difusión en el plazo de 3 meses desde su puesta en marcha.
Revision de resultados previstos con la implantación del protocolo a los 6 meses.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 624

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA INFECCION OPORTUNISTA EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA GODOY MOLIAS
· 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. HEAMTOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· DE RUEDA CILLER BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· HUARTE LACUNZA RAFAEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· PARRA SALINAS INGRID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.1.Importancia
Los pacientes hematológicos presentan distintos tipos de inmunodepresión dependiendo de la enfermedad que padecen, del momento evolutivo y del tratamiento que hayan recibido. Cada tipo de inmunodepresión genera un riesgo de infección distinto y predispone a tipos relativamente seleccionados de agentes etiológicos. Los gérmenes responsables son habitualmente ubicuos y no suelen producir infección en sanos, por lo que se conocen como gérmenes oportunistas.
Existen tres tipos básicos de déficit inmune: neutropenia, déficit de inmunidad celular y déficit de inmunidad humoral. Existe una correlación entre el tipo de déficit inmunitario, la enfermedad hematológica y la etiología de la infección. No obstante en las enfermedades hematológicas suelen coexistir diferentes tipos de inmunodeficiencia. Según la enfermedad hematológica que padezca el paciente, el cuadro clínico que presente y el tipo de tratamiento antitumoral recibido, el médico puede sospechar el microorganismo responsable, determinar las exploraciones diagnósticas a realizar y eventualmente iniciar tratamiento empírico o anticipado, que en muchos casos puede ser vital.
En pacientes con leucemia aguda, aplasia medular y/o aquellos tratados con quimioterapia intensiva suele existir neutropenia prolongada y en ellos las infecciones son muy frecuentes tanto por bacterias gram positivas como gram negativas, hongos y virus. La infección vendrá condicionada por la intensidad y duración de la neutropenia.
Generalmente la infección se produce por gérmenes endógenos cuyo origen es la flora intestinal del propio paciente, aunque también pueden provenir de fuentes exógenas. Intentaremos actuar sobre los dos tipos de fuentes de infección: endógena y exógena.
La prevención de la infección puede ser crucial, ya que gran parte de las infecciones en estos pacientes pueden llegar a ser muy graves. Además diversos estudios han demostrado que el tratamiento precoz mejora la supervivencia.

4.2. Utilidad del proyecto:
Mejorar el diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas en los pacientes hematológicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir la tasa de infección oportunista y la tasa de infección nosocomial en el paciente oncohematológico.
-Agilizar el diagnóstico de infección oportunista en pacientes hematológico.
-Evitar el desarrollo de resistencias a los distintos antibióticos empleados en la práctica clínica.
-Disminuir el número de días de hospitalización y con ello mejorar la estancia media.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaborar un protocolo de diagnóstico y tratamiento de las infecciones oportunistas en los pacientes hematológicos.
2. Mantener y mejorar los equipos multidisciplinares para realizar de manera precoz el diagnóstico y tratamiento de las principales infecciones en el paciente oncohematológico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. INDICADOR DE PROCESO: reunión semanal en conjunto con Microbiología, Farmacia Hospitalaria y Medicina Preventiva.
2. INDICADOR DE RESULTADO: tasa de infección.

La monitorización del indicador de proceso se realizará con las reuniones semanales que se hacen en la planta de Hematología los lunes. El indicador de resultado se obtendrá mediante revisión de las Historias clínicas y con análisis estadístico, la monitorización de la tasa de infección se hace de forma mensual y anual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Elaboración del protocolo de diagnóstico y tratamiento de la infección oportunista en el paciente oncohematológico: 6 meses
-Mejora de equipos multidisciplinares: 1 mes

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes hematológicos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 624

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA INFECCION OPORTUNISTA EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 507

1. TÍTULO

NUEVO SISTEMA DE REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA TRAS VALORACION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

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.
· SERRANO VIÑUALES ITZIAR. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· LOPEZ UBEDA MARTA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· VAZQUEZ ARIZA JAVIER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS HOSPITAL INFANTIL
· PADILLA ARAGÜES GUSTAVO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS HOSPITAL INFANTIL
· PEREZ DELGADO RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ausencia de un sistema de registro ágil, accesible, universal, no punitivo y sencillo de cumplimentar que permita conocer los acontecimientos adversos que acontecen a diario en nuestra Unidad.
Tras la realización de una encuesta validada sobre cultura de seguridad (HSOPS) de la AHRQ en nuestro servicio en Diciembre de 2013 detectamos entre las áreas de mejora la percepción de la seguridad por parte del personal, problemas en las transiciones asistenciales y menor notificación si lo comparamos con otros hospitales del territorio nacional.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante los últimos 2 años nuestro sistema de registro de acontecimientos adversos se basaba en un registro informatizado disponible en el disco duro de todos los ordenadores de la Unidad que debía ser rellenado por alguno de los adjuntos o residentes adscritos que detectaban el problema. Únicamente se notificaban errores de medicación, errores de identificación y caídas de los pacientes atendidos.
La notificación solo ocurría en situaciones de cierta gravedad o repercusión importante para el paciente. En este periodo solo se notificaron 26 casos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el número de notificaciones mediante un nuevo sistema de registro anónimo, sencillo y accesible.
Dar a conocer a toda la plantilla de urgencias el nuevo sistema para promover el cambio en la actuación del personal ante situaciones de riesgo.
Los objetivos finales son:
- Fomentar la implicación de todos los profesionales de urgencias pediátricas mediante la implantación de un sistema de notificación anónimo de los eventos detectados.
- Promover la cultura de seguridad dentro del equipo ofreciendo información y promoción de nuevas actividades.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1ª Fase: Responsables: FEAs de Pediatría de Urgencias. Elaboración un nuevo sistema de registro consistente en una hoja de notificación, para lo que adaptamos a nuestra unidad la ya existente en UCI pediátrica, con los siguientes puntos básicos: evento adverso y grado del mismo, cuándo y dónde se produce, causa y posible prevención del mismo.
A continuación presentación del nuevo sistema de registro en sesión clínica a todo el personal del servicio antes de su puesta en marcha.
Finalmente colocación de un buzón en una zona apartada dentro de la unidad donde depositar en cualquier momento, las hojas de registro cumplimentadas que estarán disponibles las 24 horas del día en el despacho de la supervisora
2ª Fase: Responsables: 1 FEA de Pediatría y Residentes que hacen guardias en la Unidad. Recogida mensual de las hojas cumplimentadas depositadas en el buzón y transferencia de los datos registrados a una base de datos preparada para tal efecto en el disco duro de los ordenadores de la Unidad
3ª Fase: Responsables: FEAs de Pediatría y Enfermeros de la Unidad. Evaluación periódica de los resultados recogidos y feed back al personal implicado en reuniones rutinarias del grupo de Calidad existente en la Unidad, así como al resto de la plantilla en sesión clínica al menos una vez al año

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de hojas de registro cumplimentadas/número de urgencias atendidas durante el periodo

Categoría profesional de las personas declarantes/ total de trabajadores de cada categoría

Factores epidemiológicos que influyen (Época del año, turno de trabajo, día de la semana…) en %

Número de errores detectados por tipo/total de errores notificados

Incidentes notificados que no llegaron al paciente/total de errores notificados

Factor causal al que se atribuye el error (% del total

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 18 meses, inicialmente.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 507

1. TÍTULO

NUEVO SISTEMA DE REGISTRO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA TRAS VALORACION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

1ª Fase: Noviembre-Diciembre 2014
2ª Fase: Enero a Diciembre de 2015
3ª Fase: Enero a Mayo de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 325

1. TÍTULO

PROTOCOLO DEL MANEJO HOSPITALARIO EN LA EPISTAXIS GRAVE

2. RESPONSABLE ..... COVADONGA GOMEZ DIAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La epistaxis es la hemorragia exteriorizada con origen en las fosas nasales. Es un motivo de consulta frecuente en las urgencias ya que tiene una prevalencia entre el 10-12% de la población. En el 90% de los casos la evolución es favorable, pero ese 10% restante de epistaxis graves puede poner en peligro la vida del paciente ocasionando un importante incremento en la morbilidad, y necesidad en muchos casos de tratamiento quirúrgico de urgencias con una elevada demanda de consulta primaria y de urgencias, y un alto grado de desinformación en la población.

Dentro del tratamiento quirúrgico de la epistaxis existen distintas técnicas como el taponamiento posterior, la ligadura endoscópica de la arteria esfenopalatina, la embolización y la ligadura externa de la arteria maxilar interna y/o carótida externa. De ellos, la ligadura arterial mediante cirugía endoscópica nasosinsusal ha demostrado una significativa reducción de los costes, mejor tolerancia y hospitalización más corta, aunque requiere cierta cualificación por parte del cirujano y medios técnicos adecuados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La finalidad del proyecto es:
a) establecer un protocolo de actuación de la epistaxis grave hospitalaria para reducir al máximo la variabilidad en el manejo de estos pacientes por parte de los profesionales implicados y facilitar la disponibilidad de los recursos humanos y técnicos necesarios.
b) facilitar a los profesionales el manejo y la toma de decisiones
c) proporcionar mayor información a los pacientes y familiares, mejorando su bienestar y tranquilidad en estas situaciones.
Todo ello favorecerá una mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica en los pacientes con epistaxis grave.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a) Actualización de la patología y búsqueda bibliográfica de consesos recientes o guías clínicas establecidas.
b) elaboración del protocololo de actuación en nuestro hospital por parte de la sección de rinología del Serivicio de ORL.
c) Previsión de necesidades para la integración del protocolo en la actividad del Servicio.
d)Difusión al resto del Servicio de ORL así como a otros profesionales implicados en el manejo de los pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a) Comprobación del cumplimiento del protocolo y de su correcta difución mediante revisión de historias clínicas. Porcentaje de pacientes con cumplimiento del protocolo.
b) Porcentaje de pacientes con ligadura arterial mediante cirugía endoscópica nasosinsusal por ser la técnica que ha demostrado reducción de los costes, mejor tolerancia y hospitalización más corta.
c) Satisfacción del paciente en cuanto a la información y atención recibida mediante encuesta. Grado de satisfacción por el paciente.
d) impacto del procolo en cuanto a periodo de hospitalización y complicaciones graves. Número de días de hospitalización y porcentaje de complicaciones graves.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocololo de actuación por parte de la sección de rinología del Servicio de ORL y difusión al resto del Servicio: 3 meses.
Comprobación del cumplimiento del protocolo y de su correcta difusión: 6 meses desde su puesta en marcha.
Comprobación de la existencia de mejora en cuanto a la satisfacción del paciente y posible reducción de su ingreso hospitalario: 12 meses desde su puesta en marcha.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 648

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA DEL SINDROME CORONARIO AGUDO

2. RESPONSABLE ..... JUAN PABLO GOMOLLON GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Síndrome coronario agudo (SCA) es una patología de gran prevalencia y gravedad . Por ello es necesario el diseño y elaboración de un registro que permita recoger múltiples indicadores para evaluar la evolución clínica, comparándola con los estándares internacionales y de nuestro medio; la asistencia recibida, con especial énfasis en la seguridad, información y satisfacción del cliente externo, tanto con parámetros normalizados como en términos de percepción por el usuario y por el personal.
El control de las actividades desarrolladas durante la asistencia sanitaria es crítico para detectar los problemas en calidad asistencial, incluyendo la asignación de recursos, los eventuales riesgos en la seguridad y las áreas de mejora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actualmente tenemos gran dificultad en acceder a la información asistencial sobre los episodios de hospitalización de los enfermos con SCA, dado que es necesario o bien acceder una por una a las Historias Clínicas de los enfermos o bien a los datos de codificación, que a la sazón son dispersos y a menudo incompletos, pues se recogen apenas los diagnósticos y no se sigue una codificación uniforme en los mismos, siendo la nomenclatura heterogénea, con datos no recogidos o que no constan y sin incluir parámetros como reacciones adversas o intolerancias en algunos casos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pretendemos implantar un registro de los pacientes ingresados con SCA con vistas a realizar la detección y evaluación de factores relativos a la calidad asistencial con especial énfasis en la seguridad del paciente y oportunidad de la asistencia recibida; así como estudios epidemiológicos y evolutivos sobre morbilidad, comorbilidad, mortalidad...
Esto es especialmente pertinente tras el establecimiento en nuestra Comunidad del "Código Infarto" y la próxima creación de una Unidad de Cuidados Intermedios Coronarios en nuestro Servicio, para poder seguir su implantación, consecución de objetivos, repercusión en la asistencia al paciente con SCA y oportunidades de mejora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se elaborará e implantará una base de datos informatizada donde se registren los datos de pacientes que ingresan en nuestro Servicio por SCA. Esto incluye datos epidemiológicos, de diagnóstico y evolución clínicos, de calidad asistencial y de información al paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se controlarán los indicadores del registro relativos a tiempos de asistencia, cumplimentación de escalas de riesgo según las guías clínicas vigentes, tratamiento intervencionista y médico recibido, complicaciones y morbilidad, seguridad e información del paciente y resultados del proceso.
Se registrarán los datos durante la estancia hospitalaria y se revisará su cumplimentación al alta hospitalaria.
Evaluación de los datos con carácter semestral.
También se definirá el período de explotación de la base de datos y comunicación de resultados a la plantilla.
Realización de copias de seguridad en el Servidor del Hospital.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio a Septiembre 2015: Diseño de la base de datos.
Elaboración del protocolo de recogida de datos y de su evaluación periódica mediante los indicadores señalados.
Octubre 2015: Inicio de período de inclusión de casos. Mejora y ajustes si son necesarios.
Noviembre de 2015: Inicio del Registro.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. REGISTRO HOSPITALARIO
OTRA PALABRA CLAVE 2. SÍNDROME CORONARIO AGUDO
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 453

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO GONZALEZ HEVIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ PARRILLA MARCELINO. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· ALBERICIO PORTERO JAVIER. QUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· FUSTER PASCUAL OLGA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· FERNANDEZ HERRANZ AURORA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nuestra oportunidad de mejora es poner a punto la metodología necesaria para la vitrificación de los ovocitos de aquellas pacientes oncológicas que van a recibir tratamientos gonadotóxicos.
Actualmente en la Unidad de Reproducción del Servicio de Bioquímica Clínica se realiza la congelación del esperma previo al tratamiento oncológico. El proceso en la mujer requiere una estimulación ovárica para la posterior captación de ovocitos destinados a la vitrificación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es conseguir ovocitos sanos después de la vitrificación para poder ser utilizados una vez las mujeres han superado el tratamiento y conseguir una tasa de embarazos óptima.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La vitrificación se consigue mediante un enfriamiento muy rápido en el cual se utiliza una solución altamente concentrada para evitar la formación de cristales que podrían dañar la estructura del ovocito. Para conseguir un gran cambio de temperatura a gran velocidad, se usa un volumen mínimo de medio (menos de 0,1 microlitros) y nitrógeno líquido a -196ºC. La tasa de supervivencia de las muestras es mayor del 90% y los ovocitos suelen sobrevivir intactos. El proceso de desvitrificación es crítico y de ello dependerá que se obtengan ovocitos de calidad para su posterior fecundación. Se necesita una velocidad extrema en el proceso, sacando la muestra del nitrógeno líquido e introduciéndola en medio a 37ºC.
Posteriormente se valorará la morfología de los ovocitos y en el caso de que sean óptimos serán destinados a la fecundación mediante microinyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).
Para ello las actividades a desarrollar son:
1. Adquisición de un tanque para la crioconservación de los ovocitos.
2. Elaboración del procedimiento que detalle los puntos del proceso de vitrificación y puesta a punto del método.
3. Implantación del proceso en la rutina diaria de la unidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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.
3. Indicador: Tasa de embarazo
Cálculo: Número de embarazos/Número total de transferencia de embriones.
Evaluación anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Junio 2015 . Adquisición del tanque para la crioconservación. Puesta apunto del método.
Julio - Diciembre 2015. Inclusión en la rutina diaria del laboratorio

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 186

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GONZALEZ IRAZABAL
· Profesión ..... OTROS
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RELLO VARAS LUIS. BIOQUIMICO CLINICO. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES. BIOQUIMICO CLINICO. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· GONZALEZ TARANCON RICARDO. BIR. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· FOUNAUD PLACER BELEN. QIR. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· ROMERO SANCHEZ NAIARA. FIR. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobó el Programa poblacional de cribado neonatal que va a formar parte de la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), instando a establecer protocolos consensuados en el marco del SNS, que permitan abordar en todas las comunidades autónomas de manera homogénea y en base a criterios de calidad los procesos de cribado.
Con este fin se han definido una serie de objetivos de calidad que deben cumplir las etapas del programa y los requisitos necesarios para la consecución de estos objetivos.
Para cada uno de los objetivos se propone un nivel óptimo y un nivel aceptable.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende analizar y evaluar la situación actual del Programa de Cribado Neonatal de Aragón, respecto al cumplimiento de estos objetivos, lo que permitirá además el establecimiento de planes de mejora para alcanzar el nivel óptimo de eficiencia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se emplearan una serie de indicadores para optimizar diversas actividades relacionadas con distintas etapas del Programa de Cribado Neonatal, cuya correcta realización son imprescindibles para que los resultados de programa sean óptimos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para cada una de las etapas se evaluarán semestralmente los siguientes indicadores:
ETAPA DE LA TOMA DE LA MUESTRA
Tiempo de toma de muestra.
Garantizar toma de muestra en el intervalo de tiempo adecuado, ya que esto repercutirá en el cumplimiento de los plazos de tiempo de las siguientes etapas.
Óptimo: =99 % de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Aceptable: =95% de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Calidad de la muestra.
Garantizar la calidad y adecuación de la muestra.
Óptimo: =0.5% de muestras no válidas.
Aceptable: =2% de muestras no válidas.

Trazabilidad
Garantizar la correcta trazabilidad e identificación de las muestras. Se debe garantizar la identificación y el seguimiento de todas las muestras desde el inicio del proceso hasta la obtención del resultado final.
Óptimo: 100% de las muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.
Aceptable: 99% de muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.

ETAPA DEL TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS
Tiempo de recepción de las muestras en el laboratorio.
Garantizar la correcta recepción de las muestras en el laboratorio en un plazo de tiempo adecuado y evitar el extravío de muestras.
Óptimo: =95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 3 días de la extracción y =99% antes de 4 días de la extracción.
Aceptable: 95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 4 días de la extracción.

ETAPA DE RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS, ANÁLISIS Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS POR PARTE DEL LABORATORIO DE CRIBADO NEONATAL.
Tiempo de respuesta del laboratorio.
Garantizar el tiempo óptimo de respuesta del laboratorio desde la recepción de la muestra.
Óptimo: máximo 3 días para el =99% de las muestras recibidas.
Aceptable: máximo 3 días para el =95% de las muestras recibidas.

Edad del recién nacido a la obtención del resultado por el laboratorio
Maximizar la efectividad del programa. La optimización de la edad a la detección es clave para tener el

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 186

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

diagnóstico confirmatorio e instaurar el tratamiento de los casos detectados, lo más rápido posible, antes de que se manifiesten los síntomas de la enfermedad, para evitar o minimizar los daños en el recién nacido.
Se consideran las siguientes situaciones:
- Si el resultado obtenido presenta valores muy alterados con una probabilidad elevada de que padezca la enfermedad, la obtención del primer resultado sobre primera muestra válida será:
Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.
Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.
- Si el resultado obtenido presenta valores dudosos que requieran una segunda muestra para confirmación será:
Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).
Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).

ETAPA DE REMISIÓN DESDE EL LABORATORIO DE CRIBADO, A LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO, DE LOS CASOS DETECTADOS POSITIVOS
Remisión a la unidad clínica de seguimiento desde la obtención del resultado por el laboratorio.
Garantizar que todos los casos detectados positivos, han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento en un plazo de tiempo óptimo.
Óptimo/aceptable: 100% han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento el mismo día de la obtención del resultado por parte del laboratorio

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se evaluarán los indicadores correspondientes a los RN nacidos durante el periodo de septiembre de 2015 a septiembre de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Neonatos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cribado neonatal
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 747

1. TÍTULO

SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: COMPROBACION DEL GRUPO SANGUINEO DEL RECEPTOR A CABECERA EN EL AREA DE HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA PAZ GONZALEZ RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LORENZ CLEMENTE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GRACIA PASCUAL CONCEPCION. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· YUS CEBRIAN FLOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· RUPAY ROJAS RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· RUIZ CALVO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ANSON OSEÑALDE BLANCA. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El principal riesgo asociado a la transfusión es la hemólisis aguda por incompatibilidad ABO, con resultado potencialmente letal, casi siempre debida a errores humanos durante el proceso de la transfusión. La seguridad del proceso de la transfusión aumentaría sustancialmente si se le asignaran recursos tecnológicos para prevenir y detectar errores humanos, así como, programas formativos destinados a todo el personal involucrado en la misma. La transfusión posee una serie de características que la hacen especialmente vulnerable a la comisión de errores . Se producen múltiples transcripciones de datos críticos , como la identificación del paciente que pasa de la mente del médico al impreso de solicitud de transfusión , de éste a la enfermera que rotula e identifica la muestra pretransfusional , posteriormente llegan al servicio de transfusión donde se registra la solicitud y se identifica de nuevo la muestra con el código de la solicitud y los productos a transfundir se etiquetan de nuevo con los datos del receptor a transfundir. El hecho de que el proceso anterior no esté automatizado al completo y muchos de los registros se realicen de forma manual, junto al número de personas implicadas , ninguna de las cuales posee un control absoluto de todo el proceso de la transfusión y en la mayor parte de los casos no ha recibido formación previamente, constituye un terreno abonado para la comisión de errores. Otra característica de la transfusión, es que una vez que se desencadena mediante la solicitud cursada por un médico, éste probablemente no vuelva a intervenir y el proceso funciona casi de forma automática, de manera que un error en la extracción de la muestra pretransfusional puede dar lugar a la transfusión de una unidad incompatible.La normativa legal española recomienda la comprobación del grupo sanguíneo a cabecera , confirmando de esta manera que el grupo ABO del paciente coincide con el que se ha determinado en el servicio de transfusión .
Tras la evaluación anual de los datos de hemovigilancia en nuestro hospital y detectar anualmente 1-2 errores por incompatibilidad y frecuentes incidentes sin efecto/ casi error con origen en la extracción de muestras, se solicitó un proyecto de mejora en seguridad transfusional (287) y en el año 2013 se inició la implantación de la comprobación de grupo ABO por el personal de enfermería transfusor, a cabecera del paciente. Se inició en las áreas en las que se habían detectado más errores (UCI y Urgencias) , y posteriormente se amplió al todo el área quirúrgica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La formación ha sido organizada por el coordinador de este proyecto , tras contactar personalmente con los supervisores de cada servicio, adaptándose a la disponibilidad de cada área . Inicialmente se explicaba el porqué de la implantación y objetivos (aproximadamente 5 minutos), cuándo realizarla , dónde registrar los resultados y se realizaba la técnica . Además de comentar en 2-3 minutos el checklist de la transfusión. Cada asistente realizaba 1 o más comprobaciones de grupo hasta adquirir la destreza y conocimiento óptimo para realizarla de forma autónoma y se le entregaba un díptico tamaño bolsillo con toda la información sobre la realización e interpretación de la técnica , además del checklist de la transfusión. Al supervisor se le entregaba un Kit con el material necesario para la técnica y un díptico plastificado .El material es dispensado por el servicio de transfusión , existiendo un registro que incluye fecha de entrega, reactivos entregados y servicio de destino.
Se han formado un total de 254 DUES:
- Quirófano: 102
- UCI (Polivalente, Coronaria, Postcardiaca, Trauma): 75
- Urgencias: 77

Desde la implantación no se ha constatado ningún error transfusional por incompatibilidad ABO en dichas áreas, pero sí en el área de hospitalización en agosto de 2014. Ha disminuido el número de incidentes sin efecto y se ha objetivado una mayor cumplimentación de las hojas de transfusión, y mejor manejo de los componentes sanguíneos en relación al almacenamiento .

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Evitar los errores por incompatibilidad ABO. Mayor formación y por ende mejor manejo de los componentes sanguíneos. Mejora en la cumplimentación y documentación relacionada con la transfusión.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Impla

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de solicitudes con grupo comprobado
Número de incidentes sin efecto/casi error relacionados con la extracción de muestra pretransfusional
Número de errores transfusionales por incompatibilidad ABO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 747

1. TÍTULO

SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: COMPROBACION DEL GRUPO SANGUINEO DEL RECEPTOR A CABECERA EN EL AREA DE HOSPITALIZACION

Consumo de reactivos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Julio de 2015 a Diciembre de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 730

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE ALTAS DE CONSULTAS EXTERNAS DE DIGESTIVO PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA Y PACIENTES

2. RESPONSABLE ..... MARTA GRACIA RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALCEDO GONZALEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· AURED DE LA SERNA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· ASPURU RUBIO KATALIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· JIMENO AYLLON CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· GARGALLO PUYUELO CARLA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· LAZARO RIOS MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los Centros de Especialidades Ramón y Cajal y Pablo Remacha de Zaragoza, pertenecientes al Sector II, con tres consultas de digestivo en horario de mañana y una en horario de tarde, reciben una gran cantidad de pacientes derivados de los 21 Centros de Salud adscritos. Una población envejecida y una patología tan prevalente (la patología digestiva puede llegar a suponer casi el 60% del motivo de consulta en Atención Primaria) supone una enorme carga asistencial provocando a su vez un gran consumo de recursos, tanto personales (personal médico, enfermería, personal administrativo) como materiales (exploraciones complementarias radiológicas, endoscópicas, analíticas, etc).
Muchos de los pacientes atendidos, una vez finalizado su estudio y llegado a un diagnóstico, no precisan un control por nuestra parte, o bien este puede hacerse de forma compartida entre Atención Primaria y Especializada.
Los informes de alta hasta el momento han venido realizándose en su mayoría en formato M-69 escrito a mano, para que posteriormente el lo entregara a su Médico de Atención Primaria.
Creemos que se hace necesario un modelo de alta informatizado y estandarizado en el que queden reflejadas las exploraciones complementarias que se han llevado a cabo, los hallazgos relevantes de las mismas, aprovecharlo para ofrecer a su médico unas pautas de tratamiento que le permitan actuar en un futuro en función de la evolución del paciente.
Asimismo, los propios pacientes también recibirán información sobre su diagnóstico, consejos dietéticos, pronóstico, etc. en un documento independiente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conseguir una continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada
- Proporcionar a los Médicos de familia una información de calidad, basada en la evidencia actual así como pautas para el seguimiento y manejo de pacientes con patología digestiva que no requieran un seguimiento por parte de Digestivo
- Disminuir en lo posible el número de pacientes que son remitidos nuevamente por la misma patología
- Ofrecer a los pacientes información útil y veraz, evitando así la búsqueda de información en fuentes poco fiables

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El proceso de ejecución será el siguiente:
1- Elaboración de informes de alta prerredactados por personal facultativo del Servicio de Digestivo de Miguel Servet, con una parte específica para cada paciente (a completar por el médico que lo esté atendiendo) en lo que se refiere a Motivo de consulta, Resultado de exploraciones complementarias realizadas, Tratamiento administrado y respuesta al mismo, y Pautas de tratamiento (con algoritmos si procede). El tamaño de cada informe no sobrepasará un DINA4 por las dos caras.
Al mismo tiempo se elaborarán los Infomes para pacientes, con información sobre su enfermedad, medidas higiénico dietéticas, síntomas de alarma, pronóstico, etc
Las patologías elegidas en una primera fase del proyecto son:
Enfermedad hepática grasa no alcohólica (esteatosis); Quistes biliares; Hemangiomas hepáticos; Colelitiasis asintomática; Síndrome de Gilbert; Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico; Dispepsia funcional; Síndrome de Intestino Irritable; Estreñimiento funcional; Enfermedad diverticular; Seguimiento de pólipos colónicos; Cancer de colon hereditario y familiar.
Conforme se ponga en marcha el proyecto, cabe la posibilidad de ir añadiendo nuevas entidades.

2- Contactar con el servicio de Informática del Hospital, para que estos informes estén disponibles en la Intranet, de manera que puedan ser visibles a sus Médicos de Atención Primaria así como a cualquier otro facultativo que lo requiera (médicos de otras especilidades, Servicio de Urgencias, etc).
Se intentará que la manera de rellenarlos sea lo más ágil posible para evitar que consuma excesivo tiempo en la consulta.
Los informes para pacientes no se colgarán en red, sino que les serán entregados informes tipo, no personalizados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de informes realizados al año, globales y por cada patología

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 730

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE ALTAS DE CONSULTAS EXTERNAS DE DIGESTIVO PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA Y PACIENTES

- Número de pacientes a los que se le ha entregado informe y que son remitidos de nuevo a Digestivo por la misma patología, sin cambios sustanciales en sus síntomas.
Ambos indicadores serán recogidos prospectivamente desde el momento de la puesta en marcha del proyecto por parte de los facultativos de Digestivo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 al 15 de junio de 2015:
- Elaboración de informes, puesta en común, modificaciones que se crean pertinentes.
- Reunión con servicio de Informática para integración de los informes en Intranet
15 al 30 de junio de 2015:
- Información a los coordinadores de los Centros de Salud del Área 2, para poner en conocimiento de sus Médicos de Atención Primaria la puesta en marcha del proyecto. Contestación de dudas o sugerencias que puedan surgir por su parte.
- Información a todo el personal facultativo del Servicio de Digestivo de la iniciativa
1 de julio de 2015
- comienzo de utilización de los informes
1 de enero de 2016
- primera evaluación de Indicadores

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 276

1. TÍTULO

OBITO FETAL: SUPUESTOS, DOCUMENTACION REQUERIDA Y ADECUADA CUMPLIMENTACION

2. RESPONSABLE ..... SONIA ELENA GREGORIO GONZALEZ
· 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. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GALE EDERRA IDOYA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GOTOR COLAS MARIA LUZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTIN FERRANDO MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUBIRA EGIDO MARIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SAZ SIMON LAURA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TREBOL SAENZ LUIS ANTONIO. CELADOR/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una muerte intrauterina durante la gestación, conlleva la cumplimentación de una serie de legajos, que suelen resultar confusos o desconocidos para muchos profesionales implicados en su atención, pero imprescindibles para las diligencias clínicas y administrativas posteriores al alumbramiento del feto sin vida.
En los dos últimos años, un 40% de la documentación de óbitos fetales de edad gestacional superior a 12 semanas, ha presentado deficiencias en su cumplimentación.
Estas deficiencias repercuten en la paciente y su familia, ya que pueden recibir informaciones contradictorias, repetir trámites que les resultan dolorosos o, incluso, tener que volver después del alta hospitalaria, para cumplimentarlos.
También afecta a los profesionales, ya que suscita dudas a aquellos que prestan asistencia directa y/o puede trascender a otros, que se ven obligados a corregir, adecuar y gestionar la documentación para minimizar las consecuencias del problema en la paciente y su familia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO PRINCIPAL: Normalizar la cumplimentación de la documentación requerida en un óbito fetal.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
1.Crear una herramienta de trabajo eficaz para los profesionales.
2.Reducir errores y omisiones, y sus consecuencias.
3.Mejorar la información recibida por la paciente y su familia.
4.Incrementar la satisfacción de los profesionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un “diagrama de flujo” visual y de sencilla interpretación, acompañado de una serie de anexos en los que se detallarían:
1.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 documental y administrativo.
2.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.
3.Los momentos adecuados, para cada parte del proceso.
Participación en el proyecto de una persona de cada servicio implicado, como especialista en el tema, que aporte información y recoja las incidencias.
Presentación en del documento en los servicios implicados.
Realización de encuestas a los diversos profesionales sobre la comprensión, utilidad y satisfacción respecto al diagrama de flujo.
Reunión para valoración global y actualización posterior

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •Existencia del protocolo en todos los servicios implicados
•Difusión del algoritmo entre los profesionales implicados
•Utilidad percibida por los profesionales
•Registro de incidencias en la cumplimentación de los documentos
•Pacientes afectadas por deficiencias en la cumplimentación del protocolo
Los participantes en el proyecto lo difundiran y encuestaran a profesionales de cada uno de sus servicios.
La responsable del proyecto registrará incidencias y pacientes afectadas, atraves de los registros de planta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO: mayo y junio de 2015.
•DISTRIBUCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN LOS SERVICIOS: julio y agosto de 2015.
•ENCUESTA PROFESIONALES: noviembre de 2015
•RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS: diciembre de 2015
•MEDIDAS CORRECTORAS DE PROBLEMAS DETECTADOS: enero y febrero de 2016
•EVALUACIÓN FINAL Y MEMORIA: abril de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 276

1. TÍTULO

OBITO FETAL: SUPUESTOS, DOCUMENTACION REQUERIDA Y ADECUADA CUMPLIMENTACION

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. obito fetal
OTRA PALABRA CLAVE 2. documentación
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 275

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADENOAMIGDALECTOMIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA GUALLAR LARPA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAHOZ ZAMARRO MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· HERRERO EGEA ANA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VICENTE GONZALEZ EUGENIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CARMEN SAMPERIZ LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GALINDO TORRES BLANCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LLANO ESPINOSA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La adenoamigdalectomía es la intervención quirúrgica más frecuentemente realizada en la Sección de ORL Infantil, lo que supone el mayor número de pacientes en la lista de espera quirúrgica.
A la Sección de ORL Infantil son derivados los pacientes subsidiarios de esta intervención desde toda la Comunidad Autónoma de Aragón y provincias limítrofes.
Dada la variabilidad de indicaciones de adenoamigdalectomía observada en los pacientes remitidos, creemos necesario implantar un protocolo de derivación de pacientes según los criterios científicos actualizados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede al no ser la ampliación de un proyecto previo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal del Proyecto es mejorar la calidad de la atención del paciente en las consultas de ORL Infantil, seleccionando adecuadamente los niños que precisan adenoamigdalectomía y disminuyendo la variabilidad de indicaciones.
Objetivos secundarios:
- Reducir la demora en visitas de primer día en las consultas de ORL Infantil.
- Evitar la repetición de pruebas innecesarias.
- Reducir la demora en visitas sucesivas en las consultas de ORL Infantil.
- Disminuir la lista de espera quirúrgica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se va a realizar un Protocolo que defina las indicaciones de adenoidectomía y amigdalectomía en niños, tras una exhaustiva revisión bibliográfica del tema.
El responsable del Proyecto es la Dr. Guallar, FEA de la de Sección de ORL Infantil, que coordinará a los participantes del mismo (Dra. Lahoz, Dra Herrero, Dr. Vicente, Dra Lisbona, y Dr. Carmen), facultativos de ORL con experiencia en niños pertenecientes al H Obispo Polanco, H U Miguel Servet y H C U Lozano Blesa respectivamente.
Colaborarán además en la revisión bibliográfica las Dras. Galindo y Dra. Llano, residentes de ORL en el H U Miguel Servet.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: El número de niños derivados para adenoamigdalectomía que cumplen los criterios de derivación del Protocolo a las Consultas de ORL Infantil respecto al total de niños derivados.

Indicador 2: Número de Servicios de ORL de nuestra comunidad y provincias limítrofes que adopten el Protocolo descrito.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Septiembre de 2015
Fecha de fin: Septiembre de 2017

Cronograma:
Septiembre 2015-Diciembre de 2015: Elaboración del Protocolo de adenoamigdalectomía.
Enero 2016: Evaluación preliminar y corrección de problemas.
Enero 2016-Septiembre 2017: Implantación del Protocolo.
Septiembre 2017: Evaluación de indicadores descritos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Adenoamigdalectomía
OTRA PALABRA CLAVE 2. Indicaciones quirúrgicas pediatría
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 275

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ADENOAMIGDALECTOMIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 728

1. TÍTULO

VALORACION MEDIANTE ANGIOTC DE LAS PACIENTES CANDIDATAS A RECONSTRUCCION MAMARIA (DIEP). ELABORACION PROTOCOLO TCMD PARA FACILITAR SELECCION DE LA MEJOR PERFORANTE Y CORRELACION CON HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA EUGENIA GUILLEN SUBIRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZARAGOZANO GUILLEN RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· DIAZ DORRONSORO LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cirugía de reconstrucción mamaria con colgajo dermograso de perforantes de arteria epigástrica inferior profunda más conocida por su acrónimo en inglés DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) es la técnica de elección en la reconstrucción mamaria con tejido autólogo porque la piel y la grasa subcutánea del abdomen son comparables a las de la mama. Esta técnica se ha popularizado enormemente en la última década porque respeta la musculatura disminuyendo la morbilidad en la zona donante. Las ramas perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda atraviesan el músculo recto anterior y su fascia e irrigan la piel y la grasa subcutánea en la zona infraumbilical. Es necesario crear un mapa vascular personalizado para cada paciente antes de la cirugía porque la disección de estas ramas es compleja y porque existe una gran variabilidad en la anatomía vascular. Este colgajo de perforante se transfiere posteriormente a la mama y se anastomosa mediante microcirugía a la arteria mamaria interna en la mayoría de los casos.
Existen varios métodos de localización preoperatoria de las ramas perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda, aunque quizá los más populares sean la Ecografía Doppler, la Ecografía Doppler Color y la TCMD.
La TCMD permite seleccionar las perforantes dominantes en cada hemiabdomen según calibre, ruta y relaciones anatómicas con estructuras vecinas, analizar el sistema epigástrico superficial y valorar la musculatura de la pared abdominal. La alta resolución espacial de la TCMD permite la creación de mapas vasculares mediante reconstrucciones multiplanares y 3DVR. Estos mapas vasculares ayudan al Cirujano Plástico a planificar el procedimiento y a realizarlo de forma más rápida y segura, con menos complicaciones postoperatorias.
En nuestro medio, los Cirujanos Plásticos realizan el marcaje intraoperatorio de perforantes según la Ecografía Doppler intraoperatoria y el informe de la TCMD preoperatoria realizado por el Radiólogo. Consideramos que la incorporación de informes de TCMD con mapa de coordenadas y de la Ecografía Doppler Color intraoperatoria o preoperatoria que aporta más información que la Ecografía Doppler, pueden facilitar el marcaje intraoperatorio y reducir el tiempo quirúrgico. Además la revisión conjunta por parte de ambos Servicios de la correlación de los hallazgos de la TCMD con los hallazgos intraoperatorios contribuiría a un enriquecimiento mutuo y a la estandarización del proceso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Establecer el grado de correlación de los hallazgos de la TCMD, la Ecografía Doppler Color realizada la semana previa a la intervención y la Ecografía Doppler intraoperatoria con los hallazgos intraoperatorios para conocer la especificidad y el VPP de cada una de las técnicas de imagen.
-Conseguir una colaboración estrecha de los miembros de los Servicios de Radiodiagnóstico y Cirugía Plástica, Estética y Reparadora para mejorar la atención a las pacientes candidatas a reconstrucción mamaria DIEP.
-Elaboración de un protocolo específico y recogida de los datos que confirmen la utilidad de la TCMD en estas pacientes.
-Reducir la incidencia de complicaciones en los colgajos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Protocolización de la adquisición y la reconstrucción de la TCMD.
-Creación de un informe tipo con tabla de coordenadas que facilite la interpretación del mismo por el Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
-Incorporación de la Ecografía Doppler Color para optimizar el marcaje preoperatorio de las ramas perforantes. La realizará el mismo Radiólogo que haya informado la TCMD, una semana antes de la cirugía.
-Creación de un Grupo de Trabajo liderado por un Radiólogo Vascular y un Cirujano Plástico para la evaluación individualizada de cada caso y la comparación de la TCMD y la cirugía.
-Creación de una base de datos con los resultados obtenidos en las diferentes pruebas exploratorias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Correlación semicuantitativa de perforantes entre TCMD y Ecografía Doppler color preoperatoria.
-Correlación semicuantitativa de perforantes en TCMD y Ecografía Doppler intraoperatoria.
-Correlación semicuantitativa de perforantes en TCMD y cirugía, estableciendo Tasa de Falsos Positivos y Tasa de Falsos Negativos de la TCMD.
-Tasa de pacientes con complicaciones en el colgajo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El estudio tiene un año de duración En este periodo se pretende valorar a todas las pacientes sometidas a DIEP. El estudio quedará abierto continuando la recogida de datos para continuar posteriores estudios.
Los objetivos a cumplir son completar la recogida de datos, evaluar los datos obtenidos con el correspondiente análisis estadístico y mejorar la atención a las pacientes candidatas a reconstrucción mamaria mediante colgajo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 728

1. TÍTULO

VALORACION MEDIANTE ANGIOTC DE LAS PACIENTES CANDIDATAS A RECONSTRUCCION MAMARIA (DIEP). ELABORACION PROTOCOLO TCMD PARA FACILITAR SELECCION DE LA MEJOR PERFORANTE Y CORRELACION CON HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS

DIEP.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 055

1. TÍTULO

OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE PARAMETROS NUTRICIONALES Y DE HB EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, ARTRODESIS VERTEBRAL LUMBAR MULTINIVEL Y COLGAJOS LIBRES PARA 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 TRAUMA
· FRACA CARDIEL CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA TRAUMA
· GARCIA HERNANDEZ ALEJANDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA TRAUMA
· POLO PELLICENA MARCOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA TRAUMA
· OLIDEN GUTIERREZ LETICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA TRAUMA
· HERNANDEZ NUÑO MARTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA TRAUMA
· RODRIGUEZ CALVO CORAL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA TRAUMA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Por un lado, la cirugía mayor en el área de HRTQ, provoca en ocasiones una perdida sanguinea importante, que implica una anemización de los pacientes que conlleva un cierto alargamiento del periodo de recuperacion postoperatorio al necesitar aporte de hierro iv e incluso transfusiones sanguineas.
Por otro lado estas cirugías suelen acompañarse de la implantación de material prótesico, por lo que hay que minimizar la posiblidad de infecciónes y ya es conocida la relación directa del nivel nutricional del paciente con estas,
Partiendo de estas dos premisas el objetivo del proyecto es la identificación de los pacientes desde la consulta de anestesia subsidiarios de mejorar sus niveles de hemoglobia y albumina y la pauta de distintos tratamientos con objeto de conseguirlo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos del proyecto son:
- Implantación de un nuevo estudio analitico preoperatorio
- Optimizar cifras de hemoglobina preoperatoria
- Optimizar estudio nutricional preoperatorio
- Identificar e iniciar tratamiento y/o derivación de los pacientes que lo precisen desde la Consulta de Anestesia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Preoperatorio que incluya determinacion de albumina, ferritina, saturación transferrina, vitamina B12, acido fólico. Responsable Dra. Herranz/ Dr. Gómez
2. Coordinación con Sº Hematología. Dra. Herranz/ Dr. Gómez
3. Coordinación con Sº Endocrino. Dra. Fraca
4. Coordinación con Sº Cirugía Ortopedica. Dr. Polo/ Dra.Hernandez.
5. Coordinación con Sº Cirugía Plástica. Dra. Oliden
6: Coordinación con Sº Neurocirugía. Dra.Rodriguez.
·.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Los pacientes que vayan a ser sometidos a estas cirugías partan de niveles de Hgba > 13 g/l

2. Los pacientes que vayan a ser sometidos a estas cirugías partan de niveles de Albumina > 3.5 g/dl

Los indicadores se monitorizaran semestralmente con datos obtenidos de la historia del paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración de estudio preoperatorio específico (Mayo 15)
Coordinación con Sº Hematologia (Junio 15)
Coordinación con Sº Endocrinologia (Junio 15)
Coordinación con Sº Cirugía Ortopédica (Junio 15)
Coordinación con Sº Cirugía Plástica (Junio 15)
Organización Consulta de Anestesia (Julio-Agosto 15

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 055

1. TÍTULO

OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE PARAMETROS NUTRICIONALES Y DE HB EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, ARTRODESIS VERTEBRAL LUMBAR MULTINIVEL Y COLGAJOS LIBRES PARA CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 259

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS CONDICIONES DE TRASLADO DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS A LA UNIDAD D

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM HERRERO TRAVER
· 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
· OLIVAN LAFUENTE BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LATORRE LABORDA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cada día se realizan un número significativo de cirugías, tanto urgentes como programadas, que precisan de realizar su postoperatorio en una Unidad de Cuidados Intensivos. El traslado, por tanto, de pacientes desde el área quirúrgica o la Unidad de Recuperación PostAnestésica, es una situación que ocurre con frecuencia.

Se trata de pacientes que han sido sometidos a una cirugía mayor o que presentan gran comorbilidad, por lo que su situación clínica es vulnerable y, sin embargo su traslado es indispensable. Todo ello conlleva una situación de riesgo importante, en lugares donde no existen medios para solventar cualquier tipo de complicación.

El servicio de Anestesiología y Reanimación es el responsable de un traslado seguro. Para ello es necesario cumplir una serie de comprobaciones para evitar eventos inesperados durante el tiempo que dura el mismo, y si éstos ocurren poderlos solucionar sin que existan consecuencias graves.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Optimización de las condiciones para un traslado seguro del paciente en el postoperatorio inmediato desde el área quirúrgica o de recuperación post anestésica hasta la UCI

- Estandarización de requerimientos materiales mínimos a la hora de iniciar el traslado (fármacos, monitores, dispositivos para control de vía aérea etc.).

- Comprobación de correcto control de la vía aérea y adecuado funcionamiento del material necesario para el mismo (mascarillas faciales, ambu,, laringoscopios, tubos endotraqueales, respirador de traslado, bombonas de oxigeno etc.)

- Adecuada monitorización hemodinámica previo a la salida del área quirúrgica.

- Preparación de un maletín de traslado con fármacos indispensables y comprobación de acceso venoso funcionante.

- Implicación del personal del área quirúrgica (anestesiólogo responsable, enfermería y celadores) en el acto del traslado.

- Disminución del número de eventos adversos durante éste periodo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Información, al personal responsable, de la dificultad y el peligro que entraña un traslado en este tipo de pacientes, realizando sesiones informativas.

- Concienciación del personal del bloque quirúrgico de que un traslado de un paciente es un trabajo en equipo, y de la importancia de la coordinación ante ésta circunstancia.

- Realización, junto con enfermería, de un dispositivo con fármacos necesarios para el control hemodinámico del paciente, y material indispensable para el manejo de la vía aérea. Este material se guardará junto con el carro de traslado (que contiene el monitor y el respirador diseñado para ello).

- Elaboración de un documento tipo check-list, donde se enumeren los puntos importantes que debemos analizar antes de comenzar el traslado.

- Cumplimentación de dicho documento por parte del personal implicado en el traslado (anestesiólogo responsable, enfermería y celadores) previo a iniciarse dicho traslado.

- Disminución de eventos inesperados y mejora en la resolución de los mismos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Cumplimiento de las condiciones para un traslado seguro, entre los que se incluyen control adecuado de la vía aérea, funcionamiento del respirador de traslado, comprobación de la cantidad de oxígeno disponible, preparación de fármacos adecuados tanto para el manejo de la vía aérea como hemodinámico, y monitorización adecuada

- Revisión del número de incidencias durante el traslado.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 259

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS CONDICIONES DE TRASLADO DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS A LA UNIDAD D

Estos indicadores serán monitorizados a través de un documento tipo check-list, que será cumplimentado por el anestesiólogo responsable, el personal de enfermería y celador el área quirúrgica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Formación del Grupo de Trabajo (Mayo 2015)

-Establecer criterios de evaluación (Mayo 2015)

-Redacción del documento check-list (Junio 2015)

-Recogida de Datos. (Junio 2015 – Febrero 2016)

-Análisis de Resultados y Propuestas d

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes postquirúrgicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 263

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COLABORACION UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES ULME -ATENCION PRIMARIA: PRGRAMA PILOTO EN C.S SAN JOSE NORTE Y CENTRO

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA 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
· UNTORIA AGUSTIN CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· LAMIEL ESCARTIN ELENA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· SANZ RUBIO CONCEPCION. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· DENIZON ARRANZ SOPHIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La lesión medular no sólo tiene efectos sobre el paciente, sino también sobre su familia y cuidadores. A los cambios estructurales y funcionales consecuencia de la lesión medular, les sucede un duro proceso de adaptación fisiológica, psicológica, familiar y de participación social.
El escalonamiento del sistema sanitario público aporta un factor de incertidumbre ante el riesgo de ruptura del “continuum” asistencial al paciente. El objetivo principal de la presente guía de colaboración es facilitar la coordinación entre ambos niveles sanitarios. Hemos observado que hasta ahora el paciente lesionado medular ha dependido en gran medida de la ULME para todo tipo de consultas y esto generaba gran volumen asistencial para la Unidad. En el paciente de alto riesgo de presentar complicaciones (lesiones altas cervicales completas, factores sociales añadidos, malnutrición, ..etc) no existía comunicación con el médico de atención primaria para vigilancia y prevención de complicaciones como UPP, patología respiratoria, ITUs, con lo que se realizaban numerosas y a veces excesivas derivaciones a especialistas y a urgencias .
Planteamos realizar un programa piloto en un Centro de Salud y así observar los resultados con el objetivo de aplicarlo al resto de centros de salud en un futuro.
Se ha escogido el de San José Centro y Norte por pertenecer a él un número significativo de pacientes seguidos en la ULME (33 pacientes) con diferentes grados de complejidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal es la mejora de la calidad asistencial del paciente lesionado medular, en áreas específicas de tratamiento como son prevención y curas de úlceras por presión, infecciones urinarias, cuidados respiratorios, intestino y vejiga neurógenos, crisis de disrreflexia, hipotensión ortostática, y dolor neuropático entre otras .
Se pretende mejorar la adherencia a su médico de cabecera, disminuyendo el número de interconsultas a especialistas y a urgencias, y con ello evitando las complicaciones graves con ingresos hospitalarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Reuniones con miembros de equipo de mejora atención primaria y especializada, con la elaboración de un protocolo de actuación donde se describen las líneas de trabajo: criterios de entrada y salida del proceso ULME-AT Primaria, las diferentes áreas clínicas:
-ulceras por presión: tratamiento y prevención
-alteraciones analíticas: hipoproteinemia, anemia, alteraciones del perfil lipídico
-vejiga neurógena: manejo de las ITUS, técnica de cateterismos vesicales, material de incontinencia
-intestino neurógeno: reeducación intestinal, incontinencia y estreñimiento.
-patología respiratoria en lesiones medulares altas: vacuna antigripal
-disrreflexia autonómica: conocimiento de factores desencadenantes y tratamiento
-alteraciones vasomotoras: hipotensión ortostática, edema por vasoparálisis. Prevención de TVP y TEP.
-dolor neuropático central: opciones terapéuticas
-patología osteoarticular : patología de manguito de rotadores del hombro por sobresolicitación, cervicalgias, contracturas de musculatura periescapular. Valoración de necesidad de tratamiento fisioterápico supralesional.
2. Charlas formativas para personal médico y enfermería
3. Establecimiento de un canal de comunicación vía telefónica y correo electrónico entre atención primaria y médico o enfermería de enlace ULME para consulta de incidencias y de alertas de nuevos pacientes con factores de riesgo dados de alta de hospitalización.
4.Utilizar ese canal de comunicación para alertar sobre pacientes de alto riesgo dados de alta de hospitalización en ULME o vistos en consulta externa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Criterios de valoración del protocolo:
-Nº de atenciones realizadas (actos clínicos) al lesionado medular en el CS San José desde el 1 de Junio al 31 de Diciembre 2015
- Nº de derivaciones a atención especializada y urgencias desde el CS San José del 1 de Junio al 31 de Diciembre del 2015.
-Nº de emails/contactos telefónicos a dirección: ulme.hums@salud.aragon.es desde el CS San José, desde 1 Junio 2015 a 31 de Diciembre 2015
-Nº de ITUS en LM confirmadas con urocultivo en el CS San José, desde el 1 de junio 2015 a 31 de Diciembre 2015
-Nº de ingresos en HUMS (ULME y otras áreas en relación a lesión medular) , desde 1 de junio del 2015 a 31 de Diciembre 2015, procedentes de C.S. de San José.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 263

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COLABORACION UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES ULME -ATENCION PRIMARIA: PRGRAMA PILOTO EN C.S SAN JOSE NORTE Y CENTRO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer trimestre 2015: Reuniones equipo de primaria-especializada. (ya realizadas)
Segundo trimestre 2015: Charla con personal del centro de Salud (ya realizada)
Comienzo de recogida de datos Junio 2015
Enero 2016: Análisis de datos obtenidos y planteamiento de modificaciones posibles o nuevas estrategias a seguir.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con lesión medular en seguimiento por la Unidad de Lesionados medulares de HUMS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 700

1. TÍTULO

COLABORACION FARMACIA- NEFROLOGIA DEL HUMS PARA LA ELABORACION DE UNA GUIA DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS EN INSUFICIENCIA RENAL Y SU APLICACION COMO AYUDA A LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL HUARTE LACUNZA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARNAUDAS CASANOVA LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE NEFROLOGIA
· PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
· ESCOLANO PUEYO ANGEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
· MUNGUIA NAVARRO PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE NEFROLOGIA
· RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE NEFROLOGIA
· CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA
· NAVARRO PARDO IRENE. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Teniendo en cuenta que la mayoría de los fármacos y sus metabolitos son eliminados por el riñón, el deterioro de la función renal determina cambios importantes en la farmacocinética y farmacodinamia de muchos de ellos.
El ajuste de la posología de los fármacos a las características individuales de cada paciente contribuye a maximizar la efectividad terapéutica y minimizar las reacciones adversas relacionadas con medicamentos. Este ajuste posológico es especialmente importante en la ERC, porque muchos fármacos o sus metabolitos se eliminan por vía renal, y pueden acumularse y causar efectos adversos o un incremento de la morbilidad y la mortalidad, lo que genera costes sanitarios innecesarios. Debe evitarse, por tanto, en la medida de lo posible la utilización de fármacos nefrotóxicos y realizar un ajuste de dosis adecuado a la función renal del paciente.
Sin embargo, en el ámbito hospitalario se ha descrito que el 70-75% de las prescripciones, que incluyen medicamentos eliminados fundamentalmente por vía renal y/o que son nefrotóxicos, resultan inapropiadas, en relación a la dosis o a su frecuencia de administración.
Como norma general es necesario realizar un ajuste cuando:
• el margen terapéutico del fármaco es estrecho
• la afectación del riñón es importante (ClCr<50ml/min) y el fármaco se elimina fundamentalmente por vía renal (>50%).
Los métodos principales para ajustar la dosis de mantenimiento en pacientes con IR son: – Aumentar los intervalos entre tomas o – Reducir las dosis .
En la práctica, sin embargo, es muy común y recomendable utilizar una combinación de ambos métodos.
Algunas revisiones sobre el cumplimiento de los protocolos de dosificación de medicamentos en la insuficiencia renal indican que el índice de incumplimiento es bastante elevado, del orden de 19-67% en los hospitales, del 34% en el tratamiento crónico y del 69% en los pacientes no hospitalizados, aunque en este ámbito existen pocas referencias.
A la hora de establecer recomendaciones, las fuentes de información disponibles no ayudan mucho a tomar decisiones clínicas. Es frecuente encontrar recomendaciones poco concretas como “utilizar con precaución en la insuficiencia renal”. Además, aparecen discrepancias importantes entre los grados de insuficiencia renal, y las clasificaciones utilizadas y las recomendaciones de ajuste de dosis también pueden variar entre las fuentes consultadas
Por todo eso, se considera necesario establecer una guía consensuada entre Servicios para el ajuste de medicamentos en pacientes con IR basada en la mejor evidencia científica disponible, y ponerla al servicio de los facultativos del hospital para que sirva de herramienta de ayuda a la prescripción

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es proporcionar una herramienta que facilite a los clínicos el manejo de fármacos que requieren ajuste posológico en pacientes con función renal alterada, con especial hincapié en los fármacos nefrotóxicos.
Se seleccionarán los fármacos que se pueden ver afectados por una función renal anormal o bien afectar a la evolución de la misma. Para todos ellos se realizará una exhaustiva revisión de la evidencia científica disponible, intentando sintetizar y consensuar la información y presentarla de una manera sistematizada y clara para que sirva de soporte en la toma de decisiones en la práctica asistencial diaria y para contribuir a la mayor seguridad y eficiencia de los tratamientos.
Con los datos obtenidos se elaborará una Guía de dosificación, en formato papel o electrónico.
Posteriormente se adjuntará la información con las recomendaciones de ajuste a la ficha de cada medicamento en la aplicación de Farmatools para mejorar las ayudas a la prescripción electrónica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se revisarán fichas técnicas, fuentes terciarias, guías terapéuticas, protocolos de IR y contenidos relacionados con los cambios en la farmacocinética y en la sensibilidad a los fármacos en pacientes con IR, con vistas a presentar las consideraciones necesarias para individualizar la terapia además de los ajustes de dosis a realizar en los fármacos más empleados en la práctica médica. La información se recogerá y se consensuará entre los dos servicios (Farmacia y Nefrología).
Los grupos terapéuticos se revisarán por pares, con un representante de Nefrología y otro de Farmacia para cada uno.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 700

1. TÍTULO

COLABORACION FARMACIA- NEFROLOGIA DEL HUMS PARA LA ELABORACION DE UNA GUIA DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS EN INSUFICIENCIA RENAL Y SU APLICACION COMO AYUDA A LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA

La información ya consensuada se incorporará a la ficha de cada medicamento en el programa Farmatools por parte de los farmacéuticos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de grupos terapéuticos revisados del total Clasificación ATC
Disponibilidad de la guía
Porcentaje de medicamentos con la información recogida en farmatools sobre el total de las recomendaciones.
Encuesta de satisfacción de usuarios una vez implantado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Jun-Jul 15: Selección fuentes de información y creación de un modelo de recogida de datos y de tabla de resultados.
Agosto 15: Reparto de grupos a revisar
Sep 15 – Feb 16: Búsqueda de Información y valoración de la evidencia
Feb– Marzo 16: Puesta en común de los resultados
Abril- Mayo 16: Elaboración de la Guía y difusión.
Mayo 16--- Incorporación de las recomendaciones de la Guía a la ficha de cada medicamento en Farmatools

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes hospitalizados y con IR

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Insuficiencia renal
OTRA PALABRA CLAVE 2. Ajsute dosis medicamentos
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 352

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA TECNICA DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (RIO) EN CANCER DE MAMA PRECOZ. REALIZAION DEL MAPA DEL SUBPROCESO. COORDINACION ENTRE SERVICIOS

2. RESPONSABLE ..... REYES IBAÑEZ CARRERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LANZUELA VALERO MANUELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A partir de 1969, con la introducción del uso de la mamografía moderna se posibilita la implementación del programa de detección precoz de cáncer de mama o screening mamográfico en mujeres de entre 50 y 69 años. Se ha incrementado un 2,5% anual el número de casos detectados y se ha calculado que en el quinquenio 2015-2019 habrá un incremento del 30%. Además, el cribage mamográfico permite detectar tumores más pequeños, de mejor pronóstico, que requieren estrategias terapéuticas menos agresivas, como la cirugía conservadora (CC) de la mama, en que se extirpa el tumor con márgenes libres.

La cirugía limitada y RT es tan eficaz como la mastectomía en los estadios I y II de cáncer de mama. Después de la CC, la radioterapia de la mama reduce .significativamente el número de recaídas locales de un 22.5% a un 10.6% a los 5 años en pacientes ganglios negativos, lo que supone una reducción absoluta del 11.9%, y con un impacto en la reducción del 3,3% en el número de muertos por cáncer de mama a los 15 años. Así pues, todas estas pacientes tienen que ser tratadas con radioterapia y este tratamiento supone un riesgo de cierta dosis a órganos subyacentes (piel, costillas, pulmón y corazón) que a veces se hace difícil de evitar, comportando ciertas complicaciones.
La irradiación de la mama completa tras la cirugía seguida de una sobredosificación limitada al lecho tumoral ha demostrado reducir las tasas de recidiva local, así como aumentar la supervivencia global y causa específica a los 15 años.En varios estudios se ha valorado la posibilidad de eliminar la radioterapia como parte del tratamiento tras una cirugía conservadora, sobre todo en mujeres mayores; sin embargo, en todos ellos se ha encontrado un beneficio significativo en cuanto a control local en el grupo de pacientes tratadas con radioterapia, y otros tratamientos adyuvantes no han conseguido disminuir el riesgo de recidiva local al nivel del conseguido con la administración de radioterapia.
El tratamiento estándar del cáncer de mama tras la realización de una cirugía conservadora (tumorectomía, cuadrantectomía) y posterior estudio axilar (BSGC, linfadenectomía axilar) es la radioterapia de la mama restante, asociada o no a la administración de quimioterapia y/u hormonoterapia en función de los factores de riesgo de la paciente.

La irradiación de la mama es diaria (de lunes a viernes) durante cinco semanas, mas una sobreimpresión en el lecho tumoral. Se trata de un tratamiento incolodo, sobre todo para pacientes que viven distantes de nuestro hospital y ademas los casos de cancer de mama suponen aproximadamente el 30 % del volumen total de pacienes tratados en nuestras unidades con ocupacion importante del tiempo de maquinas ALE. Globalmente, hoy en día, hay dos tendencias para contrarrestar este efecto: hipofraccionamiento e
irradiación parcial de la mama.
Beneficios potenciales para los usuarios y para el sistema sanitario. La muerte de células malignas depende del tiempo y mueren más cuanto más rápida e Intensa sea la dosis
Por un lado el exceso de demanda en los servicios de oncología radioterápica, que quedan sobresaturados, y con los conocimientos radiobiológics más profundos sobre el cáncer de mama, ha propiciado el uso de técnicas de irradiación en la zona de mayor riesgo de RL, que es el área de la tumorectomía, llamada irradiación parcial de la mama. (IPM).
Se consigue una optimizacion de los recursos, tan necesaria en pacientes oncologicos subsidiarios de radioterapia, con identicos resultados en cuanto a control local y resultado estetico para casos correctamente seleccionados.
Hay diversas técnicas para administrar IPM, siendo la radioterapia intraoperatoria (RIO) la que supone una mejoría biológica al administrar in situ durante el acto quirúrgico una irradiación, sin dudas geográficas de la zona a tratar, desplazando la piel.
Concepto teórico de que la enfermedad tumoral microscópica no se extiende más allá del lecho tumoral.
Los datos actuales de los estudios de Milán en pacientes con ganglios negativos que cumplen estrictamente parámetros de bajo riesgo de recaída local, la tasa de recaídas son del 1.5% y del 1.7% a los 5 años, siguiendo los criterios de bajo riesgo de la Asociación Americana ASTRO o la Europea GEC-ESTRO respectivamente, lo que supone un tratamiento seguro.
Subgrupo de pacientes seleccionadas con cáncer de mama de buen pronóstico en las cuales la irradiación exclusiva del cuadrante donde se localizaba inicialmente el tumor tendría el mismo valor pronóstico que la irradiación total de la mama.

Potenciales ventajas…

disminución tiempo total de tratamiento (aumento de confort).
disminución costes (desplazamiento y duración del tratamiento).
mejora de la logística del Servicio (disminuir la carga de trabajo).
minimizar el retraso del tratamiento(durante o inmediatamente después de la cirugía).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 352

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA TECNICA DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (RIO) EN CANCER DE MAMA PRECOZ. REALIZAION DEL MAPA DEL SUBPROCESO. COORDINACION ENTRE SERVICIOS

es.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución tiempo total de tratamiento (aumento de confort fisico y emocional para la paciente)
Disminución costes (desplazamiento y duración del tratamiento).
Mejora de la logística del Servicio (disminuir la carga de trabajo).
Minimizar el retraso del tratamiento(durante o inmediatamente después de la cirugía) evitando interferencias con la quimioterapia.

muy bajo índice de complicaciones
resultados cosméticos a largo plazo excelentes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se adjuntaría documento con mapa del proceso

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Procedimiento
DEMORA QUIRÚRGICA < 15 d.
DEMORA RT < 15 d.
RECONSTRUCCIÓN
ONCOPLASTICA 97%

Resultados
REINTERVENCIÓN < 3%
GANGLIO CENTINELA + < 3%
Racaida local CA. 5 AÑOS < 6%
MORTALIDAD OTRAS CAUSAS < 10

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer caso: 13 mayo 2015

11. OBSERVACIONES. Gestor proceso: Dr. A Antón Torres
Responsable del subproceso de RIO: Reyes Ibañez
Gestora de casos: Carmen Carreras
Ginecólogos:
Isabel Vicente, Fernando Colmenarejo, Fernando Adiago
C. Generales:
Menchu Casamayor, Marisol Matute, Ernesto Hernando
Oncólogos radioterapia:
Reyes Ibañez, Manuela Lanzuela, Pilar San Agustín
Físicos: Jose Antonio Font, Manuela Gandia
Radiodiagnóstico:
Mamen García Mur, Silvia Cruz Ciria, Anabel Garcia Barrado
AP: Celia del Agua, Esther Gimeno, Beatriz Izairre
M. Nuclear:
Teresa Baringo, Soledad------ Leticia de la Cueva, Pablo Navarro11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. >50 años
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 190

1. TÍTULO

ENSAYOS CLINICOS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET: MEJORA DE SU PREPARACION Y EVOLUCION DE SU APORTACION EN TERMINOS ECONOMICOS

2. RESPONSABLE ..... ANGELA IDOIPE TOMAS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNABE ANTOLIN SILVIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· URIARTE PINTO MOISES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· PALOMO PALOMO PABLO. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· LARRODE LECIÑENA ITZIAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· GALINDO ALLUEVA MARIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· PASCUAL MARTINEZ OIHANA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. De acuerdo a la normativa vigente,los promotores de EC aportan de modo gratuito los medicamentos en investigación.En nuestro hospital el número de EC en activo ha ido creciendo en los últimos años pasando de 129 en 2009 a 221 en 2014.La investigación en el área onco-hematológicaha supuesto el 72% del total de los EC realizados en 2014.El grupo terapia antineoplásica y agentes inmunomoduladores es de enorme repercusión económica y encabeza el gasto en medicamentos suponiendo el 24% del gasto farmacéutico total en el año 2014 en el Hospital Miguel Servet.
Además de la importante función para el desarrollo y conocimiento de nuevos fármacos que se realiza en el SF controlando la gestión de muestras para investigación clínica,es preciso destacar que el reciente impulso a la investigación en el centro y el incremento del nº de pacientes incluidos en EC ha aumentado considerablemente la actividad del área pero paralelamente puede generar un ahorro relevante por la disponibilidad de fármacos de manera gratuita durante la realización de los EC.
La valoración del ahorro económico generado es imprescindible para dimensionar adecuadamente la aportación de la investigación clínica en el hospital y planificar adecuadamente los presupuestos anuales en medicamentos.También la evaluación del impacto económico que supone la realización de EC en nuestro medio facilitará el intercambio de información y experiencias entre profesionales, objetivo del Programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en el Servicio Aragonés de SALUD.
Por otra parte en la actualidad es importante disponer de una Unidad que cumpla requisitos de bioseguridad para destinarla al desarrollo de EC con especial riesgo biológico,necesaria para la manipulación/preparación específica de medicamentos que implican estrategias de inmunización y son cada vez con mayor frecuencia objeto de investigación clínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El aporte total en 2014 ascendió a 3.532.372 euros. Destacaron los corresondientes a los EC de Oncología con 1.766.451 euros y de Hematología con 1.286.701 euros. Por patologías destacaron:cáncer de mama con 1.106.420 euros y mielofibrosis con 991.980 euros,seguidas a distancia de carcinoma basocelular con 175.904 euros,trasplante renal con 171.879 euros y cáncer de próstata con 162.960 euros. Los medicamentos en investigación con mayor impacto económico fueron:ruxolitinib con 991.980 euros y trastuzumab emtansina con 721.480 euros,seguidos de pertuzumab con 242.424 euros,vemurafenib con 226.189 euros y abiraterona con 162.842 euros. Por grupos terapéuticos el importe de la terapia antineoplásica ascendió a 2.678.655 euros.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Valoración del importe económico total de medicamentos en investigación utilizados durante 2015 proporcionados gratuitamente por los promotores y su relación con la cuantía de los últimos años.
- Dimensionar la aportación de los EC en términos de impacto económico en el gasto farmacéutico total de 2015.
- Valoración del impacto en función de la unidad investigadora,patología y medicamento en investigación en 2015.
- Analizar la evolución en el tiempo (2012-15) del impacto económico.
- Disponer de una unidad adecuada para la preparación de muestras objeto de EC de especial riesgo biológico por la utilización en su formulación de bacterias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los responsables de las actividades serán los farmacéuticos de las áreas de EC y de Oncología con la colaboración del resto de farmacéuticos del SF.
- Cuantificar el importe total de los medicamentos en investigación aportados utilizando precios de compra o el precio propuesto o el del tratamiento alternativo estándar correspondiente.
- Valorar el importe de la medicación aportada para las diferentes unidades investigadoras,patologías y medicamento en investigación.
- Completar el establecimiento de una Unidad de bioseguridad con cabina de seguridad biológica que evite los riesgos biológicos para los profesionales sanitarios y asegure la preparación adecuada de productos en investigación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Importe total de medicamentos en investigación utilizados.
-% respecto al gasto farmacéutico total.
-Importe por unidad investigadora,patología y medicamento en investigación.
-% importe 2015 vs últimos años.
-Utilización de una Unidad de bioseguridad para la preparación/adecuación de medicamentos en EC con riesgo biológico elevado.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 190

1. TÍTULO

ENSAYOS CLINICOS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET: MEJORA DE SU PREPARACION Y EVOLUCION DE SU APORTACION EN TERMINOS ECONOMICOS

La información se obtendrá de los registros del SF.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cuantificar:
-importe de medicación aportada por unidad investigadora,patología y medicamento en investigación.2ºsemestre 2015.
-importe total de los medicamentos en investigación aportados.1er semestre 2016.
Completar la dotación de la unidad de preparación de EC de riesgo biológico.4º trimestre 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Eficiencia, mejora de la seguridad e intercambio de información y experiencias entre profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Ensayos clínicos, impacto económico
OTRA PALABRA CLAVE 2. Ensayos clínicos, mejora preparación
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 196

1. TÍTULO

ACREDITACION EN ISO 9001:2008 DE LA UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS) 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.
· ARIZA LAHUERTA JUAN CARLOS. SUPERVISOR DE ENFERMERIA PLANTA ULME. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· HIDALGO MENDIA BEGOÑA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· UNTORIA AGUSTIN CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· FERRANDO MARGELI MERCEDES. SUPERVISORA DE FISIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· CERCEDILLO ISLA ELENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Lesionados Medulares del Hospital Miguel Servet lleva en funcionamiento más de 40 años. Durante estos años, se había ido colaborando con otros servicios (Neurología, Neurocirugía, etc.) y con Atención primaria, mediante protocolos, o coordinando procesos. Todos estos años ha funcionado un Grupo de Mejora y Calidad en el Servicio de Rehabilitación, habiéndose trabajado en diferentes líneas de mejora, revisando procedimientos, consentimientos, protocolos, etc, entre ellos los de ULME. En Noviembre de 2014 se crea un grupo impulsor para conseguir acreditar las actividades de la ULME por la ISO 9001.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Sensibilización de los miembros del equipo impulsor y despliegue al resto del personal del alcance ISO:9001.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La acreditación ISO supone un gran esfuerzo de documentación y de sistematización de las actividades -y de la forma en que se realizan éstas- en la ULME, y obliga a hacer una evaluación interna de nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores permitiendo así transformarlos en oportunidades de mejora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La Acreditación ISO en la ULME tiene ya un grupo impulsor constituido por 7 personas (médicos, enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales) y unos objetivos de avance en ISO :9001 marcados por la Unidad de Calidad para este año. Se ha incluido como objetivo prioritario dentro del contrato programa del Hospital con el Servicio de Rehabilitación, la consolidación del sistema de gestión de la calidad y la revisión de los procedimientos, para lo cual, la acreditación ISO 9001 es el marco más adecuado. De las tres fases básicas (documentación, implantación, acreditación), está realizada en gran parte la primera. Así, se dividen las acciones a desarrollar en:
1) Ordenar y completar la documentación (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable: Ricardo Jariod supervisado por Carlos Aragües (Jefe de Servicio)
2) Implantar y extender, el registro de incidencias para poder extraer las acciones correctoras. Responsable: Ricardo Jariod, Juan Carlos Ariza y Mercedes Ferrando
3) Revisar y ampliar a todas las áreas de interés (satisfacción, docencia e investigación…) y el cuadro de mando de indicadores, generando una memoria anual de la Unidad. Ricardo Jariod y Carlos Aragües
4) Incluir la investigación, formación del personal y docencia en los objetivos de la Unidad. Responsable: Ricardo Jariod, Juan Carlos Ariza y Mercedes Ferrando
5) Realizar una autoevaluación que detecte las deficiencias, de forma previa a la auditoria Interna. Responsable : Ricardo Jariod.
6) mejorar las deficiencias detectadas. Todos.
7) auditoria interna, externa y acreditación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cada una de las 7 fases mencionadas se puede evaluar con la pregunta "conseguido": con si/no

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Según el calendario propuesto por la Unidad de Calidad, durante el 1º semestre 2015 se realizará la mayor parte de la fase 1 de Documentación, terminándose esta fase junto con la fase 2 de implantación en el 2º semestre de 2015. La fase 3 de acreditación está prevista para el año 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. lesionado medular
OTRA PALABRA CLAVE 2. Rehabilitación
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 196

1. TÍTULO

ACREDITACION EN ISO 9001:2008 DE LA UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS) DE ZARAGOZA

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 697

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA DOCUMENTACION DEL PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD EN RADIOTERAPIA CORRESPONDIENTE AL SERVICIO DE FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER JIMENEZ ALBERICIO
· 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. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· GANDIA MARTINEZ ALMUDENA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· ANDRES REDONDO MARIA MERCEDES. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· MENGUAL GIL MARIA ANGELES. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· VILLA GAZULLA DAVID CARLOS. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La legislación española establece en el Real Decreto 1566/1998 sobre los criterios de calidad en radioterapia que es obligatorio implantar un Programa de Garantía de Calidad en todas las unidades asistenciales de radioterapia y crear una Comisión de Garantía y Control de Calidad en Radioterapia encargada del desarrollo y ejecución de dicho programa. El servicio de Física y Protección Radiológica participa en la Comisión de Garantía y Control de Calidad en Radioterapia, ya que según el artículo 10 del RD 1566/1998 el especialista en radiofísica hospitalaria es responsable de la aceptación y determinación del estado de referencia inicial de los equipos generadores de radiaciones y de los sistemas de planificación y cálculo, y del establecimiento y ejecución de los programas de control de calidad

La utilidad del proyecto es contribuir a la actualización del Programa de Garantía de la Calidad en Radioterapia, que debe ser un documento vivo. De este modo en primer lugar se contribuye a cumplir con los requisitos legales, y en segundo lugar se pone en valor la calidad de los procesos asistenciales llevados a cabo en el servicio de Física y Protección Radiológica relacionados con radioterapia.

La actualización es necesaria ya que en los últimos cuatro años tanto el Sº de Oncología Radioterápica como el Sº de Física y Protección Radiológica han experimentado una ampliación importante en sus instalaciones y en su cartera de servicios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del proyecto es la actualización de la documentación correspondiente al Servicio de Física y Protección Radiológica para la configuración del Programa de Garantía de Calidad en Radioterapia. Esta actualización debe recoger las últimas incorporaciones en las instalaciones de Radioterapia Externa, Braquiterapia, y Radioterapia Intraoperatoria.

La principal finalidad del proyecto es contribuir a la actualización del Programa de Garantía de Calidad en Radioterapia. Lo que sin duda redundará en una mejora de la calidad en la aplicación de tratamientos radioterápicos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

1. Establecer un calendario de trabajo y un mapa de responsabilidades
2. Actualización de la documentación sobre las pruebas de aceptación del acelerador Siemens Oncor
3. Actualización de la documentación sobre el estado de referencia inicial del acelerador Siemens Oncor
4. Actualización de la documentación sobre el control de calidad del acelerador Siemens Oncor
5. Actualización de la documentación sobre las pruebas de aceptación del acelerador Elekta Synergy
6. Actualización de la documentación sobre el estado de referencia inicial del acelerador Elekta Synergy
7. Actualización de la documentación sobre el control de calidad del acelerador Elekta Synergy
8. Actualización de la documentación sobre las pruebas de aceptación del equipo de radioterapia superficial Therapax
9. Actualización de la documentación sobre el estado de referencia inicial del equipo de radioterapia superficial Therapax
10. Actualización de la documentación sobre el control de calidad del equipo de radioterapia superficial Therapax
11. Actualización de la documentación sobre el estado de referencia inicial del equipamiento en braquiterapia
12. Actualización de la documentación sobre el control de calidad del equipamiento en braquiterapia
13. Actualización de la documentación sobre el estado de referencia inicial de los sistemas de planificación de tratamientos de radioterapia externa (PCRT-2D, PCRT-3D, XiO, Mónaco)
14. Actualización de la documentación sobre el control de calidad de los sistemas de planificación de tratamientos de radioterapia externa (PCRT-2D, PCRT-3D, XiO, Mónaco)
15. Actualización de la documentación sobre las pruebas de aceptación del equipo de radioterapia intraoperatoria Xoft Axxent
16. Actualización de la documentación sobre el estado de referencia inicial del equipo de radioterapia intraoperatoria Xoft Axxent
17. Actualización de la documentación sobre el control de calidad del equipo de radioterapia intraoperatoria Xoft Axxent
18. Actualización de la documentación sobre el estado de referencia inicial del equipamiento dosimétrico

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 697

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA DOCUMENTACION DEL PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD EN RADIOTERAPIA CORRESPONDIENTE AL SERVICIO DE FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

19. Actualización de la documentación sobre el control de calidad del equipamiento dosimétrico
20. Redacción de los capítulos correspondientes al Sº de Física y Protección Radiológica en el Programa de Garantía de Calidad en Radioterapia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores

1. Cumplimiento de los plazos marcados en el apartado 7 punto 1. Tolerancia 80%
2. Programa de Garantía de Calidad en Radioterapia finalizado y entregado a la autoridad sanitaria (D.G.A) antes de fin de 2015.

Evaluación

Reuniones bimensuales entre los miembros del grupo de trabajo.

Seguimiento

Revisión de la documentación de cada punto por el grupo de trabajo. Coordinación con el Sº de Oncología Radioterápica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 1 de junio de 2015

Finalización: 31 de diciembre de 2015

1. Reunión inicial (primera semana de junio). Establecer un calendario de trabajo y un mapa de responsabilidades
2. Sesiones de trabajo bimensuales
3. Entrega de la documentación a la Comisión de Garantía y Control de Calidad en Radioterapia

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Calidad
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 084

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES TRAS CATETERISMO CARDIACO PEDIATRICO MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

2. RESPONSABLE ..... LORENZO JIMENEZ MONTAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AYERZA CASAS ARIADNA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA
· LOPEZ RAMON MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CARDIOLOGIA
· PALANCA ARIAS DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA
· MADURGA REVILLA PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA
· GASCON SORIANO GLORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las cardiopatías congénitas constituyen la malformación congénita más frecuente, afectando a 10 de cada 1000 recién nacidos vivos. Muchas de ellas precisan la realización de cateterismo cardíaco, bien diagnóstico o terapéutico. Las complicaciones típicas más graves de este procedimiento son: muerte (0,14%), embolia aérea (0,08%), arritmias (2,5%) y perforación cardiaca (2,6%). Sin embargo, las complicaciones más frecuentes están constituidas por lesiones menores en las arterias o las venas de acceso (3,4%): hematomas, trombosis, embolizaciones distales, disecciones, hemorragias en los sitios de punción, falsos aneurismas y fístulas arteriovenosas. Las hemorragias, disecciones, embolizaciones y hematomas se desarrollan en las primeras horas tras el proceso, mientras que las trombosis, las fístulas y los falsos aneurismas no son evidentes hasta días o semanas después. Dado que la mayoría de los pacientes reciben el alta del hospital a las 24 horas del procedimiento, es importante que conozcan los signos de alarma ante los que deben consultar y cuales son los cuidados básicos tanto para disminuir el riesgo de complicaciones como el número de reconsultas.
Actualmente en nuestro hospital se realizan unas 45-50 cateterismos cardiacos anuales con una tasa de morbimortalidad en torno al 8% (mayoritariamente complicaciones vasculares); previo al alta se informa verbalmente a todos los padres y pacientes (en el caso de que sean conscientes) de las complicaciones que pueden aparecer y de diferentes recomendaciones básicas en cuanto a actividad física, higiene, curas de la herida, vuelta al colegio, etc. El hecho de que el momento del alta sea uno de los más estresantes y la amplia cantidad de información que se aporta puede hacer que surjan dudas en cuanto al manejo/resolución de problemas o detección de complicaciones tras el procedimiento lo que hace que aumenten las visitas tanto en Atención Primaria como en la consulta de Cardiología Pediátrica o bien que se retrase el diagnóstico de complicaciones. Además, el hecho de que el alta se realice por diferentes profesionales hace que la información aportada no siempre sea completamente homogénea.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aportar información suficiente para identificar de forma precoz todas aquellas complicaciones extrahospitalarias que puedan aparecer tras el alta después de cateterismo cardiaco en niños y como actuar ante las mismas.
- Proporcionar una información que sea excelente y uniforme acerca de los cuidados generales que deben recibir estos pacientes tras el alta, que permita disminuir el número de reconsultas que surgen por dudas en el manejo de los mismos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes pediátricos a los que se les ha realizado un cateterismo cardiaco, bien terapéutico o diagnóstico, para reforzar la información oral facilitada en la consulta, que incluya cuidados generales tras el procedimiento, resolución de problemas habituales y signos de alarma para la detección precoz de complicaciones. Además se facilitará un número de teléfono y extensión en la que deben consultar ante la aparición de dichas complicaciones.
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 hospitalaria y siempre tras la información verbal y la resolución de dudas que pudiesen surgir. Se difundirán estas recomendaciones entre las secciones implicadas en el cuidado de estos pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:?
- Revisión de las historias clínicas de los niños sometidos a cateterismo cardiaco desde la implantación de este proyecto para comprobar que consta que se entrega la hoja de recomendaciones tras el alta hospitalaria.
- ?Comprobar que no se han producido consultas para resolución de dudas en el manejo de estos pacientes y que se han podido detectar de forma precoz todas aquellas complicaciones que pudiesen surgir en el ámbito extrahospitalario entre el alta y la primera visita de control tras el procedimiento.
- Valorar si ha disminuido la incidencia de complicaciones ambulatorias tras la implantación del proyecto.

9. 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.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 084

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES TRAS CATETERISMO CARDIACO PEDIATRICO MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CON CARDIOPATIA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 250

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 .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MIGUEL ROMEO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· ALONSO ESTEBAN MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· VILLEN ANTON MARIA ASCENSION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como objetivos nos planteamos:

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

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de Estructura: Creación de protocolos en materia de seguridad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 250

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)

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

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. JULIO- AGOSTO- SEPTIEMBRE.... cronograma de protocolos y búsqueda de bibliografía
OCTUBRE.....Puesta en común
NOVIEMBRE- FEBRERO.....Elaboración de Protocolos
MARZO- MAYO.....Implantación de los mismos en el Bloque quirúrgico

11. OBSERVACIONES. Creemos que este proyecto de mejora seguramente implicará una prórroga para su total ejecución y desarrollo, debido a la magnitud del trabajo a realizar.

Pretendemos implicar a más profesionales del servicio para desarrollar este proyecto, si fuese aceptado. ¿Podríamos añadirlos más adelante11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 328

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL NUEVO PROTOCOLO DE CRIBADO DEL CA. DE CERVIX 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.
· LANZON LAGA ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NEGREDO QUINTANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGO CONDE CESAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BORQUE IBAÑEZ AMPARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ RAMOS PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PUIG FERRER FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 este tumor.

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. Mayoritariamente los programas de cribado son oportunistas, con coberturas no óptimas y con déficit en la equidad y en la eficiencia.

Los últimos avances en el conocimiento sobre las pruebas de cribado y conducta ante resultados anormales, justifican la necesidad de una actualización en todos estos aspectos. Estos importantes cambios en las estrategias de prevención primaria y secundaria condicionan nuevos escenarios que obligan a plantear cambios en nuestra forma de trabajar hasta el momento.

Con la finalidad de unificar las pautas de actuación en la prevención del cáncer de cuerpo de útero en España, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha elaborado una guía de práctica clínica, publicada en 2014. Algunos de los cambios más significativos incluidos en el documento se refieren al cambio del protocolo del cribado. Esta Guía establece recomendaciones en base a la evidencia científica y los conocimientos más actuales, para cada uno de los escenarios clínicos.

Actualmente en el cribado realizado en Aragón efectuamos un total de 16 intervenciones: 1º citología a los 3 años de inicio de relaciones sexuales (media 18a), 2 citologías anuales sucesivas, citologías cada 3 años hasta los 65 y a los 65 fin del cribado.
Cambiando al cribado poblacional propuesto por la SEGO, reduciríamos a 10 el número de intervenciones, con una mejoría franca de la eficiencia y sin prejuicio para las pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pretendemos actualizar y unificar las pautas de actuación en relación al cribado del cáncer de cérvix en nuestra Área Sanitaria, para mejorar la actividad preventiva utilizando estrategias validadas desde la evidencia científica, con la finalidad de obtener el máximo rendimiento, con criterios de coste-eficacia aceptables, teniendo en cuenta los recursos existentes.

Comenzaremos en la 1º fase del proyecto con la implementación de este protocolo en las consultas hospitalarias de nuestro centro para de forma progresiva y consensuada con atención primaria, pilar fundamental en la realización de las técnicas de cribado, extenderlo a toda el área sanitaria.

En el siguiente año sería deseable conseguir la instauración de un protocolo de cribado poblacional como el realizado en el cáncer de mama.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Diseño de un protocolo de actuación en el Servicio de Ginecología, basado en el protocolo de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), publicado en noviembre del 2014.

2.Instauración del protocolo de forma inicial en las consultas externas hospitalarias de ginecología.

3.Extensión del protocolo en los siguientes años al resto del área sanitaria.

4.Control de calidad del protocolo, con registro de % de cobertura del cribado y número de lesiones premalignas detectadas.

5.Control de la eficiencia del nuevo protocolo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES:

1. % de cribado realizado según el nuevo protocolo, en las consultas externas hospitalarias, deseable por

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 328

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL NUEVO PROTOCOLO DE CRIBADO DEL CA. DE CERVIX EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

encima del 80%.

2. Número de lesiones de alto grado detectadas mediante el nuevo protocolo de cribado.

3. Ahorro económico asociado, al disminuir el número de procedimientos.

4.Evaluación del grado de satisfacción de las pacientes.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:

•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 lesiones premalignas detectadas.

•Realización de un proceso de auditoria 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.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Elaboración del protocolo de actuación: mayo-junio 2015.
2. Presentación a los miembros del Servicio: junio 2015.
3. Inicio de aplicación del protocolo en las consultas externas hospitalarias: septiembre 2015.
4. Creación de base de datos informatizada: junio 2015.
5. Actualización periódica de la base de datos, de forma continuada desde junio 2015.
6. Inicio de estudio comparativo entre pacientes: septiembre 2015.
7. Elaboración de reuniones periódicas: trimestralmente en junio, septiembre y diciembre 2015.
8. Elaboración de memoria anual del proyecto: diciembre 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. 25 a 65 años
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cribado del cancer de cérvix en población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cribado
OTRA PALABRA CLAVE 2. Cáncer de cérvix uterino
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 653

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE ANEMIA PERIOPERATORIA EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA NO CARDIACA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· TORRES BUENO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GALLEGO-CASILDA MARTOS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· RECASENS FLORES VALLE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PARRA SALINAS ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La anemia representa una entidad muy frecuente dentro de la poblacion de pacientes quirúrgicos. Su manejo implica un abordaje multidisciplinar con el fin de optimizar los recursos terapéuticos disponibles de forma individualizada en cada situación clínica.
El uso racional por parte del clínico de transfusiones sanguineas,
ferroterapia (oral y endovenosa), agentes estimuladores de la eritropoyesis y otras alternativas terapéuticas ha de proporcionar el máximo beneficio a nuestros pacientes con las mínimas complicaciones posibles.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Múltiples estudios corroboran la asociación entre anemia perioperatoria e incrementos en la incidencia de complicaciones, mortalidad postoperatoria,estancia hospitalaria y empeoramiento de varios parámetros de calidad de vida.
Tanto por su frecuencia como por su repercusión clinica, la anemia representa un importante problema en el manejo del paciente quirúrgico, por lo que muchas veces hemos de recurrir a la transfusión, una forma rápida y eficaz de restaurar los valores de hemoglobina y evitar los efectos deletéreos de la anemia grave. Por otra parte, la transfusión representa un recurso caro y escaso, asociado a conocidas complicaciones y efectos adversos que hemos de sopesar a la hora de indicarla, tomando en consideración la etiología de la enfermedad, la intensidad de los síntomas, la comorbilidad asociada y las posibles alternativas terapéuticas.
Los resultados que se pretenden conseguir son los siguientes:
-Adecuar cifras perioperatorias de Hemoglobina y Hematocrito sin retrasar la intervención quirúrgica
-Reducción del número de suspensiones quirúrgicas por dicha causa
-Uso adecuado de los recursos disponibles
-Disminución las complicaciones asociadas a la transfusión sanguínea

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Debido a la existencia de una consulta de anemia, lo que pretendemos es crear un circuito perioperatorio desde la consulta de anestesia para optimizar las cifras de Hb y Htc en cirugía programada de tal forma que desde la propia consulta el paciente obtenga una cita con Hematología para no demorar la intervención.
En dicha consulta el paciente recibirá el tratamiento adecuado a su patología, mejorando los valores de partida y por tanto disminuyendo el número de transfusiones intraoperatorias y de complicaciones intra y postoperatorias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Número de pacientes que se mandan a la consulta de anemias desde consulta de anestesia
2-Valores de Hemoglobina, Hematocrito y metabolismo del Hierro preoperatorio (En consulta de Anestesiología)
3-Valores de Hemoglobina, Hematocrito y metabolismo del Hierro posterior al tratamiento instaurado por Hematología
4-Valores de Hemoglobina, Hematocrito y metabolismo del Hierro postoperatorio
5-Número de pacientes transfundidos intraoperatoriamente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un año desde la aprobación del proyecto

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Intervenciones quirúrgicas en Cirugía no Cardiaca

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 695

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA ORGANIZACION EFICIENTE DE LA EVALUACION PREANESTESICA PARA LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y LA CIRUGIA NO CARDIACA

2. RESPONSABLE ..... SALVADOR TOMAS 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.
· NAVARRO HERNANDO AUGUSTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PORTERO LLORO LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La evaluación pre-anestésica tiene los objetivos de analizar la salud del paciente y optimizarlo cuando sea necesario, planificar los cuidados peri operatorios, explicar los riesgos al paciente, decidir la pauta de pre medicación para disminuir el estrés y, obtener su consentimiento.
Proponemos instaurar una nuevo valoración pre anestésica, basada en la recogida de los datos clínicos, analíticos y radiográficos desde su historia clínica informatizada, restringir la petición de pruebas complementarias de acuerdo al riesgo del paciente y cirugía, y, delegar algunos preoperatorios en la enfermera debidamente formada y supervisada.
A favor de la implementación de este nuevo sistema de evaluación preoperatoria, la Sociedad Española de Anestesiología, recomienda:
1- No realizar radiografía de tórax en menores de 40 años sin una enfermedad sistémica concomitante que le limite la calidad de vida
2- No realizar, de manera sistemática, pruebas complementarias en cirugía de cataratas, salvo indicación basada en la historia clínica y exploración física.
3- No realizar pruebas de laboratorio en pacientes sin enfermedad sistémica concomitante que le limite la calidad de vida, antes de una cirugía de bajo riesgo, con una mínima pérdida de sangre peri operatoria.
4- No programar una cirugía electiva con riesgo de sangrado moderado o alto en pacientes con anemia, hasta haberlos optimizado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha realizado una búsqueda sistemática sobre las evidencias actuales en el proceso preoperatorio más eficientes, que se debe continuar.
Se ha diseñado una explotación de la historia informatizada, para recuperar las pruebas ya realizadas y controlar el gasto sin disminuir la seguridad de los pacientes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Desarrollar nuevos protocolos para limitar las pruebas y adecuarlas al estado de salud del paciente y al proceso quirúrgico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Limitar las pruebas complementarias dependiendo del estado de salud del paciente y de la agresividad de la cirugía, decidir el periodo de validez de las pruebas preoperatorias.
Formación de las enfermeras gestoras de casos para extraer de la historia informatizada, los informes que revelen el estado de salud del paciente y las pruebas del preoperatorio que estén ya realizadas.
Cambio en el diseño del circuito preoperatorio del paciente:
a. Circuito rápido en el que con la historia informatizada se puede realizar la evaluación pre anestésica completa y, el paciente se cita directamente para la entrevista pre anestésica sin necesidad de más pruebas.

b. Circuito de evaluación preoperatoria presencial con la enfermera, que estará debidamente formada y supervisada y, que solo se realizará tras haber consensuado las técnicas anestésicas, el estado de salud del paciente y los procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, en el que este circuito es apropiado

c. Circuito de evaluación preoperatoria presencial con el anestesiólogo, tras haber realizado la evaluación pre anestésica no presencial con la historia informatizada, solicitar las pruebas complementarias que falten y, por último, la entrevista con el anestesiólogo en la que se aportarán las pruebas complementarias y/o informes solicitados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. nº de colinesterasas/año, y nº de radiografías de tórax preoperatorias/año, ambas en 2014 y tras el nuevo proceso.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio-Julio 2015
Consenso sobre las pruebas complementarias necesarias para realizar una evaluación anestésica y, de su periodo de validez.
a- Comunicación a los Servicios implicados
Agosto-Octubre 2015
a- Formación de las enfermeras gestoras de casos de anestesia
Noviembre-Diciembre 2015
a- Mejora de la comunicación entre los servicios para que los preoperatorios se realicen con la debida antelación
Enero- Marzo 2016
d. Inicio del cambio de los circuitos preoperatorios

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 695

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA ORGANIZACION EFICIENTE DE LA EVALUACION PREANESTESICA PARA LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y LA CIRUGIA NO CARDIACA

Abril-Mayo 2016
a. Iniciar la recogida de los indicadores

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todos los que se les va a realizar una prueba invasiva o una cirugía en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza con la participación de un anestesiólogo

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Preanestesia
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 711

1. TÍTULO

RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA SEMANAL EN PACIENTES ANCIANAS Y/O FRAGILES. UNA MEJORA EN SU ADMINISTRACION

2. RESPONSABLE ..... MANUELA LANZUELA VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IBAÑEZ CARRERAS REYES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MOLINA OSORIO GUADALUPE. MIR. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· SANCHEZ AGUDO ANA BELEN. TER. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tratamiento radiante del cáncer de mama tras cirugía conservadora implica que las pacientes tienen que venir al servicio de Oncología Radioterápica alrededor de 25-28 días. Con los esquemas de hipofraccionamiento estándar se consiguió rebajar a 18 días pero sigue siendo un número elevado para mujeres muy ancianas, con problemas de movilidad o con comorbilidades importantes. Planteamos administrar esquema de hipofraccionamiento extremo basado en la administración de 30Gy en 5 sesiones de 6Gy a razón de una sesión semanal, tras publicaciones en la comunidad científica que mostraban la no inferioridad en el control de la enfermedad y buena tolerancia sin incrementar la toxicidad. Hasta la fecha hemos tratado a 19 pacientes con excelente tolerancia y sin evidencia de progresión local. Tanto las pacientes como sus familias han expresado su satisfacción con este esquema terapéutico al finalizar el mismo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera poder ofertar esta técnica a todas las pacientes candidatas para que el elevado número de sesiones de un tratamiento radiante estándar no haga que esta población deje de recibir por sus limitaciones para el desplazamiento, etc. un tratamiento complementario que mejora el control local de la enfermedad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las pacientes serán seleccionadas en la consulta de Oncología Radioterápica por los facultativos responsables del cáncer de mama. Serán revisadas de forma semanal durante el tratamiento para valorar la toxicidad aguda y posteriormente de forma mensual y trimestral hasta completar el primer año. Después seguimiento semestral para valoración de toxicidad tardía y control de la enfermedad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se recogerán indicadores de toxicidad cutánea según RTOG y se evaluará de forma reglada la satisfacción de las pacientes y sus familias con este esquema de tratamiento a través de una encuesta de satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se realizará a lo largo del 2015, se recogerán los datos de todas las pacientes en una base de datos y se procederá a su análisis en diciembre de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 693

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAFIA CON ECOPOTENCIADORES: INDICACIONES, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VALORACION DE INTEGRACION DE NUEVAS TECNICAS DE IMAGEN EN LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL H.U. MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... PILAR LAPUENTE GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASADO DOMINGUEZ JUAN MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MATEO PEREZ PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· AUQUILLA CLAVIJO PABLO. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MOLINA BORAO ISABEL. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· URMENETA ULLOA JAVIER. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ecocardiografía ha sido uno de los avances más importantes de las últimas décadas en la cardiología. Esta técnica ha ido perfeccionándose de forma continuada hasta permitir una rápida y precisa evaluación de la mayoría de las patologías cardíacas. A pesar de su permanente desarrollo y el avance tecnológico, continuan existiendo estudios con una ventana ecoica subóptima por visualización inadecuada, en estos casos estaría indicado la realización de un estudio con ecopotenciadores para mejorar la calidad del estudio y el diagnóstico. Aunque en la última década se han desarrollado nuevas aplicaciones, el uso de medios de contraste para las aplicaciones actuales no se está realizando de manera uniforme y su uso en general es muy bajo.

La ecocardiografía con ecopotenciadores consiste en la inyección de un ecopotenciador por vía endovenosa para visualizar el flujo sanguíneo y permitir su visualización en el corazón y los grandes vasos. Los ecopotenciadores son microburbujas que al ser alcanzadas por los ultrasonidos emiten una señal mucho más intensa que la sangre tanto como señal ecocardiográfica como de señal Doppler. Los agentes ecopotenciadores son capaces de atravesar la barrera pulmonar y opacificar las cavidades cardíacas izquierdas.

En el momento actual no existe un consentimiento informado específico para esta técnica de imagen, por lo que proponemos un proyecto de Mejora para la realización de un formulario de consentimiento informado específico, así como la difusión de su uso para mejorar la calidad de los estudios subóptimos, el diagnóstico, el manejo y la atención del paciente, todo ello adaptado al conocimiento basado en la evidencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar un documento específico de consentimiento informado adaptado para esta técnica ecocardiográfica, siguiendo las directrices propuestas por las recomendaciones actuales americanas, así como europeas y españolas.

Proporcionar información específica al paciente y/o representante legal sobre el procedimiento a realizar, las alternativas existentes y las posibles complicaciones de la realización de la prueba.

Difundir el documento de consentimiento informado e información sobre la técnica entre las distintas secciones implicadas en el manejo de los pacientes con patología cardiovascular con el propósito de integrar esta técnica de imagen dentro de la sección de ecocardiografía del centro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para la realización del protocolo revisaremos las publicaciones de las Sociedades Científicas de entidad, así como la última actualización sobre ecocardiografía de contraste de la Sociedad Americana de Ecocardiografía publicada en el 2014.

Realizaremos un documento de consentimiento informado para garantizar una información detallada al paciente y/o representante legal, que deberá firmarse por ambas partes (médico informante y paciente o representante legal) e incluirse en la historia clínica del paciente.

Implicación de todos los miembros del Equipo de Mejora en la difusión de la información en las distintas secciones.

Adaptación del formato del protocolo a las normas de la Comisión de Tecnología del Hospital Universitario Miguel Servet para que esté disponible en la página web del Salud del Sector Zaragoza II.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores previstos de valoración serán:
• Adhesión a la implantación del consentimiento informado.
• Valoración de las indicaciones para la técnica.
• Valoración de las contraindicaciones para la prueba.
• Efectos secundarios observados durante su realización.
• Resultados obtenidos de la prueba.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La fecha prevista de inicio sería inmediata con una duración de 6 meses

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 693

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAFIA CON ECOPOTENCIADORES: INDICACIONES, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VALORACION DE INTEGRACION DE NUEVAS TECNICAS DE IMAGEN EN LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL H.U. MIGUEL SERVET

para crear, redactar e implementar el protocolo y el consentimiento informado, así como la presentación de resultados al finalizar el mismo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 709

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (NORMA UNE-EN ISO 15189) EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº DE BIOQUIMICA CLINICA DEL HUM SERVET. FASE PREANALITICA

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.
· GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO. MEDICO/A. 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
· IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· RODRIGUEZ VALLE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· PUZO FONCILLAS JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet dentro del proyecto de acreditación de laboratorios clínicos promovido por el SALUD logró la acreditación según normal UNE-EN ISO 15189 concedida por ENAC en 2009 y desde entonces mantiene y amplia el alcance en distintas áreas del Servicio.
La sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida presenta unas características particulares respecto a otras áreas del Servicio de Bioquímica Clínica debido al tipo de muestras y análisis llevados a cabo y a la existencia de una consulta de Genética Clínica. Asimismo, esta sección es centro de referencia para todos los análisis Genéticos de la Comunidad Autónoma de Aragón por lo que se reciben muestras de distintos hospitales y centros sanitarios de la comunidad.
La oportunidad de mejora es la ampliación del alcance de acreditación a la Sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida. En concreto, queremos iniciar este proceso de acreditación centrándonos en la fase preanalítica ya que es parte esencial de todo el proceso y la principal fuente de errores. Muchas veces estos errores son difíciles de detectar y además presentan una gran variabilidad debido a que es una fase muy amplia que incluye procesos tanto dentro como fuera del laboratorio. La fase preanalítica es de gran importancia para garantizar la calidad de las muestras y por tanto la fiabilidad e interpretación de los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantar un sistema de gestión de la calidad en la Sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Implantación de una sistemática de gestión de calidad en la Sección.
2. Formación del personal implicado en el proceso.
3. Realización del procedimiento relativo a la preanalítica de la Sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida.
4. Creación de un registro de incidencias de preanalítica.
5. Creación de registros para el control de la recepción de muestras y volantes y del envío de muestras.
6. Creación de registros para la trazabilidad de las muestras en su distribución interna y procesos de preparación para el análisis (extracción de ADN, etc.).
7. Elaboración de indicadores de calidad, registro, evaluación y mejora de los mismos.
8. Gestión de No conformidades, acciones correctivas y preventivas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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.

Indicador: Realización y cumplimentación de los registros.
Estándar: Se han creado los registros correspondientes a la fase preanalítica y se cumplimentan correctamente por el personal implicado (% errores en la cumplimentación de los registros < 5%).
Análisis: mensual
Evaluación: bimensual

Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de preanalítica.
Estándar: El porcentaje de incidencias disminuye en un 10%.
Análisis: mensual
Evaluación: semestral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primera etapa: Fase Preanalítica
Fecha de inicio: Junio de 2015.
Fecha fin: Diciembre 2015.
Cronograma:
Junio – Septiembre: realización del procedimiento e implantación de los registros en la fase preanalítica.
Junio – Diciembre de 2015: formación y cualificación del personal implicado.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 709

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (NORMA UNE-EN ISO 15189) EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº DE BIOQUIMICA CLINICA DEL HUM SERVET. FASE PREANALITICA

Julio – Diciembre 2015: registro de los indicadores y evaluación de los mismos.
Enero 2016: Evaluación del proyecto y elaboración de la memoria.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 026

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y EDUCACION SANITARIA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL LATAPIA RALUY
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMIN GOMEZ ANA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA: UNIDAD DE RODILLA
· CASTILLO LAITA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA: UNIDAD DE RODILLA
· LEORZA ALVAREZ DE ARCAYA NOEMI. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA: UNIDAD DE RODILLA
· LUNA TORRES CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA: UNIDAD DE RODILLA
· MARQUES CASTILLO DIANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA: UNIDAD DE RODILLA
· PEREZ MARCO AZUCENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA: UNIDAD DE RODILLA
· TORRA SANZ ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA: UNIDAD DE RODILLA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Al introducir una nueva técnica quirúrgica en Artroplastia Total de Rodilla (ATR) se detectó la necesidad de actualizar los cuidados de Enfermería al nuevo protocolo "Fast Track". Mientras realizamos este trabajo, vimos necesario la actualización de otros protocolos vigentes, que habían quedado obsoletos, para incluirlos en Intranet del hospital.

Como parte del protocolo de Enfermería "Fast Track" se han diseñado charlas educativas para los pacientes que van a ser intervenidos, que pueden ser tenidos en cuenta en este programa.

Está proyectado el curso "Curso Teórico Practico en Artroplastia de Rodilla para Enfermeria" en el que pondremos en común nuestros conocimientos, junto con compañeras de otras Unidades a nivel nacional, que se celebrará los días 11 y 12 de Junio de 2015.

Así mismo estamos trabajando en la actualización de las recomendaciones al alta de los pacientes intervenidos en nuestra Unidad, dotando al paciente de autonomía en sus cuidados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la calidad de la atención prestada al paciente.
2. Aumentar los conocimientos de todo el personal de la unidad.
3. Unificar criterios y formas de actuación.
4. Obtener de la Comisión de Calidad del Hospital, la aprobación de los nuevos protocolos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de un grupo de trabajo, que se reúne al menos mensualmente para la distribución y puesta en común de los temas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Satisfacción: mediante la realización de encuestas a los pacientes al alta tras la intervención de Artroplastia Total de rodilla.Esta encuesta valora diferentes parámetros Siendo nuestro estándar mínimo de 4, siendo la puntuación máxima un 5.

Continuidad del grupo de trabajo durante un año: Asistencia de un 90% de los miembros, a todas las reuniones mensuales.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio:4 de mayo de 2015
Fecha de fin: mayo de 2016.

Reuniones previstas todos los primeros lunes de mes a las 16h.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cirugía de Rodilla
OTRA PALABRA CLAVE 2. Cuidados de Enfermería
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 736

1. TÍTULO

AUMENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA MEDIANTE LA CREACION DE "CARDS" DE MEDICACION

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA LATORRE IZQUIERDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PINA MARQUES BEATRIZ. EIR. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· CARRASCO NAVARRO MARIA JOSE. EIR. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· NAVARRO TORRES MARIA. EIR. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· MARTIN GRACIA LETICIA PILAR. EIR. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· PEÑALVA BORONAT ELISA. EIR. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA
· BOSQUE GRACIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS DE PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad del paciente es un objetivo fundamental en el entorno sanitario. El riesgo de cometer errores en los servicios de urgencias pediátricas aumenta todavía más debido a las características del trabajo en estas unidades. Lo 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.
En nuestro sistema puede haber elementos que favorezcan la aparición de errores. Estos elementos pueden ser tanto humanos como derivados del equipamiento, la tecnología… Los errores no dependen únicamente de las personas, sino que influyen múltiples factores del entorno, que van a propiciar la aparición de un errores.
Es preciso desarrollar herramientas de trabajo que permitan a todo el personal sanitario, independientemente de su experiencia, actuar de manera segura.
Para ello proponemos elaborar una herramienta llamada “CARDs”, que consisten en unas tablas de medicación que permitan conocer de manera rápida la dosis de fármaco a administrar al paciente en función de su peso y/o edad. En ellas se indicará principio activo, nombre comercial, dosis a administrar en mg, dosis a administrar en ml, indicaciones sobre el modo de preparación y administración, dosis máxima, etc.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar la calidad en la atención recibida por el paciente en el ámbito de las urgencias pediátricas previniendo los errores de medicación.
• Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios.
• Desarrollar una cultura de seguridad de prevención de eventos adversos entre los profesionales sanitarios.
• Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la prevención y minimización de los efectos adversos.
• Crear una cultura de seguridad del medicamento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Revisión bibliográfica: evitar errores de medicación en la urgencia pediátrica.
• Implantación de las tarjetas de dosificación y preparación de fármacos “CARDs” en el servicio de urgencias pediátricas del hospital infantil Miguel Servet.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Valoración del grado de conocimientos del personal sobre la administración de los fármacos incluidos en las “CARDS” antes y después de la implementación, mediante la cumplimentación de cuestionarios pre-post.
• Cuestionario de valoración del grado de satisfacción del personal con la medida implantada.
• Evaluación del grado de utilización de las “CARDS” de medicación mediante encuestas al personal.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo – Junio: Planteamiento teórico del proyecto.
Julio – Septiembre: Revisión bibliográfica.
Octubre – Enero: Elaboración de las tarjetas de dosificación y preparación de fármacos.
Febrero – Abril: Implantación en el servicio de urgencias pediátrica.
Mayo – Junio: Valoración de la efectividad de la intervención.

11. OBSERVACIONES. Reenvío este mismo proyecto que ya envié el viernes. Escribí un correo para confirmar si había llegado pero no he recibido respuesta. Se que el plazo terminaba a las 24h pero por motivos personales me ha resultado imposible enviarlo antes. Espero que el echo de ser un reenvío sea tenido en consideración y se acepte el proyecto. Disculpen las molestias.11. OTRO ENFOQUE. Seguridad del paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. "CARDs" de medicación
OTRA PALABRA CLAVE 2. Seguridad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 736

1. TÍTULO

AUMENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA MEDIANTE LA CREACION DE "CARDS" DE MEDICACION

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 723

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES CON ASCITIS REFRACTARIA MEDIANTE INGRESO EN HOSPITAL DE SEMANA PARA PARACENTESIS EVACUADORA

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.
· FUENTES OLMO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· BARRAO YOLDI ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· GRACIA RUIZ MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· LUZON SOLANAS LARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· PARDILLOS TOME ANA. MIR. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· FRAGO LARRAMONA SANTIAGO. MIR. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ascitis es una de las complicaciones de los pacientes con cirrosis hepática avanzada. La ascitis refractaria engloba a los pacientes que no responden a tratamiento diurético a dosis máximas y a aquellos que no pueden ser tratados con dosis adecuadas de diuréticos debido al desarrollo de complicaciones inducidas por dichos fármacos mayoritariamente insuficiencia renal, hiponatremia dilucional y encefalopatía hepática.
El paciente con ascitis refractaria es un paciente que requiere una atención prácticamente continuada debido al gran número de ingresos hospitalarios que conlleva a lo largo del año por lo anteriormente explicado.
Actualmente los pacientes con ascitis refractaria son tratados de manera errática: En unas ocasiones se realizan las paracentesis evacuadoras en urgencias decidiendo el ingreso según criterio del médico de urgencias; en otras acuden a planta de hospitalización para que los médicos responsables programen la paracentesis evacuadora. Además dado que estos pacientes frecuentemente presentan alteraciones en la coagulación se tiende a repetir analíticas innecesarias, o se administran factores procoagulantes altamente ineficaces en estos pacientes asi como realización de otras pruebas complementarias (cultivos del líquido ascítico, ecografías abdominales

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se plantea la canalización de estos pacientes para la realización de paracentesis evacuadora desde Consultas Externas.
Con esta iniciativa se pretende ofrecer una mejor asistencia a los pacientes dado que evitarán el ingreso a través de urgencias contribuyendo a reducir la carga de trabajo de dicho servicio y disminuyendo el gasto (basado fundamentalmente en la repetición innecesaria de analíticas, exploraciones radiológicas...

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -El paciente se pondrá en contacto telefónico o presencial con el personal sanitario habitual de las Consultas Externas (auxiliar o enfermera) cuando clínicamente presente ascitis significativa que requiera paracentesis evacuadora. Como son pacientes crónicos, esta situación es detectada por el paciente con suficiente antelación como para poder actuar de forma programada en plazos de 2-4 días.
-Dicho personal sanitario se pondrá en contacto con Hospital de Semana para plantear ingreso en dicha planta en las siguientes 24-48 horas
-Tras confirmar la cita se avisará al paciente y al facultativo de la misma
-Se realizará paracentesis evacuadora al principio de la mañana siendo dado de alta tras la finalización de la misma, sin necesidad de pernoctar en el Hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Paracentesis que se programan antes de 72 horas.
Número de pacientes a los que se programa paracentesis antes de 72 horas / Número de pacientes a los que se realiza paracentesis x 100 (Standard: 90 %)

Indicador 2: Realización de estudios innecesarios (análisis de sangre, ecografía, corrección de coagulación...)
Número de pacientes a los que se realicen estos estudios / Número de pacientes a los que se realiza paracentesis x 100 (Standard: 10

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio 1/06/2015.Fecha fin 1/01/2016.
Evaluación de los indicadores: Marzo de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CIRROTICOS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 723

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES CON ASCITIS REFRACTARIA MEDIANTE INGRESO EN HOSPITAL DE SEMANA PARA PARACENTESIS EVACUADORA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 209

1. TÍTULO

CREACION DE GABINETE DE AUDIOLOGIA INTEGRAL

2. RESPONSABLE ..... JAIME LEACHE PUEYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRAILE RODRIGO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DAMBORENEA TAJADA JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VICENTE GONZALEZ EUGENIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La evaluación auditiva de los pacientes hipoacúsicos tenia grandes lagunas al no aplicar t´rcnicas adecuadas a cada situación y depender de otros servicior para realizar algún tipo de prueba

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la actualidad la evaluación audiológica subjetiva la raliza el personal de enfermeria del servicio de ORL, supervisado por un medico.
Las pruebas objetivas se remiten al servicio de neurofisiología

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Evaluación de la función auditiva, de forma subjetiva y objetiva , con las técnicas más actuales; realizadas por el mismo profesional

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se habilita un espacio en el que se instala un equipo de audiometria habilitado para realizar todas las pruebas de audiología convencional, incluyendo audiometrías verbales en campo libre.
Se complemente con 2 equipos de audiología pediatrica y un sofisticado aparato para pruebas objetivas que nos permiten realizar potenciales evocados convencionales, potenciales multifrecuencia,potenciales automáticos,potenciales de estado estable,electrococlerografía, otoemisiones trnsitorias y por productos de distrosión

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Control de la ficha audiologica del paciente, comprobando que re realizan correctamente los procedimientos y creando una plantilla para registrar las pruebas de audiologia objetiva.
todos los pacientes que van a ser operados de cirugía otologica y los candidatos a implntes deben tener cumplimentedos correctamente los informes audiológicos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los equipos estan funcionantes y los procedimientos se aplican en la actualidad a los pacientes candidatos a implantes auditivos.
Se intenta aplicar los estudios a todo paciente con hipoacusia

11. OBSERVACIONES. se intenta ofrecer las técnicas habiltuales de la audiolgía clasica junto con las exploracines neurofisiológicas más actuales , realizadas por el mismo personal en el mismo gabinete11. ENFOQUE PRINCIPAL.
Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 583

1. TÍTULO

ACCESO VASCULAR ARTERIAL EN EL IMPLANTE PERCUTANEO DE PROTESIS AORTICAS (TAVI). PROTOCOLIZACION DE EVALUACION DE PACIENTES PARA ELECCION DE PUERTA ACCESO, SELECCION ACCESO PERCUTANEO O QUIRURGICO E IDENTIFICACION PRECOZ Y TTº DE LAS COMPLICACIONES

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO LECHON SAZ
· 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.
· IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· RICO ROMERO VIRTUDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGHIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· FERRER GRACIA MARIA CRUZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE CARDIOLOGIA
· GUILLEN SUBIRON MARIA EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· DIARTE DE MIGUEL JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El intervencionismo cardíaco estructural requiere la utilización de catéteres introductores de gran tamaño (18-23 French) con frecuencia en pacientes añosos y/o con comorbilidad general y vascular significativa. La incidencia de complicaciones vasculares mayores (graves) en la puerta de acceso supera en algunas series el 10-15% de los casos y tiene un gran impacto en el consumo de recursos hospitalarios y la mortalidad de los pacientes. Desde el inicio del Programa TAVI (Trancatheter Aortic Valve Implantation) en el Hospital Universitario Miguel Servet, los Servicios de Cardiología y Cirugía Vascular hemos desarrollado de forma intuitiva y semiprotocolizada un programa de cooperación encaminado a reducir la incidencia de dichas complicaciones y limitar su impacto en el caso de que se produzcan. Fruto de dicha cooperación entendemos que se ha producido un beneficio para los pacientes así como para el sistema en el terreno de los costes. Sin embargo, no se ha desarrollado un protocolo especifico ni se han recogido de forma sistemática datos que confirmen la bondad de dicha aproximación. También se halla pendiente de protocolizar el manejo anestésico de estos pacientes mediante anestesia general o anestesia local + analgesia/sedación para los casos de exposición quirúrgica de la puerta de acceso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer la incidencia real de complicaciones vasculares mayores en TAVI
Reducir la incidencia de complicaciones vasculares mayores en TAVI
Ampliar los resultados de esta protocolización a otros procedimientos de cardiología intervencionista o angiología transcatéter que precisen acceso arterial de gran calibre

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecimiento las pruebas complementarias a realizar de forma protocolizada antes de la TAVI
Establecer un protocolo de obtención de imágenes de TAC multidetector y mediciones a realizar que resulten significativas para la toma de decisiones
Creación de Grupo de Trabajo estable formado por un cirujano vascular, un hemodinamista, anestesista y un radiólogo para la evaluación individualizada de cada caso
Definir el protocolo de acceso y sellado vascular según la puerta y tipo de acceso elegido, percutáneo o quirúrgico

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. EVALUACION ANUAL
1.- Tasa de pacientes con complicaciones mayores en el acceso vascular global y por método de acceso
2. - Tasa de “switching” de acceso o sellado percutáneo a quirúrgico abierto
3.- Tasa de conversión de anestesia local + analgesia/sedación a anestesia general por motivos vasculares
3.- Tasa de mortalidad hospitalaria y a los 6 meses de los pacientes con complicaciones mayores en el acceso vascular

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración estimada 12 meses. Calendario propuesto:
Meses 1-3: Definición de las pruebas complementaria a realizar y protocolo de imagen y mediciones en el TAC multidetector;
Meses 3-6: Creación del grupo de trabajo, inicio de la actividad y depuración de la estrategia
Meses 6-12: Trabajo protoclizado y evaluación de resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 583

1. TÍTULO

ACCESO VASCULAR ARTERIAL EN EL IMPLANTE PERCUTANEO DE PROTESIS AORTICAS (TAVI). PROTOCOLIZACION DE EVALUACION DE PACIENTES PARA ELECCION DE PUERTA ACCESO, SELECCION ACCESO PERCUTANEO O QUIRURGICO E IDENTIFICACION PRECOZ Y TTº DE LAS COMPLICACIONES

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 355

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LA SORDERA BRUSCA

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA LLORENTE ARENAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUALLAR LARPA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· FRAILE RODRIGO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DAMBORENEA TAJADA JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VIVES RICOMA EMILIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se considera como sordera brusca (SB) aquella hipoacusia neurosensorial o perceptiva unilateral de inicio súbito, en menos de 72 horas, con pérdida de más de 30 dBs, al menos en tres frecuencias consecutivas de la audiometría tonal, sin otros antecedentes otológicos previos. Es uno de los pocos casos de emergencias neurotológicas, con una incidencia de 5-20 casos por 100.000 habitantes y año, aunque recientemente en España se estima que asciende a 20-60 casos por 100.000 habitantes y año.
Aunque existe abundante literatura sobre el diagnóstico y tratamiento de la misma, no disponemos actualmente de un Protocolo actualizado en el Servicio de ORL que nos permita homogeneizar y revisar el tratamiento, especialmente en su manejo en la Urgencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede al no ser la ampliación de un proyecto previo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal del Proyecto es mejorar la calidad de la atención del paciente que presenta una sordera brusca, con el fin de obtener la mayor recuperación auditiva posible.
Objetivos secundarios:
- Homogeneizar el manejo de estos pacientes tanto en Urgencias como en las Consultas de ORL.
- Realizar un correcto seguimiento de los pacientes a largo plazo en la Sección de Otología, valorando las secuelas y las opciones de adaptación protésica o de implantes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se va a realizar un Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la sordera brusca, tras una exhaustiva revisión bibliográfica del tema, especificando el circuito de diagnóstico del paciente desde la Urgencia hasta su seguimiento en consulta de ORL en la Sección de Otología.
El responsable del Proyecto es la Dra. Llorente Arenas, que coordinará a los participantes del mismo (Dr. Leache, Dr. Fraile, Dr. Damborenea y Dra. Guallar) facultativos de ORL pertenecientes a la Sección de Otología, así como al residente de ORL el Dr. Vives Ricoma.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: El número de pacientes que se diagnostican y tratan siguiendo nuestro protocolo del total de pacientes diagnosticados de sordera brusca en nuestro medio.
Indicador 2: Número de Servicios de ORL de nuestra comunidad y provincias limítrofes que adopten el Protocolo descrito.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Septiembre de 2015
Fecha de fin: Septiembre de 2017

Cronograma:
Septiembre 2015-Diciembre de 2015: Elaboración del Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Sordera Brusca.
Enero 2016: Evaluación preliminar y corrección de problemas.
Enero 2016-Septiembre 2017: Implantación del Protocolo.
Septiembre 2017: Evaluación de indicadores descritos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. hipoacusia brusca
OTRA PALABRA CLAVE 2. hipoacusia neurosensorial, corticoides
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 502

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION FENOTIPICA Y GENOTIPICA DE CARBAPENEMASAS EN GRAM NEGATIVOS. AMPLIACION A OTROS MECANISMOS DE RESISTENCIA

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.
· REVILLO PINILLA MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FERRER CERON ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PALACIAN RUIZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GOMARA LOMERO MARTA MARIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VICENTE VILLANUEVA MERCEDES. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· HERNANDEZ GARCIA PILAR. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2014 se concedió e inició el proyecto de mejora “Mejora en los métodos diagnósticos para la detección fenotípica y genotípica de carbapenemasas en gram negativos”. El objetivo de este proyecto consistía en la estandarización del cribado (técnicas fenotípicas) e implantación de métodos moleculares para la confirmación de cepas productoras de carbapenemasas en Pseudomonas spp. y en enterobacterias.

Este proyecto se solicitó debido a la importancia de una rápida detección y correcto diagnóstico de cepas productoras de carbapenemasas.
En el Hospital Universitario Miguel Servet ya se han dado múltiples casos de infección por Pseudomonas aeruginosa extremadamente resistentes y portadoras de metalobetalactamasas. Respecto a enterobacterias, y en el periodo de implantación de este proyecto, se han detectado ya dos cepas productoras de OXA-48.

Como ya se ha comentado, este tipo de cepas suele presentar mecanismos de resistencia adicionales (por ejemplo producción de BLEE o AMPC), para los que también se realiza detección fenotípica, siendo interesante la implantación de técnicas moleculares adicionales para su confirmación y caracterización

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1- Se han definido los criterios de inclusión y se han estandarizado las técnicas fenotípicas de cribado según lo siguiente:

Pseudomonas spp: realización de test fenotípico para la detección de metalobetalactamasas (MBL) mediante prueba de discos combinados en todos aquellos aislados intermedios o resistentes a imipenem y/o meropenem.

Enterobacterias: realización de test fenotípico para la detección de carbapenemasas (KPC; OXA; MBL) mediante prueba de discos combinados en todos aquellos aislados que cumplen lo siguiente:

CMI = 1 mg/l para imipenem o meropenem o CMI = 0.5 mg/l de ertapenem (según rangos de CMI disponibles en nuestro sistema automatizado).
Halos <23 mm para imipenem y/o <25 mm para ertapenem y/o meropenem.

2- Realización de técnicas de confirmación molecular

Pseudomonas spp: se ha puesto a punto una PCR casera (según Ellington 2007 y Poirel 2011) para la detección de las familias de MBL más frecuentes (VIM y otras incluyendo NDM)

Enterobacterias: se ha puesto a punto una PCR casera (según Poirel 2011) para la detección de las familias de carbapenemasas más frecuentes (KPC, OXA y MBL incluyendo NDM).

Se ha probado con resultados muy satisfactorios una PCR comercial en tiempo real que permite la detección de carbapenemasas KPC, OXA, VIM, IMP y NDM en menos de 60 minutos, que permite el empleo tanto muestra directa (hisopo rectal para cribado de portadores) como cepa aislada

Además, se ha intensificado la búsqueda activa de posibles carbapenemasas en enterobacterias (cribado mediante disco de ertapenem y meropenem).

Los resultados de indicadores son los siguientes:

Indicador nº 1: puesta en marcha de forma satisfactoria de técnicas moleculares SI/NO

Indicador nº 2: confirmación molecular: nº aislados con confirmación molecular/nº aislados con test fenotípico positivo (>95%)
Pseudomonas spp <95% ; Enterobacterias >95

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Además de continuar con la detección fenotípica de carbapenemasas y su posterior confirmación molecular, se pretende implantar nuevas técnicas moleculares para el estudio de otros mecanismos de resistencia. Se trata fundamentalmente de técnicas de PCR caseras, de bajo coste, pero que

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 502

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION FENOTIPICA Y GENOTIPICA DE CARBAPENEMASAS EN GRAM NEGATIVOS. AMPLIACION A OTROS MECANISMOS DE RESISTENCIA

resultan de gran utilidad como complemento a la detección fenotípica de BLEE y AMPC y caracterización de cepas circulantes, entre otros.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se va a continuar con las técnicas de detección fenotípica y confirmación molecular de carbapenemasas en Pseudomonas spp y enterobacterias.

Adicionalmente, se van a implantar técnicas moleculares para la confirmación y caracterización de BLEE y AMPC en enterobacterias.

Asignación de tareas:
Realización de los test fenotípicos: TEL (Mercedes Vicente, Pilar Hernández)
Interpretación de test fenotípico y selección de aislados para confirmación molecular: Ana I Lopez, I Ferrer, P Palacián.
Puesta a punto y formación en técnicas moleculares: AI López
Realización de técnicas moleculares: TEL: Mercedes Vicente, Pilar Hernandez Residentes: Marta Gomara, Berta Vela.
Análisis periódico de resultados: AI López, Marta Gomara, Berta Vela.
Interpretación y análisis de resultados finales: AI López, P Palacián, I Ferrer, MJ Revillo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador nº 1: puesta en marcha de forma satisfactoria de técnicas moleculares SI/NO
Indicador nº 2: confirmación molecular: nº aislados con confirmación molecular/nº aislados con test fenotípico dudoso o positivo (>95

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: mayo 2015
Fecha fin: mayo 2016
Cronograma:
Revisión bibliográfica: mayo-junio 2015
Puesta a punto de técnicas moleculares: mayo-septiembre 2015
Confirmación molecular de aislados con test fenotípico dudoso o positivo: junio 2015-abril 2016
Recopilación y revisión de resultados periódica: trimestral
Recopilación y análisis final de resultados: mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 715

1. TÍTULO

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS PRE Y POST CATETERISMO CARDIACO 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.
· MODREGO IRANZO DIANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARTINEZ SIMON MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PASCUAL ALIENDE MARIA LORETO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PLA GARCIA PATRICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CEBOLLADA GADEA LETICIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· DEL BARRIO ARANDA NATALIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MATUTE CABALLERO MARIA NIEVES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes cardiacos hospitalizados son sometidos a una gran variedad de procedimientos invasivos con fines diagnósticos y/o terapéuticos, dentro de los cuales se integran los cateterismos cardiacos.
La realización de un cateterismo cardiaco es una técnica muy utilizada en la actualidad en los pacientes con sospecha de patología cardiaca.
Estos pacientes, antes y después de dicho procedimiento, van a ser atendidos en unas unidades de enfermería hospitalaria en las cuales van a recibir unos cuidados muy específicos dirigidos a la prevención y actuación rápida ante posibles complicaciones.
En las citadas unidades hemos detectado diferentes estrategias de actuación en la práctica diaria enfermera sobre la atención de dichos pacientes por lo que vimos una oportunidad de mejora. A las cuales sumamos la existencia de variabilidad en el 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 específico de estos pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBEJTIVO GENERAL

- Unificar criterios en la actuación del personal de la unidad de Cardiología en la atención del paciente antes y después del cateterismo cardiaco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Información de existencia de protocolos de actuación de enfermería de otras unidades semejantes en la atención pre-post cateterismo, 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 Hemodinámica, responsables de la realización del cateterismo cardiaco.
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
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.
s

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - 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 el % de profesionales de la unidad y de nueva incorporación que ha sido instruido.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Información de existencia de protocolos de actuación de enfermería de otras unidades semejantes en la atención pre-post cateterismo, mediante revisión bibliográfica. Mayo- Septiembre de 2015
2. Realización de entrevistas con médicos especialistas en cardiología y enfermeras responsables de la unidad. Mayo- Septiembre de 2015
3. Realización de entrevistas con cardiólogos y enfermeras especialistas en Hemodinámica, responsables de la realización del cateterismo cardiaco. Mayo-Septiembre de 2015
4. Realización de de un plan de cuidados de enfermería para estos pacientes con la colaboración de todo el equipo de mejora. Octubre-Diciembre 2015
5. Ilustración del plan de cuidados realizado en fichas ilustrativas. Octubre-Diciembre 2015
6. Divulgar entre los compañeros de la unidad y de nueva incorporación el plan de cuidados mediante sesiones

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 715

1. TÍTULO

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS PRE Y POST CATETERISMO CARDIACO EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

informativas para la instrucción en el cuidado específico de dichos pacientes. Enero-Mayo de 2016
7. Evaluación de la formación. Enero-Mayo de 2016
8. Evaluación de los cuidados prestados: Mayo- Diciembre de 2016

11. OBSERVACIONES. SI EN ALGUN MOMENTO NECESITASEMOS DE APOYO METODOLOGICO, NOS PONDRIAMOS EN CONTACTO CON EL DEPARTAMENTO DE CALIDAD DEL SALUD11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CARDIOLOGIA EXPUESTO A UN CATETERISMO CARDIACO. Y PROFESIONALES DE ENFERMERIA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CUIDADO
OTRA PALABRA CLAVE 2. CATETERISMO
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 698

1. TÍTULO

ESTADO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLOGICO ORL SOMETIDO A TRATAMIENTO QUIRURGICO. IMPLICACIONES PRONOSTICAS

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO MALTRANA GARCIA
· 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. SECCION DE CABEZA Y CUELLO
· SEVIL NAVARRO JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SECCION DE CABEZA Y CUELLO
· ADIEGO LEZA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SECCION DE CABEZA Y CUELLO
· SANZ PARIS ALEJANDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La malnutrición es un problema habitual en el paciente oncológico, que produce una peor tolerancia a los tratamientos, una tasa mas elevada de complicaciones y un aumento de la estancia hospitalaria. La cirugía en la esfera otorrinolaringológica esta considerada de alto riesgo nutricional.
En el cáncer de cabeza y cuello en general se viene adoptando la actitud conservadora de órgano. Esto significa que ante un cáncer avanzado se opte como primera opción terapeutica la quimioterapia y la radioterapia.
La cirugía oncológica en nuestra especialidad, en la actualidad es llevada a cabo en muchas ocasiones tras la no respuesta o la recidiva tras el tratamiento conservador de órgano.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede al no ser una ampliación de un proyecto previo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal de este proyecto es mejorar la calidad de vida del paciente oncológico. Se pretende verificar la sospecha clínica del aumento de complicaciones postquirúrgicas en pacientes con malnutrición.
Objetivo secundario: Poner en marcha un protocolo de actuación nutricional previo al inicio del tratamiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se pretende realizar una valoración del estado nutricional previa al tratamiento quirúrgico de los pacientes oncológicos del área ORL.
El responsable del proyecto es el Dr. Maltrana Garcia, FEA de la sección de Cabeza y Cuello. Se colaborará como se viene haciendo hasta ahora con el servicio de endocrinología, representado por el Dr. Sanz Paris.
La valoración del estado nutricional se realizará mediante la Valoración Global Subjetiva generada por el paciente(VGS-GP) basada en la exploración física y en la historia clínica.
Se valorarán complicaciones infecciosas, hemorrágicas y la tan temida fístula faringo-cutánea o faringostoma.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Número de pacientes tratados quirúrgicamente que han realizado la valoración nutricional respecto al total de pacientes.

Indicador 2: Número de pacientes con malnutrición que presenten complicaciones en el postoperatorio.

Indicador 3: Estancia hospitalaria de pacientes con malnutrición.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Septiembre de 2015
Fecha de conclusión: Diciembre 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Estado nutricional
OTRA PALABRA CLAVE 2. cancer de cabeza y cuello
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 251

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACOGIDA DE LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

2. RESPONSABLE ..... FLAVIA MANGLANO ALONSO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TEBAN PONCE VANESA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· SUBIRON VALERA ANA BELEN. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· LUQUE CARRO RAQUEL. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· ALVAREZ ALONSO BEATRIZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· ALLER CONDE MARIA. MATRONA. H DE JACA. PARITORIOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 práctica 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.
La entrevista con la mujer para discutir el plan de parto , nos sirve para informar a la mujer de la realidad del servicio de paritorios del Hospital Miguel Servet, crear un vínculo previo al día del parto con el hospital, aumentando la confianza y la información mejorando la calidad asistencial y consiguiendo un mejor resultado de este proceso asistencial tan importante.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Creado un circuito de derivación desde atención primaria por medio de un e-mail de las mujeres que deseen concertar una entrevista para discutir su plan de parto.
Creado un circuito de derivación de las mujeres que acuden a la planta sexta y a paritorio y que desean concertar una entrevista.
Consecución de que un 72% de las gestantes contesten la encuesta postparto.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. mejorar la sensación 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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de un circuito de derivación desde el servicio de atención al paciente de los planes de parto presentados directamnete, y ofrecerles a las familias la posibilidad de una entrevista. RESPONSABLES: ANA BELÉN SUBIRÓN Y RAQUEL LUQUE.

Continuamos con un e-mail utilizado por las matronas de primaria para enviarnos los datos de las mujeres que deseen entrevistarse para revisar su plan de parto. Se cita a las gestantes. RESPONSABLE: MARIA ALLER.

Durante la cita se revisará conjuntamente el documento para resolver dudas, aclarar información, y explicar el funcionamiento de nuestro servicio, en especial en relación a las funciones que competen a la matrona respecto al plan de parto dentro de los protocolos y planes de atención ya previsto en el HUMS. RESPONSABLES: FLAVIA MANGLANO Y BEATRIZ ALVAREZ.

Envío y recepción de las entrevistas de satisfacción. RESPONSABLES: RAQUEL LUQUE Y ANA BELÉN SUBIRÓN.

Creación de un sistema para mejorar las respuestas de las entrevistas postparto. RESPONSABLES: TODO EL EQUIPO.

Realización de una charla informativa dirigida al resto de los profesionales involucrados en el proceso del parto y atención hospitalaria de la mujer. RESPONSABLES: TODO EL QUIPO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. EL 100% DE MUJERES QUE SE PONEN EN CONTACTO CON NOSOTRAS A TRAVÉS DE E-MAIL SON CITADAS.

AL 100%DE LAS MUJERES SE LES ENVÍA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

EL 72% DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS NOS RESPONDEN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

EL 43% DE LAS RESPUESTAS SE CONSIGUIERON VÍA TELEFÓNICA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Creación de un circuito de derivación de los planes de parto recibidos en atención al paciente. JUNIO-SEPTIEMBRE 2015.

Revisión del método de envío de las entrevistas postparto. JUNIO 2015.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 251

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACOGIDA DE LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

Recepción de las citas y realización de entrevistas. DURANTE TODO EL PROCESO.

Revisión del plan y corrección de posibles fallos. DICIEMBRE 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 212

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE HIPERTENSION PULMONAR POR CARDIOPATIA IZQUIERDA PRE CIRUGIA CARDIACA. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL

2. RESPONSABLE ..... ANA MARCEN MIRAVETE
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ JULVE MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· BLASCO PEIRO TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· AURED GUALLAR MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LASALA ALASTUEY MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· RIVERO FERNANDEZ ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CALVO CEBOLLERO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) y la insuficiencia de ventrículo derecho (IVD) son importantes factores de riesgo morbimortalidad en cirugía cardíaca (QC).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Resultados: 8 P, 6 mujeres, edad media 65’3 años, 1 P fue intervenido de estenosis mitral (EM), 2 de insuficiencia mitral (IM), 1 doble lesión mitral, 1 estenosis aórtica (EAo), 1 EAo y EM y 1 comunicación interauricular tipo ostium secundum. Todos tenían HP severa y la FEVI normal en todos menos en uno. Se observó una reducción de las cifras de PP (PPs media pretratamiento 77 y postratamiento 44’5 mmHg). 2 han reingresado por IC. Ningún éxitus.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos: Proponer un protocolo de manejo de pacientes (P) que van a ser sometidos a QC y tienen HP debida a su cardiopatía izquierda (CI).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Métodos: realizamos estudio observacional retrospectivo de P con HP debido a su CI que fueron sometidos a QC de enero de 2014 a abril de 2015 y fueron pretratados con S (dosis 60mg/24 horas – 160 mg/24horas) desde ser aceptados a QC y levosimendán (0’1 mcg/kg/min) 24 horas antes de la misma. Analizadas las características basales, la evolución de los parámetros hemodinámicos (la medición de las cifras de presión pulmonar (PP) preQC se realizó mediante cateterismo cardíaco derecho y postQC mediante ecocardiografía) y el desarrollo de insuficiencia cardíaca (IC) durante el seguimiento.
Se prevee a partir de ahora seguir esta misma actuación en este tipo de pacientes para así mejorar el grado de HP y evitar o reducir ingresos por IC.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Presión pulmonar sistólica: medición mediante cateterismo derecho y/o ecocardiografía
Ingresos por insuficiencia cardíaca

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los pacientes deberán comenzar a tomar sildenafilo oral en el momento de ser aceptados para ser sometidos a cirugía cardíaca o en el momento que se indique médicamente, deberán ingresar 5 días antes de la cirugía cardíaca y administrarse levosimendán 24 horas antes de la misma.

11. OBSERVACIONES. Este protocolo se centra fundamentalmente en los pacientes con HP debido a CI que van a ser sometidos a QC pero nuestro objetivo es extenderlo, con peculiaridades específicas, a todos los pacientes con HP por CI.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 566

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE NEUROSONOLOGIA- Sº DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... JAVIER MARTA MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ERREA ALBIOL JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· MODREGO PARDOS PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· AURE VILLALBA ALBERTO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· TEJADA MEZA HERBERT DANIEL. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· CRUZ VELASQUEZ GERARDO. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· FERNANDEZ SANZ ARIADNA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El estudio Ecodoppler de carótidas y troncos supraórticos (EDTSA) y el estudio doppler y ecoduplex trancraneal (EDTC) son hoy herramientas imprescindibles para llegar a un diagnóstico etiológico y de seguimiento en patología vascular cerebral.
En nuestro servicio realizamos más de 1.800 exploraciones al año. Eso pueda dar idea de la importancia que tiene que esos estudios sean de calidad y aporten la información necesaria para tomar decisiones fiables en el tratamiento, la selección de casos para endarterectomía, etc. Sin embargo, se conoce que es una prueba operador-dependiente, este es, la fiabilidad de los resultados dependen de la pericia, experiencia y método del operador. Por esta razón es fundamental que se evalué periódicamente la validez de nuestro estudios y haya un control de calidad interno.
El patrón de comparación del ecodoppler es la arteriografía, el angio TC o angio RM.
Por otra parte, para que realmente sean útiles para la toma de decisiones, los estudios deben realizarse en tiempo y forma, sin demora.
Proponemos definir un sencillo cuadro de mandos con indicadores (definición, fuente, periodicidad, resultados y estándares) para seguimiento de la validez y puntualidad de los estudios de neurosonologia en nuestra Unidad que den lugar a detectar áreas de mejora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este proyecto se incluye en las acciones incluidas en el Plan de Calidad y acreditación de la ISO 9001 de nuestro Servicio de Neurología-Unidad de Ictus.

Los neurólogos del equipo de Ictus del HUM Servet ya hemos realizado un programa de actualización formativa sobre neurosonología en 2014 y un Manual de Procedimientos en 2015. Otra de las acciones planificadas para mejorar la calidad de nuestro trabajo es comprobar la sensibilidad y especificidad de los estudios en comparación con el patrón oro que es la arteriografía, el angio TC o la angio RM.
Ya hemos definido los indicadores y los hemos medido a lo largo de los últimos 6 meses. La idea es hacer un seguimiento continuado de los mismos y comunicar los resultados.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es garantizar y en su caso mejorar, la calidad y fiabilidad de nuestros estudios neurosonológicos. El lema que manejamos a diario es “medir para mejorar”.
Tenemos también la intención de hacer una comunicación en el Congreso de la Sociedad Española de Neurología, en el apartado de Gestión, Evaluación y Calidad, que incluya las tres iniciativas que hemos puesto en marcha para mejorar la oferta de los estudios neurosonológicos: actualización formativa, establecer procedimientos reglados y un cuadro de mandos de indicadores de seguimiento.
Por otro lado, creemos que este tipo de iniciativas juegan un papel importante en la formación de los residentes y en crear una cultura de transparencia y gestión de la calidad, al mostrar nuestro rendimiento y calidad de una forma abierta y crítica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para comprobar la sensibilidad y especificidad de los estudios en comparación con el patrón oro que es la arteriografía, el angio TC o la angio RM es necesario un audit de todas las historias clinicas (indicacion) y de la arteriografía o neuroimagen (concordancia).
Para seguir el cumplimiento de los objetivos de demora, partimos de la agenda, peticiones pendientes y oferta estructural.
Ya hemos definido los indicadores y los hemos medido a lo largo de los últimos 6 meses. La idea es hacer un seguimiento continuado de los mismos y comunicar los resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El proyecto ya ha concluido su primera fase (definir los procedimientos e indicadores) y nos proponemos la 2ª (seguimiento de más de 1 año) y 3ª (mejora y comunicación de los resultados)
Los indicadores definidos son:
- % de diagnósticos de oclusión carotídea en EcoDTSA que se confirman en arteriografía o angio TC (>90%, periodicidad anual)
  - Casos de oclusión en EDTSA con arterio o angio TC-RM de confirmación/casos que se confirma la oclusión x100
- % de diagnósticos de estenosis quirúrgicas (>70%) que tienen prueba de confirmación y son confirmados en la arteriografía o angio TC (>80%, anual)
  - Casos de estenosis >70% con arterio o angio TC-RM de confirmación/casos en que se confirma el grado de estenosis con menos del 20% de variación x100
- % de diagnósticos de oclusión en los que se realizó estudio de inversión de la oftálmica (100% anual)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 566

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE NEUROSONOLOGIA- Sº DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

• Demora en la realización de estudios ambulatorios (<15 días para preferentes y <2 meses para normales; seguimiento mensual)
• Demora de estudios en pacientes en la Unidad de Ictus (>80% realizados antes de. 72 h; seguimiento mensual)
• % de pacientes ingresados en la Unidad de Ictus que tienen el estudio realizado antes del alta de la misma (>70%; seguimiento mensual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Ya hemos comenzado el seguimiento, pero creemos que la Beca de Mejora puede ser un gran estímulo para continuarlo y que se consolide.
Los indicadores se monitorizan mensualmente y anualmente (enero-dic), según se haya definido.
Tenemos los datos del cierre del 2014 y los meses del 2015 ya transcurridos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ictus, aterosclerosis, concordancia entre pruebas
OTRA PALABRA CLAVE 2. control y garantía de la calidad
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 034

1. TÍTULO

COORDINACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA OPTIMIZACION DEL ALTA DEL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MARTIN HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALVEZ HERRANDO MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· ABAD BABIER ROSARIO. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. TRABAJO SOCIAL
· LOGROÑO GASPAR ANA CECILIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. TRABAJO SOCIAL
· HUESO DEL RIO LUIS ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
· PEGUERO BONA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
· CRESPO AVELLANA MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
· NAVARRO GARCIA PALMIRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente anciano con fractura de cadera presenta una complejidad característica derivada no sólo del proceso que genera su ingreso sino de la comorbilidad previa, de la que aparece durante su estancia hospitalaria y de las condiciones sociofamiliares del entorno en el que vive. A menudo ello origina la necesidad de participación de diversos profesionales sanitarios y no sanitarios con objeto de tratar integralmente su patología y de conseguir su reintegración al medio habitual. La falta de coordinación entre ellos es causa de redundancia de pruebas médicas y prolongación de su estancia hospitalaria.
El objetivo de este proyecto es conseguir la coordinación interdisciplinar de los profesionales implicados en la atención integral de estos pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducción en la estancia hospitalaria del paciente anciano con fractura osteoporótica de cadera mediante la optimización de la solicitud de pruebas complementarias y decisión multidisciplinar del destino y momento del alta.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reunión multidisciplinar de profesionales de Geriatría, Medicina Interna, Traumatología (Facultativos y enfermería) y Trabajo Social con objeto de evaluar diariamente el estado físico, afectivo y cognitivo de los pacientes diana, su entorno sociofamiliar y el momento y destino de alta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Estancia media hospitalaria de pacientes con fractura osteoporótica de cadera del anciano (>65 años) en año 2015 / Estancia media hospitalaria de pacientes con fractura osteoporótica de cadera del anciano (>65 años) en año 2014

Resultado óptimo < 0.8

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicial para evaluación: Año 2015. A partir de 2016 seguimiento anual

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fractura osteoporótica de cadera

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Fractura osteoporótica de cadera
OTRA PALABRA CLAVE 2. Anciano
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 759

1. TÍTULO

SCREENING MEDIANTE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE REACCIONES ADVERSAS AL METAL EN PORTADORES DE PROTESIS DE CADERA CON PAR DE FRICCION METAL-METAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES MARTIN LAMBAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAYAYO SINUES ESTEBAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· DINU LAURA ELVIRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En algunas ocasiones, las prótesis de cadera con par de fricción metal-metal genera reacciones adversas, locales y sistémicas, debido a la liberación de iones de cobalto y cromo, que pueden conducir al fallo de la artroplastia.
Por este motivo, en el año 2010, se retiraron del mercado mundial algunos tipos de prótesis, con una elevada tasa de revisión (ASR ®). Sociedades científicas nacionales de cirugía de cadera han lanzado alertas médicas para este tipo de prótesis, con criterios de actuación consensuados por paneles de expertos. En el año 2012, la Sociedad Española de Cirugía de Cadera (SECCA), publicó algoritmos de monitorización de pacientes con este tipo de artroplastias.
A pesar de que el uso de prótesis metal-metal ha decaído considerablemente en los últimos años, se siguen utilizando en la actualidad sistemas modulares de cuello, con interacciones metal-metal.
Las reacciones adversas a debris metálicos (RADM) suponen el mecanismo de fallo más importante de las prótesis de par de fricción metal-metal. Se produce una respuesta inflamatoria tanto por reacción granulomatosa a cuerpo extraño como por reacción antígeno-específico mediada por linfocitos T, y afectan a las partes blandas periprotésicas, identificándose como vasculitis linfocítica aséptica, metalosis y seudotumores.
Los estudios de imagen para el seguimiento incluyen radiología simple, que aporta información de la orientación y fijación de los componentes, comparando con las radiografías del postoperatorio iniciales.
Para la valoración de las RADM es necesaria la realización de estudios de imagen “planares”. La prueba radiológica que proporciona mejor definición es la resonancia magnética (RM), pero por su falta de disponibilidad puede restringirse a pacientes sintomáticos con otras pruebas de imagen no concluyentes. La ecografía es una técnica limitada para la valoración de planos profundos. La tomografía computarizada multidetector (TCMD) utilizando protocolos de reducción de artefactos metálicos, aporta información útil de los planos blandos periprotésicos. La mayor disponibilidad de esta técnica, por su rapidez, constituye su principal ventaja.
Aunque existe evidencia de relación significativa entre la concentración de cobalto/cromo en sangre y las tasas de desgaste aparecidas en componentes protésicos explantados, los niveles iónicos son pobres marcadores de fallo de la artroplastia así como de RADM.
Además, los valores de PCR y VSG pueden estar elevados en situaciones de RADM, sin indicar necesariamente la presencia de infección protésica.
Existe consenso respecto a que las imágenes tomográficas especiales como la RM y la TC, consideradas de forma aislada, tienen un mayor peso que la determinación analítica de los iones.

De acuerdo a las recomendaciones establecidas en el seguimiento de los pacientes portadores de prótesis con par de fricción metal-metal, se requiere durante los primeros 5 años un seguimiento anual clínico y analítico, incluso en pacientes no sintomáticos. La diversidad de presentación clínica, potencial pronóstico adverso y pobre sensibilidad de marcadores de laboratorio hacen recomendable en prótesis de alto riesgo, el uso de técnicas de imagen especiales para la detección precoz y seguimiento de RADM, realizando en nuestro caso TCMD anual.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Seguimiento radiológico de los pacientes en riesgo de desarrollo de RADM
• Detección precoz de RADM y con ello mejorar el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con artroplastias de cadera de par metal-metal
• Promover la comunicación de los efectos adversos de este tipo de prótesis

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para ello se realizarán las siguientes acciones:
• Definir los pacientes en riesgo de desarrollo de RADM, en base a las recomendaciones previamente establecidas, como el tipo de prótesis, la presencia de sintomatología, posicionamiento de componentes y niveles de iones.
• Realización de TCMD mediante protocolo adaptado para amortiguación de artefactos metálicos.
• Limitar la realización de RM a los casos de TC no concluyente o de fuerte sospecha clínica y analítica de RADM, evitando la demora diagnóstica
• Mejorar la comunicación entre radiólogo y médico peticionario (Traumatología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de pacientes a los que se les realiza estudio TCMD por prótesis de riesgo de desarrollo de RADM.
• Número de RMs realizadas en el mismo periodo de tiempo y comparar los resultados con los de la TC
• Número de pacientes con RADM detectadas.
• Utilizar un sistema de gradación por imagen de las RADM consensuado entre los radiólogos especializados en

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 759

1. TÍTULO

SCREENING MEDIANTE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE REACCIONES ADVERSAS AL METAL EN PORTADORES DE PROTESIS DE CADERA CON PAR DE FRICCION METAL-METAL

radiología osteoarticular.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del estudio: Mayo 2015
Evaluación del estudio y análisis de los resultados: Enero 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 338

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS GENITALES DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

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.
· BARBASTRO CRESPO NATALIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
· CLARIANA SEBASTIAN MONICA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
· MONTANEL ABADIA CARMEN. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
· CESPEDES MARTINEZ BELEN. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
· NUÑEZ MEDINA ROSSI. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
· MORILLA MORALES ELENA. FIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
· SOTERAS COLON RAQUEL. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. En el año 2013 se consiguió una importante ampliación del alcance de acreditación en otras áreas, incluida la Bacteriología.

En estos momentos nos planteamos la ampliación del alcance de acreditación a la totalidad de las secciones del Servicio, incluida la Sección de Exudados GENITALES.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ampliación del alcance de acreditación en la sección de Exudados GENITALES en la próxima auditoria ENAC prevista para junio de 2016.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realización de los Procedimientos Técnicos de Análisis para las muestras incluidas en el alcance de acreditación.
- Formación y Cualificación del personal implicado.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo.

Tareas asignadas
• Enfermería: Toma de muestras
• Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas.
• Personal facultativo: Realización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º Indicador:
• Realizar los Procedimientos Técnicos de Análisis. SI/NO
2º Indicador:
• Formación del Personal adscrito
Nº de personas formadas/Nª de personas adscritas al alcance (>95%)
3º Indicador:
• Realización y cumplimentación de registros técnicos y de calidad
• Nº de registros cumplimentados/ Nº de registros totales x100 (>90%)
4º Indicador:
• Realización y evaluación del control de calidad interno (>90%) (Se monitorizará revisando cada tres meses los registros correspondientes al control interno y las posibles incidencias asociadas).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: abril de 2015
Fecha de finalización: mayo de 2016

Cronograma:
• Procedimientos técnicos de Análisis: Abril -Diciembre de 2015.
• Formación y cualificación del personal adscrito: Abril- Diciembre 2015
• Implantación del control interno: Abril -Diciembre de 2015.
• Implantación de los registros técnicos y de calidad. Abril -Diciembre de 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 338

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS GENITALES DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 179

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR CRONICO PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

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.
· SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASADO MERODIO ANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEÑA CALVO PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LUCAS HERNANDEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor es la principal causa de solicitud de atención en los médicos de Atención Primaria. A pesar de ello la formación durante la formación universitaria y en postgrado sigue siendo deficiente en el conocimiento del dolor. El primer lugar al que acude el paciente con dolor es el Médico de Atención Primaria, siendo fundamental en algunos cuadros de dolor un enfoque inicial adecuado para evitar sufrimiento innecesario y en algunas causas una cronificación irreversible del cuadro doloroso. Es habitual que muchas derivaciones a la Unidad del Dolor no cumplan los criterios de derivación y otros pacientes con criterios de derivación preferente son enviados a nuestra unidad tras haber deambulado por otras especialidades durante dos o tres años, siendo su situación a la llegada a nuestra Unidad en muchos casos irreversible. También se observa un deficiente conocimiento en el manejo de los analgésicos mayores y en el tratamiento del dolor neuropático, llegando los pacientes en no pocas ocasiones con tratamientos no solo insuficientes sino inadecuados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es una formación práctica y básica en el tratamiento del dolor crónico, a la mayor parte de los médicos de Atención Primaria del Sector II. De manera que al final del programa sepan distinguir entre los distintos tipos de dolor crónico, tengan un buen conocimiento de: los distintos fármacos que se pueden utilizar para el tratamiento del dolor, herramientas para el diagnóstico y conocimiento de los criterios de derivación a la Unidad del Dolor.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En la actualidad existe una plataforma de formación on-line disponible de forma libre o a través del IACSS (Plataforma CHANGE PAIN) que se anunciará en todos los centros de Atención Primaria del sector para que sea realizada por los facultativos como formación previa (también hay disponible una versión para enfermería y ambas estan acreditadas)
Como actividad nueva y propia de este proyecto se realizara un plan de formación asistencial en los distintos Centros de Salud del sector II en el que los componentes del equipo de mejora impartirán clases teórico practicas en los mismos. En un principio seran tres sesiones en cada Centro:
1 Abordaje integral del dolor (dolor crónico refractario, herramientas
para su diagnóstico y tratamiento)
2 Dolor neuropático, screening tool
3 Tolerabilidad y seguridad en el tratamiento del dolor. Criterios de derivación a la Unidad del Dolor.
Al final de cada sesión se comentarán casos prácticos y se abriráuna linea de comunicación entre los Centros de Salud y la Unidad del Dolor para poder comentar e intentar solucionar ls dudas que surjan a los médicos de Atención Primaria con los pacientes con dolor en su actividad clínica diaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se considerarán indicadores de calidad:
1 El haber realizado la formación en el 75 % de los Centros de Salud del Área II en un plazo de dos años.
2 Hacer llegar los criterios de derivación a la Unidad del Dolor al 100 % de los centros de Salud del Área II
3 Crear una cuenta de correo electrónico para consulta de los médicos de Atención Primaria con los médicos de la Unidad del Dolor.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración aproximada del proyecto será de dos años. en la actualidad se están estableciendo contactos con los distintos Centros de Salud para realizar el cronograma de charlas.
En octubre estaránfinalizadas las sesiones clínicas y los criterios de derivación, para poder comenzar a impartirse en los Centros de Salud. Se darán las tres sesiones a ser posible en un intervalo de un mes entre ellas en cada Centro de Salud.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 179

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR CRONICO PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

2. RESPONSABLE ..... MARIA SOFIA MARTINEZ CARBALLO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIÑERTA SERRANO ESTHER. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· GOTOR COLAS MARIA LUZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· MARTINEZ SANTISTEBAN PILAR. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· ROYO VIÑADO MARIA JESUS. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· GALLEGO CARNICER JAVIER. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· SOLA CORROZA PILAR. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 ser 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 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.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - 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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de mujeres identificadas pertenecientes a algún país de riesgo y/o con alguna MGF practicada.
- 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.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Como es una continuidad del proyecto actual, no existe fecha de inicio

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

porque se está realizando en la actualidad. Lo mismo ocurre con la finalización.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Violencia de género

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. inmigracion
OTRA PALABRA CLAVE 2. mutilacion
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 174

1. TÍTULO

DIFUSION DE PROTOCOLOS CON ALTA PREVALENCIA DE ACTIVIDAD ENFERMERA. MEJORAR LA ATENCION ENFERMERA EVITANDO LA VARIABILIDAD EN LOS CUIDADOS PRESTADOS EN EL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION MARTINEZ CASAMAYOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTROS (ESPECIFICAR)
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLABONA RESANO JULIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI POSTCARDIACA
· MARTIN VALENCIANO MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GEREZ CARDIEL PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· MONTOYA OLIVER MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· GUALLART CALVO REYES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los profesionales de Enfermería, ante los constantes avances, nos vemos obligados a actualizar continuamente nuestra actuación en relación a los cuidados de los pacientes, para mejorarla y adaptarla a la evidencia científica.

La Subdirección de cuidados, formación y calidad, es sensible a ésta realidad y al hecho de que resulta imprescindible disponer de herramientas que aseguren la disminución de la variabilidad en la práctica enfermera con el fin de mejorar la calidad asistencial, efectividad y eficiencia.

Consideramos que es necesario buscar métodos que ayuden a que todos los profesionales, independientemente de su experiencia, formación previa y características individuales, actúen de la misma manera para ofertar cuidados de calidad.

Una de estas herramientas son los protocolos y procedimientos, orientados a la práctica que permiten sistematizar la aplicación de conocimientos.

La producción de protocolos y procedimientos en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), por parte de las diferentes Unidades de Enfermería, avalados por expertos pertenecientes a las diferentes comisiones, se encuentran recopilados en la Intranet del Sector II del Área de salud, agrupados en base a un mismo criterio, el Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson.

La valoración de los registros enfermeros nos aportó la evidencia de que existe una importante variabilidad en la prestación de cuidados en las diferentes unidades de hospitalización. Debido a este hecho y a pesar de que los resultados obtenidos de los indicadores de Enfermería de contrato de gestión del 2014 fueron francamente positivos, nos planteamos la pregunta de si los cuidados proporcionados a nuestros pacientes se prestan de una forma sincrónica y coordinada, basados en la estandarización que proporciona la producción con que cuenta nuestra Intranet.

Por todo ello, nos planteamos la necesidad de trasladar estos contenidos enfermeros para obtener la implantación efectiva de unos cuidados estandarizados, a través de un proyecto de difusión, en una primera fase, de aquellos protocolos/procedimientos enfermeros de alta prevalencia de actividad, implicados directamente en la seguridad del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo general del proyecto se centra en conseguir una estandarización de los cuidados que se prestan en las Unidades de Enfermería del HUMS, incorporando al proceso asistencial un lenguaje y metodología común.

Difusión adecuada de protocolos enfermeros estandarizados relacionados directamente con la seguridad del paciente así como, implicar al personal de enfermería en el manejo y consulta del área de cuidados de enfermería de la Intranet como guía de actuación en la práctica diaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseñar un procedimiento normalizado de trabajo con un cronograma que incluya el listado de protocolos a difundir, los recursos necesarios para dicha difusión y designar los coordinadores

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 174

1. TÍTULO

DIFUSION DE PROTOCOLOS CON ALTA PREVALENCIA DE ACTIVIDAD ENFERMERA. MEJORAR LA ATENCION ENFERMERA EVITANDO LA VARIABILIDAD EN LOS CUIDADOS PRESTADOS EN EL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

responsables del seguimiento del desarrollo del proyecto.

Contemplamos como fases:

1- Fase de preparación

- Constituir Grupos de Expertos que con la Comisión de Cuidados seleccionen los grupos de cuidados de mayor prevalencia en la actividad enfermera.

- Elaborar criterios para priorizar los protocolos a estandarizar.

- Elaborar criterios metodológicos, de estructura y contenido para la elaboración/actualización de los protocolos/procedimientos estandarizados.

- Designar dinamizadores del proyecto (Responsable de cuidados/formación)

- Contactar e implicar a responsables de la puesta en marcha del proyecto (supervisores Unidades)

- Establecer criterios para la difusión en las unidades. Sesiones formativas, número de sesiones, porcentaje mínimo de asistencia de la plantilla total.

- Diseño de estándares y sistemas de evaluación y monitorización del impacto del proyecto.

2- Fase de aprobación

Presentación a la Dirección de Enfermería del proyecto para su aprobación.
3- Fase de difusión. Implementar sesiones formativas sobre los protocolos/procedimientos definidos para la difusión en las unidades.

4- Fase de evaluación.

- Evaluación indicadores:

- Grado de aplicación de los protocolos/procedimientos.

- Medición de indicadores de enfermería de seguridad del hospital.

- Encuesta a profesionales para conocer la efectividad de la difusión y aplicación en la práctica diaria. Detectar áreas de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES DE PROCESO. Muestra estadísticamente representativa por unidades del cumplimiento del protocolo/procedimiento.

INDICADORES DE RESULTADOS. Coincidentes con indicadores enfermería de seguridad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Inicio proyecto Mayo 2015.

• Evaluación final y memoria Abril 2016.

CRONOGRAMA

- FASE PREPARACIÓN: mayo-septiembre 2015.

- FASE APROBACION: octubre 2015.

- FASE DIFUSION: octubre-febrero 2016

- FASE EVALUACION Y MEMORIA: marzo-abril 2016

- MEDIDAS CORRECTORAS PROBLEMAS DETECTADOS: abril 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 174

1. TÍTULO

DIFUSION DE PROTOCOLOS CON ALTA PREVALENCIA DE ACTIVIDAD ENFERMERA. MEJORAR LA ATENCION ENFERMERA EVITANDO LA VARIABILIDAD EN LOS CUIDADOS PRESTADOS EN EL HOSPITAL U. MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 345

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS INFORMES DE EVOLUTIVO, ALTA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE REANIMACION

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.
· COLOMINA CALLEN LORENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· TORO NUÑEZ MAXIMILIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ROMERO IÑIGUEZ BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LAFUENTE OJEDA NOELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANDIN GONZALEZ FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· QUESADA GIMENO NATIVIDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La valoración médica de los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación ha sido realizada durante años con formato en papel mediante hojas de evolutivo y tratamiento. En vista de la constante evolución de los sistemas de información como herramientas estratégicas y eficientes en el ámbito sanitario creemos conveniente que una Unidad de cuidados críticos con un volumen considerable de pacientes, en la actualidad de 8 camas, registre con un sistema informatizado la evolución, tratamiento y alta de sus pacientes. La disponibilidad de la plataforma de gestión de información HP-DOCTOR nos permitirá un desarrollo flexible y eficaz dentro de la gestión de datos sanitarios. Este modo de gestionar la información sanitaria nos dará un acceso más amplio, seguro y confidencial que los métodos tradicionales basados en papel.
El nuevo modelo se ha diseñado de forma que tengan acceso a la historia las distintas especialidades que intervienen en la atención de los pacientes, lo cual garantiza una atención integrada y una continuidad en la asistencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Consolidación de la Historia clínica electrónica como alternativa a la Historia en papel.
2. Desarrollo de protocolos de evaluación de los datos asistenciales, con el objetivo de mejorar nuestra gestión asistencial.
3. Control del porcentaje de pacientes que son enviados el sábado (debido a que esta unidad sólo esta disponible de lunes a sábado a las 15h) a la Unidad de Cuidados críticos de este hospital o de cualquier otro y posibilidad de obtener estadísticas sobre la estancia media de cada paciente en esta unidad como método de control para la gestión de camas.
4. Mejora de la seguridad de los pacientes, al contar con una herramienta en la que quedará registrado por ítems alergias, antecedentes, cirugías realizadas de modo esquematizado y con letra legible disminuyendo el riesgo de sufrir accidentes u otros sucesos adversos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Crear un hoja de Access en la que los nueve facultativos especialistas del grupo de Reanimación registraremos:
Fecha de ingreso y de alta en REA
Facultativo que realiza el ingreso, evolución y alta.
Constantes vitales al ingreso
Datos personales, edad, alergias, antecedentes médico-quirúrgicos y tratamiento del paciente.
Escala de riesgo quirúrgico y anestésico del paciente.
Procedimientos invasivos y pruebas complementarias que son realizados en REA.
Evolutivo para poder incluir notas en cualquier momento durante la estancia del paciente en esta Unidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Todos los indicadores se extraerán a partir del registro de los informes de evolutivo y alta.
Porcentaje de pacientes cuyo alta es a la planta.
Porcentajes de pacientes de cada especialidad que solicitan cama de Rea
Porcentajes de pacientes cuya alta es a otra unidad de cuidados intensivos
Porcentajes de pacientes que fallecen en esta unidad.
Porcentajes de pacientes que requieren procedimientos invasivos.
Cálculo de las puntuaciones en las escalas de riesgo quirúrgico de los pacientes que recibe esta unidad.
Encuesta de satisfacción de los profesionales implicados con el correspondiente espacio para sugerencias y mejoras.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. I. Informar a todos los especialistas de la unidad y residentes de la necesidad de cumplimentar las hojas de Access del evolutivo y del alta, así como de la plantilla de Word para el tratamiento. Junio 2015
II. Creación de la base de datos. Julio – Septiembre 2015
III. Primera evaluación de resultados. Noviembre 2015
IV. Sucesivas evaluaciones mensuales hasta abril 2016 e introducción de cambios necesarios.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 345

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS INFORMES DE EVOLUTIVO, ALTA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE REANIMACION

ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. INFORMATIZACION
OTRA PALABRA CLAVE 2. REANIMACIÓN
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). ... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 558

1. TÍTULO

DESCOLONIZACION PREOPERATORIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES ADULTOS INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA ELECTIVA

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.
· VALLES TORRES JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION
· REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
· BALLESTER CUENCA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
· VILLUENDAS USON MARIA CRUZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVCIO DE MICROBIOLOGIA
· ESCRIBANO MONTON RUTH. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR. HOSPITALIZACIO
· PER BARTOLOME MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las infecciones nosocomiales representan un importante problema en cuanto a morbilidad, mortalidad y coste en cirugía cardiovascular. Staphylococcus aureus es el principal patógeno responsable de infecciones quirúrgicas (25 - 40 % de casos). El principal factor de riesgo para desarrollar infección por Staphylococcus aureus es ser portador en fosas nasales de dicho germen, ya que más del 80% de infecciones por S. aureus provienen de un origen endógeno.

Los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca son considerados pacientes de alto riesgo, a los cuales ya se les realiza cribado para detección y control de SAMR (Staphylococcus aureus meticilín resistente). Sin embargo, también hay riesgo de infección por SASM (Staphylococcus aureus meticilín sensible). En este caso se realizará cribado preoperatorio para ambos, SAMR y cuando crezca SAMS se tratará con mupirocina o ácido fusídico en función de la sensibilidad a aquellos pacientes que dieran resultado positivo en las pruebas microbiológicas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Analizados los datos de dos meses, septiembre, y octubre de 2014, de aquellos pacientes que fueron vistos previamente en consultas de anestesia, en la mayoría de casos, un 97%, los resultados se han conocido previamente a la intervención, lo que ha permitido la instauración de un tratamiento correcto preoperatorio para erradicación de SAMR.

En aquellos pacientes intervenidos de manera programada, durante el ingreso hospitalario, no siempre ha sido posible esta valoración ya que las muestras no han podido ser tomadas con la suficiente antelación.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Realizar el cribado preoperatorio para SAMR y SAMS con la suficiente antelación en los pacientes adultos sometidos a cirugía cardiaca electiva. (consultas de atención primaria, consultas de anestesia, hospitalización de cardiología, etc..)

• Administrar la antibioterapia adecuada tópica que permita la descolonización por SARM y SAMS en los pacientes por pruebas microbiológicas positivas.

• En caso de presentar colonización por SARM, cambio de profilaxis antibiótica

• Otros objetivos derivados: disminución de las infecciones postoperatorias, disminución de morbimortalidad, reducción de costes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Para obtener los resultados de las pruebas microbiológicas con la antelación suficiente se propone la realización de los frotis nasal y faríngeo para el cribado de Staphylococcus aureus en la consulta de anestesia, a la cual el paciente citado previo a la intervención quirúrgica.

• Cuando el paciente ingresa en hospital se comprueban resultados y se instaura tratamiento descolonizador si procede con mupirocina tópica.

• Además, cuando se trate de SARM se modificará la profilaxis antibiótica preoperatoria a Teicoplanina 600 mg i.v.

• 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 Cardiovascular, el Servicio de Microbiología y el Servicio de Medicina Preventiva.

• Al Tratarse de una modificación de una actuación que se empezó a llevar a cabo el año pasado, se enviará a la comisión de infecciones una solicitud para su aprobación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Proporción de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva a los que se les realiza con tiempo suficiente el cribaje de SA
- Proporción de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva con resultados positivos a los que se les aplica una antibioterapia adecuada.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 558

1. TÍTULO

DESCOLONIZACION PREOPERATORIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTES ADULTOS INTERVENIDOS DE CIRUGIA CARDIACA ELECTIVA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración completa del proyecto inicial se estima en aproximadamente 6 meses. Una vez transcurrido este tiempo, se analizarán los resultados obtenidos para valorar posibles modificaciones.

11. OBSERVACIONES. Ninguna.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. profilaxis antibiótica
OTRA PALABRA CLAVE 2. cirugia cardiovascular
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 604

1. TÍTULO

MAPA PREOPERATORIO MEDIANTE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA PREVIO A ARTROPLASTIA DE HOMBRO

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.
· MARTIN LAMBAS MARIA DOLORES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· CARBONEL BUENO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RIPALDA MARIN JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La artroplastia de hombro (AH) es una técnica de uso creciente, con una evolución favorable en alrededor del 90% de pacientes y una tasa de complicaciones estimada del 15%. Está habitualmente indicada en casos de osteoartritis degenerativa (más de 2/3 de los casos), incluyendo la artropatía del manguito rotador (MR) (artrosis asociada a rotura masiva del MR) cuando el dolor es refractario al tratamiento médico y fistioterápico, con el objetivo de aliviar el dolor y restaurar la función completa de la articulación glenohumeral. Otras indicaciones para la AH son: artritis inflamatoria, cristalina, neurogénica, trauma, necrosis avascular con artrosis secundaria y fallo de artroplastia previa.
Existen diferentes tipos de prótesis: artroplastia total anatómica, artroplastia inversa total, artroplastia de superficie y hemiartroplastia. De cara a obtener exito terapeutico es fundamental la planificación preoperatoria que permitirá seleccionar la técnica quirúrgica más adecuada. Clásicamente esta valoración se ha realizado con radiografía simple (proyecciones AP y lateral o axilar), suficientes para demostrar la artrosis glenohumeral. Sin embargo, las radiografías no son precisas en ocasiones para demostrar el ascenso de la cabeza humeral y la erosión de la superficie inferior acromial presente en la artropatía del MR. Además, las radiografías axiales con frecuencia sobreestiman el grado de retroversión glenoidea y tienen una pobre reproducibilidad intra e interobservador. Actualmente, mediante la tomografía computarizada (TC) es posible obtener una óptima visualización de las estructuras óseas en la planificación preoperatoria. Resulta especialmente importante reconocer los patrones de desgaste de la superficie glenoidea en el plano axial, para lo cual se utiliza la clasificación de Walch. Esta clasificación permite diferenciar patrones de erosión concéntricos y excéntricos y las glenoides displásicas con marcada retroversión. Por ejemplo, una retroversión excesiva postquirúrgica se asocia a un riesgo de subluxación y mayor tasa de desgaste y aflojamiento protésico, por lo que ante el reconocimiento previo a la intervención de una erosión posterior o retroversión glenoidea posible planificar una corrección a una versión glenoidea neutra. También es posible valorar la báscula glenoidea de cara a poder implantar el platillo basal de la glenosfera de la artroplastia inversa. En casos severo de retroversión puede ser necesario la utilización de injerto óseo.
En definitiva, mediante la TC es posible mejorar la reproducibilidad de la radiografía simple en la valoración morfológica de la osteoartritis glenohumeral, lo que permitirá el uso de la técnica quirúrgica más adecuada con el objetivo de obtener el exito teraputico y la menor tasa posible de complicaciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Optima valoración morfológica glenohumeral en la valoración preoperatoria de la artroplastia de hombro
• Adecuada selección de la técnica quirúrgica de artroplastia de hombro

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Identificar los volantes peticionarios de cara a realizar los estudios TC con la técnica adecuada por un equipo único de radiologos especializados en radiologia del aparato locomotor.
• Realización de TCMD de hombro con reconstrucciones MPR y 3D y mediciones específicas de la báscula y versión glenoidea.
• Definición de la morfología glenoidea utilizando la clasificación de Walch y del grado de infiltración grasa de la musculatura del manguito mediante la clasificación de Gouthalier.
• Limitar la realización de RM en los casos de osteoartritis establecida con indicación de artroplastia.
• Mejorar la comunicación entre radiólogo y médico peticionario (Traumatología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de pacientes a los que se les realiza estudio TCMD por osteoartritis de hombro para valoración de stock óseo glenoideo previo a artroplastia de hombro.
• Porcentaje de casos con realización de reconstrucciones MPR y 3D, realización de mediciones específicas y utilización de la nomenclatura y sistemas de clasificación TC: 100%
• Comparación de la valoración preoperatoria mediante TC y mediante radiografías simples (técnica clásica).
• Seguimiento de los pacientes y correlación con el tipo de técnica empleada

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del estudio: Mayo 2015
Evaluación del estudio y análisis de los resultados: Enero 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 604

1. TÍTULO

MAPA PREOPERATORIO MEDIANTE TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA PREVIO A ARTROPLASTIA DE HOMBRO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Artroplastia hombro
OTRA PALABRA CLAVE 2. Tomografía Computarizada
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 333

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL RIESGO DE LUXACION EN PACIENTES CON FRACTURA OSTEOPOROTICA PORTADORES DE PROTESIS DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSEFA MEDINA SANCHEZ
· Profesión ..... OTROS
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUELAS MUELAS FELIPE. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL
· MORLANES VILLALVILLA MERCEDES. TCAE. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL
· LAFUENTE LOZANO BEGOÑA. TCAE. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL
· CORTES CARRASCON ANA. TCAE. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL
· SANCHEZ VICENTE MARIA ANGELES. TCAE. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL
· LAGUNA HERNANDEZ MARIA PILAR. TCAE. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL
· MARTINEZ-LOSA HERNANDEZ MARIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. TERAPIA OCUPACIONAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una complicación en el paciente al que se implanta una prótesis de cadera es la luxación de ésta. De los diferentes factores que pueden favorecen la luxación este equipo puede incidir en los asociados con la correcta movilización y técnicas aprendidas.
La edad avanzada parece asociarse a mayor riesgo de luxación. Esta población suele presentar enfermedades neuromusculares y de tipo cognitivo, caídas frecuentes y menor capacidad para cumplir las indicaciones médicas.
La educación para las transferencias de cama-silla, postura durante la sedestación, correcta deambulación mejora con la repetición de las actividades hasta convertirlas en rutina.
La coordinación del equipo de Terapia Ocupacional que instruye al paciente y cuidadores, con el equipo TCAE que es quien realiza la movilización de éste durante su estancia hospitalaria refuerza los conocimientos adquiridos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incremento global de la calidad en la asistencia del paciente con fractura osteoporótica de cadera portador de prótesis de cadera.
Menor incidencia de luxación de cadera en pacientes durante su estancia hospitalaria.
El paciente aumenta su confianza en el personal, el equipo sigue siempre las mismas pautas en la movilización.
El paciente y su cuidador refuerzan los conocimientos adquiridos integrándolos en su rutina.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El terapeuta ocupacional instruye al paciente y a la familia sobre los cuidados en la movilización, transferencias, bipedestación, deambulación.
Estas cuidados son transmitidos al equipo TCAE que repite con el paciente las mismas instrucciones en cada movilización, durante la estancia hospitalaria se incide en la correcta realización de las actividades.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de luxaciones de cadera durante la estancia hospitalaria en pacientes FOC* con implante de prótesis de cadera/Nº de pacientes FOC* con implante de prótesis de cadera
*Referido al paciente FOC con estancia hospitalaria en planta 6 HRTQ

Resultado óptimo Dado que hay factores sobre los que no podemoa actuar se espera un resultado cercano al 0%, no pudiendo asegurar el resultado 0 en la estancia hospitalaria.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicial para evaluación: Año 2015.
Revisión semestral

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA. PORTADOR DE PROTESIS DE CADERAPROTESIS DE CADERA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PROTESIS DE CADERA
OTRA PALABRA CLAVE 2. LUXACION
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 428

1. TÍTULO

DESARROLLO DE LA STEREOTACTIC BODY RADIATION THERAPHY (SBRT) EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA EN ARAGON

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.
· TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· VAZQUEZ SANCHO CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· CUARTERO CONEJERO ESTHER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· ARRABAL MARTINEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MOROS TOLOSA DIANA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H MIGUEL SERVET. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
· JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER. FISICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Sº de Oncología Radioterápica del HUMS a lo largo del año 2014 tratamos a 297 con cáncer de próstata. Desde 2010 hasta la fecha hemos tratado 420 pacientes con radioterapia externa utilizando hipofraccionamiento moderados. Ello nos permitió reducir el número de sesiones de 38 a 20 sesiones por paciente, con buen control de la enfermedad y sin añadir toxicidad urinaria ni intestinal respecto a las series publicadas con fraccionamiento estándar. Con estos resultados planteamos realizar tratamiento con hipofraccionamiento extremo, Stereotactic Body Radiation Theraphy (SBRT) en pacientes seleccionados con cáncer de próstata. Para el desarrollo de estos esquemas se precisan técnicas de alta conformación (Intensity Modulated Radiation Therapy) y precisión (Image Guided Radiation Therapy) antes de la administración de cada fracción. Basándonos en la evidencia científica hasta la fecha publicada establecimos un esquema de tratamiento de 35 Gy mediante una fracción semanal de 700cGy reduciendo las sesiones de 20 a 5.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta la fecha hemos tratatado 16 pacientes con un descenso de PSA del 100% en los pacientes analizados. No se ha detectado toxicidad aguda urinaria G2- G3. El 81,25 presento toxicidad urinaria G1 y el 18,75 no presento toxicidad según escalas de valoración e la RTOG. Únicamente un paciente presento toxicidad rectal aguda G2.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la oferta de SBRT a todos los pacientes diagnosticados de ca. de próstata de Aragón, subsidiarios de dicha técnica. Al objeto de reducir sus desplazamiento al hospital durante el tratamiento de su proceso neopl

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los pacientes serán seleccionados en la consulta de Oncología Radioterápica según criterios establecidos de inclusión y exclusión. Seguirán las indicaciones de enfermería para la realización del TAC de planificación, así como previo al tratamiento. Se establecen controles semanales durante el tratamiento para análisis de toxicidad aguda durante el tratamiento y posteriormente mensual y semestral con encuesta IPSS y IIEF6 y de toxicidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se recogerán indicadores de Toxicidad mensual y semestral con encuesta IPSS y IIEF6 y de toxicidad urinaria e intestinal según RTOG. Encuesta de satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se realizara a lo largo del 2015, se irán recogiendo los datos de los pacientes en un base de datos y se procederá a su análisis en Dic de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD.
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 049

1. TÍTULO

LINEA DE MEJORA DE TORACOCENTESIS DIAGNOSTICA CON APOYO DE ECOGRAFIA TRANSTORACICA EN UNIDAD DE PLEURA DE SERVICIO DE NEUMOLOGIA (HUMS)

2. RESPONSABLE ..... ELISA MINCHOLE LAPUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHACON VALLES ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· MARTIN CARPI TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· POLANCO ALONSO DINORA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA. MIR 3º. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GARCIA FAU MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La información que aporta la ecografía pleural es complementaria a otros métodos de imagen (topografía axial computarizada o topografía de emisión de positrones), superior a ellos para la resolución de algunos problemas clínicos, como detectar la existencia de septos y su localización, e inferior en otros. Sin embargo, la ecografía cuenta con 2 características que la distinguen definitivamente de los otros métodos, como son la falta de radiación al paciente y su transportabilidad. Estas características favorecen que se pueda realizar en diversos lugares evitando el traslado del paciente y repetirla tantas veces como sea necesario, para evaluar la evolución de la enfermedad. Es, además, una técnica con menor coste que los otros métodos referidos.
En el estudio del tórax se han incrementado de forma considerable el número de publicaciones relacionadas tanto con las características recomendables en los aparatos de ecografía o de los transductores, como con la caracterización del espacio pleural.
Las principales indicaciones de la ecografía pleural para el estudio de la patología pleural incluyen: alta sensibilidad para detectar la existencia de derrame pleural, localizar masas o engrosamientos pleurales, dirigir la toracocentesis y la biopsia pleural transparietal hacia la región más adecuada, definir las características del líquido pleural, diferenciar el derrame subpulmonar de la parálisis frénica o la ascitis en la elevación radiológica del hemidiafragma, diagnosticar neumotórax.
Hasta ahora la ecografía pleural ha sido una técnica poco utilizada en nuestro servicio. Sin embargo, todas las características y potencialidades de la misma para el estudio pleural hacen que sea, una técnica imprescindible para optimizar la evaluación y el tratamiento de los pacientes con derrame pleural.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocimiento del número de pacientes con derrame pleural diagnosticados en el servicio de neumología.

Conocimiento de la rentabilidad diagnóstica de la ecografía transtorácica en el derrame pleural encapsulado, en los derrames pleurales de escasa cuantía, en la localización de masas o engrosamientos pleurales y en el diagnóstico de neumotórax.

Conocimiento de la rentabilidad diagnóstica de la biopsia pleural transparietal dirigida por ecografía torácica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Registro de los pacientes diagnosticados de patología pleural: derrame pleural y cuantía del mismo, la existencia de derrame pleural encapsulado, la existencia de engrosamientos o masas pleurales y de neumotórax.

Registro de biopsias pleurales y diagnóstico final

Estudio coste- efectividad

Responsables: Elisa Mincholé, Teresa Martín, Ana Lucía Figueredo, Dinora Polanco, Asunción Albericio, Pilar García y Enrique Chacón.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registro de los pacientes con patología pleural en una base de datos.

Rentabilidad y rendimiento de la ecografía pleural. Se comparará el rendimiento de la ecografía en el estudio de patología pleural frente a otras técnicas radiológicas habituales, fundamentalmente radiografía de tórax y tomografía axial computarizada.

Detección de posibilidades de mejora.

Aplicación de protocolos diagnósticos en función de los resultados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1/05/2015
Fecha final: 31/12/2015

Cronograma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 049

1. TÍTULO

LINEA DE MEJORA DE TORACOCENTESIS DIAGNOSTICA CON APOYO DE ECOGRAFIA TRANSTORACICA EN UNIDAD DE PLEURA DE SERVICIO DE NEUMOLOGIA (HUMS)

Creación de base de datos para registro: 1/05/2015
Recogida de datos: 1/05/2015- 31/12/2015
Evaluación final: 2016

11. OBSERVACIONES. Bibliografía:
1. Villena, MV. Aplicaciones de la ecografía pleural. Arch Bronconeumol. 2012;48:265-6
2. Ayres J, Gleeson F. Imaging of the pleura. Semin Respir Crit Care Med. 2010; 31:674-88.
3. Gallego Gómez MP, García Benedito P, Pereira Boo D, Sánchez Pérez M. Chest ultrasonography in pleurapulmonary disease. Radiologia. 2014 Jan-Feb;56(1):52-60.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados con patología pleural

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 565

1. TÍTULO

LA ESPECTROMETRIA DE MASAS MALDI-TOF COMO HERRAMIENTA PARA LA IDENTIFICACION DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS (MNT) EN LA PRACTICA CLINICA Y COMO MEJORA EN EL AREA DE MICOBACTERIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· 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
· LAIN MIRANDA MARIA ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
· FERNANDEZ SIMON MARIA REBECA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
· VAZQUEZ VELA MARIA PILAR. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
· RODRIGUEZ SOTO ANA LIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA
· SAMPER BLASCO SOFIA. INVESTIGADOR/A. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La técnica para identificación de MNT utilizada hasta el momento en el laboratorio es GenoType® Mycobacterium CM/AS, Hain Life Science (Hibridación inversa). Es una técnica con alta sensibilidad y especificidad pero tiene un elevado coste económico, de personal y de tiempo.

La identificación de aislados de MNT mediante MALDI-TOF está demostrando una muy buena correlación de resultados respecto a las técnicas moleculares gold estándar, sumado a la disminución de costes, rapidez y sencillez del procedimiento.

La implementación de esta tecnología como método de identificación para MNT podría considerarse como una opción valida, que permitiría mejorar la optimización de recursos humanos y técnicos en el laboratorio de Microbiología. La relativa sencillez y rapidez de la técnica la convierten en una herramienta útil para uso en el laboratorio, aunque es importante perfilar la extracción a partir de cultivos líquidos para asentar la técnica como método de rutina. Por todo ello se va a aplicar MALDI-TOF de manera rutinaria en la identificación de MNT, y solo en el caso de no identificación por esta nueva técnica se realizará la técnica GenoType.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Poder utilizar MALDI-TOF como técnica para la identificación de MNT en la rutina y solo utilizar otras técnicas cuando MALDI-TOF no identifique la MNT, lo que supondría ahorrar tiempo y costes económicos:

- Se espera obtener no menos del 80% de identificaciones por MALDI- TOF

- Se espera obtener un ahorro económico anual mayor de 6000

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará en primer lugar la técnica MALDI-TOF y solo en aquellos casos en los que no
se logre la identificación, se realizará la técnica GenoType.

Tareas asignadas:

- El Personal técnico (TEL): realización de la técnica supervisados por el facultativo responsable.
- Facultativos: evaluación de los resultados obtenidos
- Residentes: colaboración con Facultativo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1er Indicador: Porcentaje de identificaciones conseguidas mediante MALDI-TOF respecto al número total de aislamientos a identificar.

- Se considerará óptimo un resultado >80%

2º Indicador: Porcentaje de identificaciones conseguidas mediante MALDI-TOF respecto al número total de aislamientos identificados por la técnica GenoType.

- Se considerará óptimo un resultado >80%

3º Indicador: Cuantificación del ahorro económico utilizando la técnica MALDI-TOF frente a la técnica utilizada habitualmente.

- Realizado SI/NO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 565

1. TÍTULO

LA ESPECTROMETRIA DE MASAS MALDI-TOF COMO HERRAMIENTA PARA LA IDENTIFICACION DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS (MNT) EN LA PRACTICA CLINICA Y COMO MEJORA EN EL AREA DE MICOBACTERIAS

1er indicador: Número de identificaciones mediante MALDI-TOF/Número total de aislamientos a identificar x 100.

- Se monitorizará revisando cada tres meses los resultados

2º Indicador: Número de identificaciones mediante cualquier técnica / (Número de identificaciones mediante cualquier técnica + Número de identificaciones por GenoType) x 100

- Se monitorizará revisando cada tres meses los resultados

3º indicador: Gasto económico en reactivos de la técnica GenoType en el año 2014 – (Gasto económico de reactivos de la técnica GenoType en el año 2015 + Gasto de reactivos de MALDI-TOF en el año 2015)

- Se monitorizará revisando los gastos a los seis meses

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: mayo 2015

Fecha de finalización: mayo 2016

Calendario:

- Inicio y realización de la técnica MALDI-TOF: mayo 2015
- Formación y Cualificación del personal implicado: mayo 2015-mayo 2016
- Mantenimiento y seguimiento: mayo 2015-mayo 2016.
- Evaluación y seguimiento de indicadores: - Indicador 1: trimestral a partir de mayo 2015
  - Indicador 2: trimestral a partir de mayo 2015
  - Indicador 3: semestral a partir de mayo 2015
- Recopilación general de resultados y valoración: mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 706

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN RCP BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA 2

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MONREAL HIJAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALVEZ ALVAREZ EVA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SAF FORMACION, CALIDAD Y DOCENCIA
· PABLO CEREZUELA FRANCISCO. MEDICO/A. UNIDAD DOCENTE MF Y C Z2. UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA SEC
· SANMARTIN ALLUE HECTOR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ALONSO FORMENTO JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las organizaciones de salud tienen la obligación de proporcionar un servicio de reanimación cardiopulmonar de alta calidad, y de garantizar que el personal esté capacitado y actualizado regularmente para mantener un nivel de competencia adecuado para cada uno de los roles.
Sin embargo existen problemas organizacionales que impiden el desarrollo de planes formativos ambiciosos de RCP Básica en cada centro, sumado al importante déficit de recursos derivado de la crisis económica.
Desde la Unidad de Formación del Sector se propone una opción de formación en RCP Básica, flexible y adaptada para favorecer la conciliación con la vida personal de los trabajadores, mediante la elaboración y programación de cursos semipresenciales, cuyo contenido on line sería elaborado y desarrollado por profesionales cualificados del propio Sector.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La formación realizada en RCP Básica en el Sector II hasta el momento ha sido a través de cursos exclusivamente presenciales ofertados en el Plan de formación continuada anual, o bien, de forma aislada en equipos, unidades o Servicios mediante sus propios recursos, situándonos lejos del objetivo de llegar a todo el personal y de establecimiento de un circuito estable.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer un programa formativo en RCP básica para personal del sector 2 mediante la realización de cursos semipresenciales que contarán con adecuado y atractivo material audiovisual, ejercicios y test de evaluación, así como una parte presencial a la que se accederá una vez superada la anterior.
Se procurará una amplia difusión entre los trabajadores del sector y sus responsables con la intención de favorecer una inercia de formación y reciclaje en RCP básica de una manera más ágil y continuada que con los formatos ofrecidos hasta el momento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Crear un grupo de trabajo y distribución de responsabilidades.
• Identificación de la población diana del sector.
• Selección de la plataforma adecuada para administrar los contenidos on line del curso.
• Determinación de contenidos y tiempo de distribución entre ellos. Se adecuarán los contenidos de acuerdo con las normas fundamentales a las necesidades reales de las categorías destinatarias. Asimismo se determinará la carga de trabajo de las partes on line y presencial y los criterios de evaluación necesarios para acceder a la parte práctica.
• Diseño de contenidos. Se realizarán vídeos en las instalaciones del Sector (HUMS y/o centros de AP) con personal y medios propios para ilustrar de la manera más cercana y real posible.
• Acreditación del curso por la Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias de Aragón.
• Establecer circuito de difusión-inscripción

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. (nº trabajadores formados por categoría/nº trabajadores en plantilla de la categoría) x 100, durante el primer trimestre de su implantación y a los 6 meses, tanto en atención especializada como en primaria.

(nº trabajadores formados de un Sº/unidad/equipo / nº trabajadores adscritos a un Sº/unidad/equipo) x 100, durante 1º y 2º trimestres tras implantación.

No se pueden definir estándares en las primeras ediciones por situarnos en fase de incertidumbre.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El diseño de la parte on line será la más costosa, por lo que proponemos la confección del material audiovisual y de test de conocimientos hasta noviembre del año en curso con la intención de poder tener el material accesible en la plataforma en diciembre.
También en diciembre se difundirá la actividad para observar la demanda y proponer la parte práctica en función de la misma durante los dos primeros trimestre de 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 706

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN RCP BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA 2

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. formacion
OTRA PALABRA CLAVE 2. RCP
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 216

1. TÍTULO

REALIZACION DE BIOPSIAS DE MEDULA OSEA BAJO SEDACION POR EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES MONTAÑES GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IBORRA MUÑOZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LASALA VILLA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LASALA VILLA MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· DUESO AZNAR ABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· DELPON DELPON ROSA. AUXILIAR. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La biopsia de médula ósea es una prueba diagnóstica realizada en el Sº de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Miguel Servet. La técnica consiste en extraer una muestra de tejido óseo, y hasta hace apenas un mes se realizaba con anestesia local. El hueso apenas tiene terminaciones nerviosas, sin embargo el periostio está generosamente inervado por nervios sensitivos, responsables del dolor, por lo que éste (periostio) es muy sensible al desgarro o a la tensión, lo que justifica el dolor agudo cuando éste es atravesado. Los anestésicos locales no penetran en periostio, así que la realización de una biopsia produce intenso dolor.
Desde hace varios años, en el Hospital Infantil, los aspirados y biopsias medulares, se realizan a los niños bajo sedación, gracias a la colaboración de los Servicios de Anestesia, Oncopediatría y Hematología. Esta medida, además de evitar el dolor a los niños, y disminuir la angustia de los padres, también nos favorece el trabajo a todo el personal implicado, puesto que éste se lleva a cabo con más seguridad (el paciente está quieto y no hay que sujetarlo continuamente), se garantiza una adecuada extracción de la muestra, y en caso de haya que volver a repetirla, para obtener más material, no supone un estrés añadido.
En los últimos años cada vez, son más los pacientes adultos, que reclaman la sedación para someterse a este procedimiento, sobre todo aquellos a los que ya se les ha realizado en alguna ocasión , y por la evolución de su enfermedad, debe repetirse .
Hasta ahora la prueba sólo se realizaba bajo sedación a aquellos pacientes que previamente lo reclamaban por escrito a través de Atención al Paciente.
Por todo lo dicho creemos, en la necesidad de implantar de forma generalizada la realización de la biopsia ósea bajo sedación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal de este proyecto es sobre todo conseguir una mejora en la satisfacción del usuario, ya que con la sedación evitamos el dolor agudo que produce la realización de una biopsia ósea.
Otro objetivo, no menos importante, es favorecer el procedimiento a los profesionales que lo realizan. El paciente sedado no tiene dolor, no se mueve, y en caso de que las muestras obtenidas no sean suficientes o adecuadas, es más fácil realizar nuevas extracciones

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La prueba se hace en los quirófanos de cirugía sin ingreso (CSI) del Hospital General del Miguel Servet.
Un FEA del Sº de Anestesia es el encargado de realizar la sedación adecuada. También es necesario un ATS y un auxiliar de quirófanos para ayudar en la técnica.
La biopsia ósea se realiza por personal médico del Sº de Hematología y Hemoterapia .Siempre está presente un FEA y habitualmente el Residente que en ese momento se encuentra rotando por la Sección de Citología. Para facilitar el material necesario en la prueba, así como el adecuado manejo y clasificación de las muestras obtenidas, así como si es preciso realizar el envío de las mismas a laboratorios externos , es necesaria la presencia de un ATS del mismo Servicio .

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El principal indicador que se pretende estudiar será el grado de satisfacción de los pacientes sometidos al procedimiento, para ello se realizarán encuestas de satisfacción, que se entregarán al paciente a su llegada al CSI y se facilitará la hagan llegar a la sección de Citología del Sª Hematología. Las encuestas se elaboraran con preguntas de respuesta única, sencilla que abarquen las distintas facetas de la asistencia que se les presta.
Otro indicador útil será aquel que haga referencia al nº de pruebas suspendidas /canceladas para realizar esta actividad frente al nº de pruebas suspendidas/canceladas en las biopsias sin sedación.
El Nº de complicaciones ocurridas durante el procedimiento (sangrados, deterioros del estado general) será otro indicador que podremos recoger.
Otro indicador evaluara la calidad de la muestra extraída, para comprobar que el resultado del análisis no es peor que el obtenido hasta ahora. Comprobando, por ejemplo, el nº de muestras de citogenética con resultado nulo respecto al total de muestras, así como comprobar que el tamaño del cilindro óseo para Anatomía patológica es el adecuado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Iniciamos este proyecto a principios de marzo, se realiza un día a la semana (los martes) en horario de tardes. Inicialmente se realizan entre 5-6 biopsias al día.
El objetivo es aumentar el número de días e incluso realizarlo en horario de mañanas, con lo que las muestras

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 216

1. TÍTULO

REALIZACION DE BIOPSIAS DE MEDULA OSEA BAJO SEDACION POR EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

se podrían procesar en el día, evitando pequeñas pérdidas de viabilidad en algunas ocasiones.
Se pretende valorar el grado de satisfacción de los pacientes así como los otros indicadores propuestos, durante un período de seguimiento de un año.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 535

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
· LAPLANA MIGUEL OLGA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· GONZALEZ GIMENEZ MONICA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· SUPERVIA POLA MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· FORES CATALA MARIA DESAMPARADOS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ATENCION PRIMARIA
· SANZ BESCOS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Rehabilitación Cardiaca se define como la suma coordinada de intervenciones requeridas para influir favorablemente sobre la enfermedad, asegurando las mejores condiciones físicas, psíquicas y sociales, para que los pacientes, por sus propios medios, puedan conservar o reanudar sus actividades en la sociedad de manera óptima. No debe ser considerada como una terapia aislada sino que deber ser integrada en el tratamiento global de la cardiopatía, de la cual, esta forma solo una faceta.
En el momento actual no existe ninguna duda sobre la eficacia de los programas de rehabilitación cardiaca, han demostrado un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular, disminución en el número de reingresos, y derivado de lo anterior una disminución en la morbi-mortalidad, no solo de origen cardiovascular.
A pesar de la evidencia científica demostrada, la cobertura a nivel nacional sigue siendo baja, de tal forma que menos del 5% de los pacientes que podrían beneficiarse de estos tratamientos pueden acceder a ellos, aun con todo en la última década han surgido nuevas y numerosas Unidades de Rehabilitación Cardiaca.
Podría estructurar la Rehabilitación Cardiaca en tres fases:
- Fase 1: mientras el paciente permanece ingresado en el Hospital.
- Fase 2 o ambulatoria: la inmediata siguiente al ingreso, el paciente acude al Hospital o bien realiza su programa de forma ambulatoria.
- Fase 3: Comprende desde que el paciente finaliza la Fase 2 hasta el resto de su vida.

Si la Fase 2 está poco desarrolla en nuestro país, la fase 3 es prácticamente inexistente, y no por ello menos importante

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento actual la única vía de contacto para la continuidad de cuidados en nuestros pacientes es el informe de alta, una vez finalizado el tratamiento, los pacientes reciben un informe de alta para su médico de atención primaria y otro para la enfermera del centro de salud.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creemos que es insuficiente la trasmisión de información entre los dos niveles asistenciales, y que muchos profesionales de Atención Primaria desconocen los programas que se realizan a nivel Hospitalario.
Los principales resultados que nos gustaría conseguir son:
- Mejorar el conocimiento que los profesionales sanitarios de atención primaria tienen sobre la Rehabilitación cardiaca, y sobre las actividades que se realizan en la Unidad de Rehabilitación cardiaca del Hospital Universitario Miguel Servet.
- Implicar a algún responsable en cada uno de los centros en los que se realicen las sesiones, de tal forma que haga de enlace entre los dos niveles asistenciales, y desarrolle las actividades oportunas para mejorar la prevención secundaria en el sector
- Facilitar al paciente la continuidad de sus cuidados de forma coordinada, y establecer un lenguaje común.
- Orientar al médico de atención primaria sobre la reincorporación laboral y la capacidad para la realización de la actividad física.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar sesiones informativas en los centros de salud del Sector 2, comenzaremos con Fuentes Norte, y Fernando el Católico. El fundamento de esta actividad es el conocimiento del programa que se desarrolla en la Unidad de Rehabilitación Cardiaca ubicada en el Hospital Universitario Miguel Servet. Estas sesiones irán dirigidas a los Facultativos y al personal de enfermería.
Evaluar la utilidad de las sesiones impartidas a los profesionales a través de un cuestionario sobre conocimientos alcanzados y utilidad de la información recibida.
Diseñar de forma consensuada un plan de controles periódicos para pacientes que han sufrido un evento cardiovascular, un plan de cuidados homogéneo y que permita hacer un seguimiento de los factores de riesgo, y alertar sobre el empeoramiento de los mismos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
- Puntuación de la encuesta.
- Porcentaje de asistentes a las sesiones.

Evaluación: a final del año 2015 se analizarán las sesiones que se han realizado (asistencia, interés, propuestas de mejora en los asistentes) y el impacto que han tenido sobre los profesionales de atención primaria, encuesta a los 6 meses de la sesión, analizando modificaciones y nuevas iniciativas dirigidas a mejorar la prevención secundaria.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. A lo largo del 2015 se impartirán al menos 2 sesiones en los centros salud del Sector 2, serán para todos los facultativos del centro y enfermería, la duración aproximada de las sesiones

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 535

1. TÍTULO

FASE 3 DE REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

será de una hora.Las dos primeras sesiones en Octubre de 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con cardiopatia isquèmica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 153

1. TÍTULO

REVISION E IMPLANTACION DE NUEVO PROTOCOLO DEL MANEJO DEL DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ETIOLOGIA ISQUEMICA

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.
· POVAR MARCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CASADO DOMINGUEZ JUAN MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LOPEZ SAMITIER ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· JUEZ JIMENEZ ANGELA. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cardiopatía isquémica es la causa más frecuente de mortalidad mundial. 7 millones de personas mueren cada año por esa causa, representando el 12,8% de todas las muertes. Uno de cada 6 hombres y una de cada 7 mujeres en Europa morirán por un infarto de miocardio. El número de casos estimados de Síndrome Coronario Agudo (SCA) en España en el 2013, ha sido 115.752, con 74.078 varones y 41.674 mujeres. Un 38,2% clasificados como Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST), un 55,8% como Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del ST (SCASEST), y un 6% como casos no clasificables.
En los próximos 40 años habrá un importante aumento del número de casos, cuando la población mayor de 75 años alcance un total del 24% del total de la población española.
Entre los esfuerzos dirigidos a paliar el impacto sanitario del Infarto Agudo de Miocardio (IAM), además de las medidas preventivas por todos conocidas, están el reconocimiento y el tratamiento precoces de la isquemia miocárdica aguda, que han demostrado reducir los índices de mortalidad y las complicaciones tardías del infarto.

Teniendo en cuenta que el síntoma principal del IAM es el dolor torácico, no es de extrañar que un porcentaje significativo de las visitas a los Servicios de Urgencias de los hospitales sea a consecuencia del mismo. Se calcula que entre el 5 y el 20% de las asistencias en urgencias en España son por dolor torácico3. En nuestro centro, el año 2013 de los 121.400 pacientes atendidos, en 4069 de ellos el motivo inicial de consulta fue dolor o “disconfort” torácico o precordial, lo que da una idea de la alta prevalencia de dicho síntoma y de la importancia de mejorar y optimizar el diagnóstico ya que sólo un pequeño porcentaje de casos será realmente un síndrome coronario agudo.
Se define el dolor torácico agudo no traumático como todo dolor significativo de tórax, de más de unos segundos de duración, sin relación aparente con un traumatismo ni lesiones visibles o palpables en tórax. Dentro de la etiología de este dolor torácico no traumático se incluyen distintos perfiles que obedecen a distintas causas, como dolor torácico de perfil digestivo, dolor pleurítico o dolor de perfil isquémico, que es al que nos vamos a referir en el presente protocolo, ya que es el que se relaciona con la presencia de cardiopatía isquémica.

En las dos últimas décadas se han propuesto diferentes soluciones para mejorar el diagnóstico del dolor torácico en los servicios de Urgencias, incluyendo el uso de guías y protocolos diagnósticos o la formación de equipos multidisciplinares.

Las bases que definen una buena actuación ante un paciente con dolor torácico se basan en tres premisas:4
1. Identificar los síndromes coronarios agudos (SCA) y diferenciarlos de otros procesos graves no coronarios así como de otros no cardiovasculares.
2. Realizar una correcta estratificación del riesgo para actuar en consecuencia y
3. Culminar todo el proceso en el menor tiempo posible.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el 2010 se realizó un primer protocolo de dolor toracico en urgencias. En estos últimos 5 años hemos obtenido grandes mejoras en la atención de estos pacientes. Pero otros problemas y nuevas técnicas en su diagonostico y valoración han ido surgiendo en estos 5 años.
Basándonos en estas premisas y con la disponibilidad actual de recursos, fue creado un equipo de trabajo en el que colabora el Servicio de Cardiología y la Unidad de Urgencias para establecer un protocolo de atención al paciente con dolor torácico no traumático de perfil isquémico

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Siguiendo la experiencia en el Hospital Miguel Servet y de otros Hospitales, este Grupo de Trabajo, propone realizar un nuevo protocolo de manejo del dolor torácico formada por un equipo, con el objeto de optimizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que acuden a Urgencias con dolor torácico de perfil isquémico, de manera que se evite el ingreso de los que tengan patologías leves y se pueda establecer el diagnóstico lo más pronto posible en los que padezcan un SCA, con el fin de que no sean dados de alta indebidamente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Primero se realizará revisión y adaptación del nuevo protocolo a las nuevas indicaciones y pruebas diagnósticas. Tras la realización y revisión de los nuevos protocolos de dolor toracico, se prevé hacer un estudio descriptivo de esos pacientes seleccionados desde septiembre 2015

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tras la redacción de los nuevos protocolos se deberá comprobar a cuántos se les ha realizado ergometría, y el destino final del paciente en dependencia de su resultado, altas realizadas y pruebas diagnósticas realizadasSe plantea hacer un segundo estudio en el 2016 con esa base de pacientes para comprobar la tasa de complicaciones y nuevos eventos sufridos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 153

1. TÍTULO

REVISION E IMPLANTACION DE NUEVO PROTOCOLO DEL MANEJO DEL DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ETIOLOGIA ISQUEMICA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio-septiembre redacción del nuevo protocolo de dolor toracico.
Septiembre Valoración por la comisión hospitalaria y presentación en los destintos servicios
Octubre recogida de estudio descriptivo
Marzo 2016 presentación de datos descriptivos

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 377

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA FARMACOTERAPIA. CONTRIBUYENDO A LA MEJORA DE RESULTADOS EN SALUD Y A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO DESDE LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

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
· ARAZO GARCES PIEDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· PASCUAL CATALAN ASCENSION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA. FIR 3º. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· NAVARRO PARDO IRENE. FIR 3º. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· GALINDO ALLUEVA MARIA. FIR 2º. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· COMET BERNAD MACARENA. FIR 2º. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La falta de adherencia a los tratamientos, especialmente en enfermedades crónicas es un factor principal de fracaso terapéutico. Para incrementarla son necesarias estrategias, el farmacéutico debe asegurarse que el paciente conoce posología y administración correcta, efectos adversos frecuentes y posibles interacciones. La utilización de nuevas tecnologías son herramientas muy útiles para contribuir a mejorar la adherencia.
Otro importante aspecto es el conocimiento y control de las interacciones farmacológicas. La aparición de interacciones puede dar reacciones adversas o pérdida de efectividad. Se debe considera la historia farmacológica, así como automedicación y plantas medicinales. Es importante distinguir interacción potencial y clínicamente relevante. Los nuevos tratamientos de hepatitis crónica virus C (VHC) tienen la posibilidad de numerosas y complejas interacciones que puedan comprometer la eficacia y seguridad de estos fármacos o de aquellos tomados concomitantemente.
En el proceso de dispensación, los lectores ópticos que identifiquen de forma inequívoca el medicamento dispensado y su concordancia con el prescrito han demostrado importancia en seguridad.
El coste de los tratamientos es esencial en el proceso de selección y utilización de medicamentos. Se creó un grupo de trabajo en VIH con el objetivo de manteniendo la efectividad, establecer estrategias de ahorro en la terapia antirretroviral (TAR). Para evaluar estas medidas se necesita un indicador que relacione el consumo con número de pacientes y con tiempo que estos pacientes reciben medicación. Otras de las patologías de gran impacto económico son las terapias biológicas (TB) y la esclerosis múltiple (EM).
La valoración de la calidad de la atención percibida por el paciente se realiza a través de encuestas de satisfacción.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este proyecto iniciado en 2007, donde se valoró la calidad percibida por los pacientes. En 2008 se inició la 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 naïve 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 naïve informados y 95% cambios de tratamiento y 96% de pacientes con antineoplásicos orales). En 2014 el 86% de los pacientes satisfechos con la atención. Coste medio/paciente/año VIH: 8670€ (2012) y 7043€ (2014). En 2014 gasto/paciente medio/semestre tratamiento con TB-reumatología (5.284€) y gasto/paciente medio/año EM (11.453€).

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Favorecer adherencia: paciente VIH, oncológico, EM y con TB.
- Incrementar seguridad.
- Mantener satisfacción del paciente.
- Disminuir impacto econonómico VIH, TB y EM.
- Incrementar efectividad-seguridad tratamientos VHC.
- Mejorar adherencia-efectividad de antineoplásicos orales en pacientes con MM, SMD y LMC.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Actualizar información al paciente VIH (Herminia Navarro (HN), Piedad Arazo).
- Entrega información escrita. (HN, Natalia de la Llama (NDLL).
- Implantar estrategias para mejorar adherencia (HN y NDLL).
- Realizar encuesta de satisfacción (HN y NDLL).
- Valorar adherencia tratamiento hormona de crecimiento y EM (con dispositivos electrónicos) (HN y NDLL).
- Valorar gasto/paciente/año: VIH, TB reumatología y digestivo y EM (HN y NDLL).
- Implantar lectores de códigos de barras en la dispensación. (HN, NDLL)
- Revisar y valorar posibles interacciones de los tratamientos del VHC (HN, NDLL)
- Evaluar efectividad de los pacientes tratados del VHC. (HN, NDLL)
- Evaluar adherencia en pacientes con MM, SMD y LMC (HN, María Galindo).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. – % Pacientes VIH+ información escrita y oral. (>95%)
- % Pacientes oncológicos con información escrita y oral. (>80%).
- Encuesta de satisfacción.
- Gasto/paciente medio/año VIH, TB reuma, TB digestivo y EM.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 377

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA FARMACOTERAPIA. CONTRIBUYENDO A LA MEJORA DE RESULTADOS EN SALUD Y A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO DESDE LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

- % pacientes con MM, SML y LMC con medida de la adherencia.
- % pacientes VHC revisión interacciones. >90%.
- Evaluación del % de RVS obtenida tras tratamiento VHC.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Actualizada información TAR, y antineoplásicos orales. Enero-dic 2015
2.- Entrega información escrita VIH y oncológico. Enero-dic 2015
3.- Valoración adherencia mediante dispositivos electrónicos. Enero-dic 2015
4.- Realización/análisis encuesta. Dic 2015
5.- Cálculo gasto/paciente medio/año TB, VIH, EM. Enero-dic 2015.
6.- Valoración de la adherencia paciente con MM, SML y LMC antineoplásicos orales. Enero-dic 2015.
7.- Evaluación del % de RVS obtenida tras el tratamiento del VHC. dic 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad y eficiencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes externos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. adherencia
OTRA PALABRA CLAVE 2. efectividad
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 622

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES. INTRODUCCION DE UN NUEVO MARCADOR: HE4

2. RESPONSABLE ..... ISABEL NEGREDO QUINTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RELLO VARAS LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· GONZALEZ TARANCON RICARDO. BIR. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· HORNO OCTAVIO MARIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PUIG FERRER FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALCAÑIZ SANCHO JUAN JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VICENTE GOMEZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer de ovario es el noveno tumor en incidencia en mujeres, pero el cuarto en relación a la mortalidad por ser silente y asintomático en estadios iniciales. La supervivencia va unida al estadio, siendo del 70-90% en estadios iniciales y del 11-20% en estadios avanzados. Por desgracia, más del 60% de los cánceres de ovario se diagnostican en estadios avanzados, demostrando la necesidad de realizar un diagnóstico temprano.
La eficiencia en la evaluación preoperatoria de las tumoraciones anexiales es una exigencia ineludible en la ginecología actual. Una incorrecta evaluación del riesgo de malignidad puede conducir a manejos clínicos y quirúrgicos indebidos. No sospechar malignidad en una determinada tumoración ovárica y en consecuencia demorar indebidamente el diagnóstico y tratamiento tiene un impacto negativo directo sobre el pronóstico de las pacientes. Para soslayar esta posibilidad, se han propuesto actitudes clínicas “de alta sospecha”. Sin embargo, aunque se aumenta la detección de tumoraciones malignas, se identifican como “sospechosas” un alto número de quistes y tumoraciones anexiales banales, tanto en pacientes post como pre-menopáusicas. Los criterios de sospecha ante las tumoraciones anexiales que proponen aplicar actualmente la mayoría de sociedades científicas incrementan la sensibilidad para detectar cáncer ovárico a niveles óptimos, pero a costa de una especificidad pobre, con un valor predictivo positivo muy bajo, con lo cual se resiente la eficiencia, movilizando “recursos oncológicos” (pruebas complementarias, priorización de lista de espera, reserva de tiempo quirúrgico, biopsias preoperatorios y profesionales especializados en esta patología) de manera sobredimensionada y poco eficiente, realizándose un número considerable de intervenciones innecesarias.
Recientemente, la aparición del HE4 como nuevo marcador serológico de cáncer ovárico ha abierto renovadas expectativas. En relación al CA 125, los primeros indicios apuntan a que es más sensible, más específico y puede aplicarse con eficacia tanto en post como en premenopausia.
Junto con el Servicio de Bioquímica se incorporaría la determinación del HE4 para el manejo de las masas anexiales ginecológicas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Al ser el HE4 más eficaz que CA125 puede sustituirse en la valoración de las tumoraciones ováricas en la premenopausia. El índice ROMA (HE4+CA125) es más eficaz que HE4 y que CA125 considerados aisladamente en la valoración de las tumoraciones ováricas en la postmenopausia.
Por lo tanto, HE4 en premenopausia y ROMA en postmenopausia permiten identificar mejor las pacientes que requieren manejo oncológico específico de las que pueden ser abordadas de manera más conservadora (seguimiento simple o cirugía en régimen de cirugía mayor ambulatoria no preferente), con lo que se incrementa la eficiencia del proceso asistencial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se incluirán todas las pacientes con tumoración anexial en las que se indique intervención quirúrgica (y tener un diagnóstico anatomopatológico en todos los casos).
Se recogerán diferentes variables tanto clínicas como ecográficas y por supuesto analíticas.
En función de estos factores se podrá clasificar a las tumoraciones anexiales en tres supuestos de riesgo de malignidad: bajo, intermedio y alto y así actuar en consecuencia, aplicando el algoritmo correspondiente y mejorando la eficiencia en el proceso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Junto con el Servicio de Bioquímica se evaluarán las solicitudes del nuevo marcador
- Nº de HE4 solicitados.
- Nº otros marcadores solicitados, sobre todo Ca 125

Se evaluaran las pacientes a las que se ha aplicado el algoritmo diagnóstico
- % pacientes clasificadas en los diferentes grupos de riesgo

Comprobación del resultado anatomopatológico y concordancia con el estudio prequirúrgico
- % pacientes con resultado AP concordante con riesgo prequirúrgico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Ya se ha comenzado la solicitud del nuevo marcador. Junto con el Servicio de Bioquímica se recogerán todos los resultados desde Enero 2015 y se estudiaran conjuntamente.
Tras 8-10 meses se evaluaran los resultados obtenidos para valorar posibles modificaciones del protocolo establecido.
Al año se emitirá el informe o memoria correspondiente.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 622

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES. INTRODUCCION DE UN NUEVO MARCADOR: HE4

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 375

1. TÍTULO

PLAN HOSPITALARIO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE ..... MONICA ODRIOZOLA GRIJALBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORTE ROMEA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· CLARAMUNT PEREZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· MORENO GARCIA ESTELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· RUBIO CASTRO DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· ANDRES GARCIA DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· BALLESTER LUNA ALBA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· CRESPO AVELLANA MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las paradas cardiorrespiratorias en nuestro Servicio de Medicina Interna suponen un problema de gran magnitud. En primer lugar debido a su alta incidencia, y en segundo, a la ausencia de un plan formativo de base, que instruya de forma organizativa y jerárquica las funciones del personal de una planta en su atención. Según datos previos, la supervivencia en una PCR descubierta por personal entrenado en SVA en cuatro veces mayor que la descubierta por personal no entrenado. Existe una relación directa entre la rapidez y la calidad de la atención y los resultados de la misma.
En los últimos años, se puede observar en nuestro Servicio una atención crítica inicial al paciente en parada cardiorrespiratoria deficitaria y de mala calidad, especialmente por los siguientes puntos:
- Imposibilidad de controlar de forma individual el estrés que supone dicha situación, principalmente por la ausencia de cursos continuados y simulacros de formación previos.
-Desconocimiento de los pasos a seguir en una parada por parte de cada participante.
-Problemas en la distribución de material y recursos necesarios en cada planta.
El problema se potencia especialmente entre nuestros trabajadores por los siguientes motivos:
-Como ya se ha comentado alta incidencia de presentación de una PCR en una planta de Medicina Interna.
- Dificultad para el acceso desde todas las plantas al monitor/desfibrilador.
- Dificultad por parte de enfermería de reconocimiento de una situación de emergencia hospitalaria, definida como una alteración en los valores fisiológicos que pueden prevenir a una parada, y que generalmente se traducen en alteración de constantes vitales, deterioro neurológico y dolor isquémico.
-Falta de comunicación entre personal médico y enfermería sobre contraindicaciones y órdenes de no reanimación.
-Ausencia de un plan protocolario establecido sobre:
Momento de alerta al equipo médico de respuesta inicial.
Momento de alerta a equipo médico de soporte vital avanzado (Intensivistas).
Distribución jerárquica de papeles en una parada cardiorrespiratoria:
Personal encargado de aportar material de soporte vital básico y avanzado (carro de paradas).
Número de sanitarios necesarios (entre auxiliares, enfermería y personal médico) necesarios para atender una parada.
Rol de cada sanitario (masaje, vía área, control de monitor y desfibrilador, búsqueda de causas reversibles). Así como información a familiares y aviso a equipo especializado en RCP avanzada.
Ausencia de un plan establecido sobre momento de suspender RCP según resultados y tiempo de reanimación.
Ausencia de un registro sistematizado y continuado sobre:
Número de paradas.
Seguimiento de cada parada al traslado a UCI.
Detección de fallos y posibles errores tanto en el aporte instrumental y material como en la labor de reanimación por parte del Servicio.
Evaluación continuada de los resultados.
Ausencia de un plan formativo continuo especializado en RCP básica y avanzada para todo el personal sanitario de una planta.
La importancia de este plan de calidad radica en la necesidad de crear un plan formativo continuado y adaptado a cada equipo de personal del Servicio. Así mismo, en la realización imperativa de simulacros periódicos que nos permitan afrontar estas situaciones con la mayor eficacia y profesionalidad posibles.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: Mejorar la calidad de la asistencia a una parada cardiorrespiratoria en el paciente hospitalizado.
Objetivos secundarios:
- Mejorar la formación de los profesionales sanitarios.
- Creación de cursos periódicos y simulacros sobre la atención a la parada.
- Seguimiento y registro de las paradas en un servicio de Medicina Interna, con identificación y aprendizaje a partir de los errores cometidos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión bibliográfica de los protocolos de RCP
Elaboración de material formativo
Realización de talleres teóricos y prácticos de soporte vital básico y avanzado dirigido a médicos, enfermería y auxiliares de Medicina Interna

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 375

1. TÍTULO

PLAN HOSPITALARIO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Evaluación antes y después de los cursos formativos
Encuestas de satisfacción anónimas de los cursos formativos
Elaboración de una hoja de recogida de datos según el modelo Utstein

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador de prevención de la PCR: número de activaciones del equipo de guardia por PCR / número de episodios de PCR
Evaluar la rapidez:
- Rapidez de activación del sistema: número de pacientes que reciben RCP precoz (<4 min)/ número total de pacientes que reciben RCP
- Rapidez de desfibrilación precoz: número de desfibrilación precoces / número total de ritmos desfibrilables
Evaluar efectividad:
- número de pacientes con recuperación de la circulación espontánea / número total de pacientes que reciben RCP
- .
Número de éxitus / número total de pacientes que reciben RCP
Evaluar criterios éticos: Número de pacientes en PCR que no se inicia RCP o se suspende / número de pacientes en PCR con órdenes previas de no RCP
Evaluar grado de documentación de episodios: Número de hojas de registro cumplimentadas / número de episodios de PCR

Evaluar disponibilidad de materiales: Número de episodios de RCP con ausencia de algún material necesario / número total de episodios de RCP
Evaluar participación de profesionales: número de participantes / número de profesionales sanitarios
Evaluar grado de satisfacción mediante encuestas anónimas
Evaluar aduisición de conocimientos mediante tests antes y después de los cursos de formación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración prevista del proyecto será de un año natural (noviembre de 2015 a noviembre de 2016) con posibilidad de ampliación.
Elaboración de material formativo, tarjetas y hojas de registro: Noviembre y Diciembre de 2015
Realización de cursos teórico-prácticos trimestrales: Enero, Abril, Julio y Octubre de 2016
Evaluaciones en Enero y Noviembre de 2016
Encuestas de satisfacción: Noviembre 2016
Recogida de hojas de registro e inclusión en la base de datos: trimestral

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 257

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE CRITERIOS PARA LA CANALIZACION DE VIA VENOSA CENTRAL EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POSTANESTESICA

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.
· HERRERO TRAVER MIRIAM. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· TEA GALINDO PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LATORRE LABORDA JOSE ANTONIO. 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. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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.

El servicio de Anestesiología y Reanimación, recibe a diario solicitudes para este tipo de acceso venoso, que es llevado a cabo en la Unidad de Recuperación Postanestésica. 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 destacan, 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 acerca del procedimiento que se va a realizar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Optimización de los parámetros analíticos necesarios para la canalización segura de una vía venosa central (hemograma y coagulación), previa a su solicitud por parte del servicio responsable del paciente, así como mejora de las condiciones clínicas del paciente previa a la canalización de una vía venosa central.

-Implicación del facultativo solicitante en la información al paciente y/o familiares a cerca de la técnica que se le va a realizar, los motivos por los que es necesaria y los riesgos que ésta conlleva.

-Consentimiento informado cumplimentado a la llegada del paciente a la Unidad de Recuperación Postanestésica.

-Selección de manera adecuada de los pacientes subsidiarios de beneficiarse de dicho procedimiento.

-Comprobación radiológica posterior a la canalización del catéter, por el facultativo responsable y solicitante del mismo, para asegurar su correcta colocación y detectar complicaciones inmediatas.

-Disminución de la tasa de complicaciones tras la realización de dicha técnica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Formación del grupo de trabajo y revisión bibliográfica.

-Realizar sesiones sobre las indicaciones, complicaciones y criterios a cumplir para la canalización de una vía venosa central para personal sanitario (enfermería , MIR, especialidades médicas y quirúrgicas).

-Propuestas de mejora para disminuir las complicaciones asociadas a la técnica y optimizar las indicaciones del procedimiento.

-Elaborar documento de recogida de datos, incluyendo los criterios de mejora de calidad.

-Evaluación de indicadores.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Cumplimiento de los criterios establecidos para una técnica segura, entre los que se incluyen consentimiento informado cumplimentado, hemograma y coagulación realizadas en las 24 h previas al procedimiento, así como corrección de dichos parámetros analíticos si precisa.

-Revisión del número y tipo de complicaciones derivadas de la técnica.

Estos indicadores serán monitorizados a través de un documento de recogida de datos, que será cumplimentado por el facultativo solicitante de la vía venosa central, el anestesiólogo responsable y el personal de enfermería.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Formación del Grupo de Trabajo (Mayo 2015)

-Establecer criterios de evaluación (Mayo 2015)

-Redacción del documento de recogida de datos (Mayo 2015)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 257

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE CRITERIOS PARA LA CANALIZACION DE VIA VENOSA CENTRAL EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POSTANESTESICA

-Sesiones formativas para personal sanitario implicado (Junio 2015)

-Recogida de Datos. (Junio 2015 – Febrero 2016)

-Análisis de Resultados y Propuestas de Mejora. (Marzo -Abril 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 104

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOGICO Y DE LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS DE ABLACION CON CATETER

2. RESPONSABLE ..... TERESA OLORIZ SANJUAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ASSO ABADIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· NAIARA CALVO GALIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· FURRIEL ARANDA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ARIÑO TRASOBARES VIRGINIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· BOLEA TOLOSANA SIRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de Electrofisiología realiza múltiples procedimientos de estudio de arritmias y procedimientos de tratamiento de las mismas mediante ablación por cateter. Cada vez se tratan mayor número de arritmias con accesos y sistemática diversa. Ello hace necesarias unas nuevas directrices de manejo y de asistencia tanto pre como post-intervención, y una sistemática de estudio con catéteres, introductores y protocolo de estimulación que varían con cada tipo de arritmia lo que conlleva la necesidad de establecer unas pautas de actuación que permitan homogeneizar el estudio, tratamiento, cuidados y manejo de los pacientes sometidos a este tipo de procedimientos por parte del personal médico y de enfermería. Asimismo, la terapia indicada o no indicada antes del procedimiento para su mayor beneficio diagnóstico (fármacos antiarritmicos y/o betabloqueantes). El objetivo es conseguir la mayor estandarización posible de las normas de actuación entre todos los profesionales sanitarios implicados en el cuidado de este tipo de pacientes. Además, otra finalidad de este protocolo es proporcionar una fuente de información a médicos y enfermeras ajenos a nuestro laboratorio así como facilitar el aprendizaje atención al personal de nueva incorporación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con el establecimiento de este protocolo esperamos mejorar y optimizar las herramientas que disponemos para el estudio y tratamiento de las arritmias, la sistemática y estandarización de los procedimientos se asocia a una mejor evaluación diagnostica y a una reducción de las complicaciones así como a una mejora de la eficiencia en el cuidado de estos pacientes, gracias a la homogeneización y dinamismo derivado de la aplicación de unas pautas comunes, asimiladas y conocidas por parte del personal sanitario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión de la bibliografia publicada y otros protocolos establecidos
- Reunión del equipo médico y de enfermería de la unidad de Arritmias para establecer los criterios a definir
- Elaboración del protocolo
- Aprobación por la Comisión que proceda
- Publicación en intranet
- Presentación oficial del protocolo al Servicio de Cardiología
- Difusión de información a otrs Servicios implicados en el tratamiento de las Arritmias: Urgencias, UCI, Medicina Interna.
- Puesta en marcha del protocolo
- Evaluación de resultados
- Propuestas de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Solicitud de estudios electrofisiológicos y tratamiento de arritmias mediante ablación por catéter por parte de otros servicios implicados: Urgencias, UCI, Medicina Interna.
- Accesos vasculares utilizados comparando mismo tipo de procedimiento
- Sistematica utilizada al finalizar el tratamiento ablativo como target del procedimiento (tipo de procolo de estimulación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Mayo 2015: Reunión del equipo médico y de enfermería para establecer los criterios a definir
- Mayo-Junio 2015: Elaboración del protocolo
- Julio 2015: Consenso del protocolo entre los servicios/unidades implicados
- Agosto 2015: Aprobación por la Comisión que proceda
- Septiembre 2015: Publicación en intranet
- Septiembre 2015: Presentación oficial del protocolo al Servicio
- Septiembre 2015: Difusión de información a otrs Servicios implicados en el tratamiento de las Arritmias: Urgencias, UCI, Medicina Interna.
- Octubre 2015: Puesta en marcha del protocolo
- Ocubre 2016: Evaluación de resultados
- Noviembre 2016: Propuestas de mejora

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 104

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOGICO Y DE LOS DISTINTOS PROCEDIMIENTOS DE ABLACION CON CATETER

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 456

1. TÍTULO

CANALIZACION ECOGUIADA DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES

2. RESPONSABLE ..... JESUS ORO FRAILE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIVA PERALES PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La canalización de vías centrales es una técnica requerida para múltiples situaciones médico-quirúrgicas. Pese a su utilidad y el extendido uso en nuestro medio, no está exenta de riesgos asociados a su canalización.
Es bien conocido que la canalización ecoguiada de los accesos venosos centrales en adultos reduce mínimo 1/3 la incidencia existente de complicaciones relacionadas con la inserción (punción arterial, hematomas, neumotórax…). La población pediátrica aún se beneficia más del uso de la ecografía para dicha canalización, ya que en ella se reduce a una 1/5 parte la incidencia.
Así pues, la Sección de Anestesiología Pediátrica del Hospital Infantil (también los miembros no incluidos en ésta solicitud de proyecto) está sensibilizada y muy motivada con la necesidad de realizar la canalización guiada por ecografía de los acc

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. -Aumento de la seguridad durante la canalización de vías centrales en la población pediátrica.
-Disminución del número de intentos para la canalización.
-Disminución final del tiempo requerido para la inserción.
-Disminución del número de equipos de canalización usados.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Analizar el estado actual de la canalización de accesos venosos centrales en pediátricos en nuestro medio.
-Sesiones formativas y modelos prácticos para los miembros que precisen finalizar la curva de aprendizaje ecoguiado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Analizar el estado actual de la canalización de accesos venosos centrales en pediátricos en nuestro medio.
-Sesiones formativas y modelos prácticos para los miembros que precisen finalizar la curva de aprendizaje ecoguiado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizarán dos evaluaciones separadas en el tiempo, una previa a la canalización ecoguiada de accesos venosos centrales y otra tras su implantación. En ambas se analizarán los siguientes indicadores centinela:
-Incidencias durante la canalización de vías centrales en la población pediátrica.
-Número de intentos para la canalización.
-Número de equipos necesarios.
-Tiempo total requerido para la inserción desde la preparación del campo.
(Muestra de 30 canalizaciones centrales/etapa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración total del proyecto se estima de en 12 meses:
Junio-julio: Análisis del estado actual de la canalización de los accesos venosos centrales en nuestro medio pediátrico.
Junio-agosto: Disposición del ecógrafo y las sondas precisas para nuestra población.
Septiembre-octubre: Sesiones teórico-prácticas.
Noviembre-Febrero: Extensión clínica.
Marzo-abril: Análisis postimplantacional.
Mayo: Presentación de resultados.

11. OBSERVACIONES. Estamos pendientes en nuestra seccióndе la incorporación del equipo ecográfico.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Canalización accesos venosos centrales
OTRA PALABRA CLAVE 2. Ecografía
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 456

1. TÍTULO

CANALIZACION ECOGUIADA DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 003

1. TÍTULO

GESTION DEL DELIRIO EN UCI, SEGUNDA PARTE: APLICACION DE TERAPIA OCUPACIONAL COGNITIVA Y FISICA EN PACIENTES NO INTUBADOS

2. RESPONSABLE ..... 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.
· TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· CAMPO SIN ALICIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los delirios o cuadros confusionales agudos son la patología neurológica más frecuente en cuidados intensivos. En nuestra UCI polivalente comenzamos el año pasado a cuantificar su incidencia, demostrando que ésta esmuy elevada(como ocurre en otras Ucis) e implantando medidas para su control: como acompañamiento del enfermo vulnerable, uso de sus prótesis (gafas, audífonos), mejorar la calidad del sueño, disminuir el nivel de ruidos, evitar las sedaciones excesivas, tratar el dolor y mejorar el confort general del enfermo. Con ello se consiguió una reducción considerable de su incidencia; no obstante pensamos que esta todavía puede reducirse más utilizando: EJERCICIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL COGNITIVA Y FÍSICA (en los pacientes encamados en la medida de lo posible).
Al mismo tiempo que reducimos el delirio con estas medidas de terapia ocupacional, pretendemos conseguir una precoz movilización de los enfermos, para evitar perdida de masa muscular, reducir el uso de neurolépticos y medicamentos para el dolor y la incidencia de problemas tan propios de la UCI como las úlceras por presión, anquilosis de extremidades y las trombosis venosas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Al sumar a las medidas preventivas de los cuadros de delirio ya instauradas en la UCI polivalente y que están siendo implementadas de forma continua, los ejercicios de TERAPIA OCUPACIONAL COGNITIVOS Y FÍSICOS (damos a los pacientes vulnerables hojas de ejericios cognitivos y les indicamos sesiones de ejercicios físicos propios del enfermo encamado, durante 2 sesiones de 1/2 hora todos los días) estamos consiguiendo reducir la demanda de más sedantes y analgésicos por parte de los pacientes, así como la necesidad de uso de neurolépticos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los resultados que esperamos conseguir y nuestros obejtivos son:
- Seguir implementando las medidas ya establecidas.
- Concienciar al personal sanitario de las consecuencias nefastas que los cuadros de delirio tienen en UCI
- Reducir la incidencia de cuadros de delirios y cuanto estos aparezcan intentar que se prolonguen lo menos posible en el tiempo
- Reducir la demanda de sedantes y analgésicos por parte de los pacientes.
- Reducir la incidencia de ulceras de presión (consecuencia de enfermos encamados y sedados por cuadros de delirio).
-Evitar en la medida de lo posible perdida de masa muscular

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para conseguir estos objetivos, a los pacientes que se prevea estancia en UCI superior a 48 horas, se les invita a realizar dos sesiones diarias de 1/2 hora todos los días de ejercicios cognitivos(para lo cual se le dará un cuadernillo con los mismos para que los realice) y se les dará una tabla de ejercicios físicos ajustados a enfermos encamados para evitar perdida de masa muscular y mejorar la coordinación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores que utilizaremos para evaluar nuestros objetivos sérán:
- Incidencia del delirio tras la implantación de las medidas de terapia ocupacional.
-Adherencia de los pacientes al programa que se les propone.
- Reducción en la prescripción de sedantes, neurolépticos y analgésicos en los pacientes incluidos en el programa
- Reducción de la incidencia de ulceras de presión, anquilosis de articulaciones, trombosis venosas y perdida de masa muscular.
-Se medirá el porcentaje de pacientes en los que se consigue la sedestación previa al alta de UCI y su independencia para sus autocuidados personales.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La aplicación de los ejercicios físicos y cognitivos de terapia ocupacional en los enfermos más vulnerables de sufrir delirio ya llevamos dos meses implantandolo. Haremos un corte de los resultados a los seis meses y otro al año.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 003

1. TÍTULO

GESTION DEL DELIRIO EN UCI, SEGUNDA PARTE: APLICACION DE TERAPIA OCUPACIONAL COGNITIVA Y FISICA EN PACIENTES NO INTUBADOS

OTRA PALABRA CLAVE 1. SINDROME CONFUSIONAL AGUDO
OTRA PALABRA CLAVE 2. EJERCICIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL COGNITIVA Y FISICA
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 206

1. TÍTULO

IDENTIFICACION RAPIDA DEL LOCUS QUIRURGICO EN EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... DAVID OTIN BENEDI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANCO MESCUA LUISA JUANA. TCAE. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA, UNIDAD DE CADERA
· CATALAN TORCAL YOLANDA. TCAE. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA, UNIDAD DE CADERA
· PEIRO ESCOSA MARTA. TCAE. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA, UNIDAD DE CADERA
· JIMENEZ BARRERA SUSANA. TCAE. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA, UNIDAD DE CADERA
· SOSA BLANCO CARMEN. TCAE. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA, UNIDAD DE CADERA
· ARILLA LAHOZ DOLORES. TCAE. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA, UNIDAD DE CADERA
· LOPEZ LAZARO CARMEN. TCAE. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA, UNIDAD DE CADERA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente con fractura osteoporótica de cadera precisa para su tratamiento integral de la interacción y coordinación de numerosos profesionales sanitarios y no sanitarios. Actividades tales como aseo, movilización, rehabilitación, pruebas complementarias o traslados precisan de infrormación para el trabajador acerca del tipo de fractura y situación pre o postquirúrgica que a menudo el paciente no puede proporcionar y no siempre se puede disponer del acceso a la historia clínica.
Nuestro objetivo es que en todo momento el personal del hospital que atiende a dicho paciente tenga acceso directo a esta información sin perjuicio del derecho a la intimidad del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incremento global de la calidad en la asistencia del paciente con fractura osteoporótica de cadera.
El paciente aumenta su confianza en el equipo ya que el personal que lo atiende conoce el proceso que le afecta.
Mejor y más rápida identificación del proceso por parte del personal que atiende al paciente.
Mejora en las técnicas de aseo y movilización según la etapa del proceso que afecta al paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Al ingreso del paciente la TCAE que lo atiende coloca en su cama cartulina con un código que identifica la fractura, el lado afecto.
Tras la intervención quirúrgica la TCAE que lo atiende apñade un código que indica que el paciente ha sido intervenido y el tipo de implante que condicionará el tipo de movilización.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de pacientes FOC* con proceso correctamente identificado/Nº de pacientes FOC*
*Referido al paciente FOC con estancia hospitalaria en planta 6 HRTQ
Resultado óptimo: 1

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se realiza de forma continuada y a lo largo de todo el año

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fractura osteoporótica de cadera

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Fractura osteoporótica de cadera
OTRA PALABRA CLAVE 2. Identificación
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 308

1. TÍTULO

AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN PUERPERIO

2. RESPONSABLE ..... MARTA PADIN FABEIRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EZQUERRA GIMENEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CRUZ GUERREIRO ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AGUSTIN OLIVA ANDREA. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABENIA USON PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· PARDO JORDAN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PUERPERIO 7 PLANTA HMI
· ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS LUZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PUERPERIO
· LAHOZ FUERTE JOAQUINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. 7 PLANTA HMI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nuestro hospital presenta un alto número de partos al año, con una estancia hospitalaria corta. Esto implica un elevado número de ingresos y altas hospitalarias diarias. Dado que en nuestra maternidad se atienden más de 4000 partos al año, el número de altas diarias es entre 10 y 15 de media . Teniendo en cuenta que en el proceso de alta hospitalaria están implicados varios profesionales: ginecólogo, pediatra, matrona, enfermera, auxiliar, administrativa y limpieza, dicho proceso debería realizarse de manera conjunta y organizada para optimizar los recursos.
Actualmente todas las altas de puerperio se producen, independientemente de la hora del parto, y del número de altas, en la franja horaria de 13 a 15 horas.
Por otra parte, en ocasiones nos encontramos con falta de camas a primera hora de la mañana para nuevos ingresos, quedando camas libres a partir del mediodía. Con este proyecto pondríamos solución a ambos problemas.
El objetivo de este proyecto es secuenciar las altas de puerperio en dos bloques horarios. Un primer bloque antes de las 12h de la mañana del día del alta y el segundo bloque entre las 13 y 14h. Con ello solucionaríamos los dos problemas anteriormente expuestos, por un lado tendríamos camas disponibles para nuevos ingresos durante la mañana y por otro evitaríamos la sobrecarga de altas al mediodía.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del proyecto es secuenciar las altas en dos bloques horarios. Un primer bloque antes de las 12h y un segundo entre las 13-14h. Con ello conseguiriamos mayor número de camas libres a primera hora para ingresos de partos de la mañana y evitaríamos la sobrecarga de altas al mediodía.
Así mismo lograríamos mayor satisfacción de la paciente al agilizar su alta y una mejor optimización de los recursos de la planta de puerperas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar se seleccionarían aquellas pacientes que podrían ser dadas de alta antes de las 12 de la mañana , (actualmente a las 48 h del parto en caso de parto vaginal y 4 días en caso de cesárea).
Criterios de inclusión:
-Pacientes sin patología de base
-Partos vaginales que cumplen las 48h postparto antes de las 8h de ese día, en caso de cesáreas en el cuarto día postparto.
-Recién nacido a término y con peso adecuado para su edad gestacional.

En el pase de visita médica del día anterior al alta, el ginecólogo seleccionaría a las pacientes candidatas al alta antes de las 12h, y se lo comunicaría a la paciente para verificar que la paciente puede y acepta el alta temprana.
Al día siguiente el ginecólogo,pediatra y matrona pasarían visita a las pacientes seleccionadas a primera hora y realizarían el informe de alta. La enfermera entregará la documentación (informe de alta y cuestionario de satisfacción) a la paciente antes de las 12h.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Se considerará objetivo aceptable el conseguir un 50% de las altas previstas.
-Se elaborara una tabla de recogida de datos estadisticos, en la que se incluyan : pacientes seleccionadas, altas reales ,altas anuladas y motivo.
-Se entregara a la paciente seleccionada un cuestionario de satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Aplicación durante 1 año a partir de la fecha de aprobación del proyecto.
Valoración de los resultados a los 6 y 12 meses.
La continuidad del proyecto dependera de los resultados obtenidos.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Optimización de recursos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Puerperas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 308

1. TÍTULO

AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN PUERPERIO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Mejora
OTRA PALABRA CLAVE 2. Altas
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 515

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRE-ANALITICA DE UN SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

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.
· LAHUERTA ZUECO MODESTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· OTAL SAURAS ESMERALDA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· RODRIGUEZ SOTO ANA LIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· RUIZ ANDRES MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SORIANO HUERTA ESMERALDA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VALERO BERNAL AZUCENA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fase preanalítica de un análisis microbiológico incluye aspectos en los que interviene directamente el Servicio de Microbiología, como son la recepción de las muestras, los criterios de aceptación o rechazo, el registro de solicitudes, la preparación de las muestras y la conservación de estas.

La preanalítica en el Servicio de Microbiología es la etapa en la que se han descrito y publicado el mayor porcentaje de errores, aunque también es dónde son más fáciles de prevenir.

Es necesario que exista dentro del laboratorio una cultura que tienda a la detección del error, cuyo análisis periódico y sistemático sea el inicio de un proceso de mejora continua. El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2009, que establece entre otros requisitos para la fase preanalítica la elaboración de un manual de toma de muestras y un documento que describa la sistemática de trabajo en el área de recepción de muestras, así como la normativa sobre la aceptación y rechazo de las muestras. Una correcta aplicación de la norma no solo evita errores relacionados con la toma de la muestra, sino también otros que pueden incidir en una correcta interpretación de los resultados.

Los estudios de incidencias en la recepción de muestras de los servicios de diagnostico microbiológico pueden ayudarnos a decidir las estrategias más adecuadas para su control y disminución. Los estudios de incidencias comparativos entre centros receptores y de extracción de muestras, mediante técnicas de benchmarking, también ayudan a conseguirlo, ya que muestran la situación relativa de cada uno y ayudan a potenciar y a la mejora del trabajo de cada uno, siendo la comunicación un instrumento que permita conseguir las mejores prácticas.

El objetivo del estudio es mostrar los resultados de los errores preanalíticos en las muestras de laboratorio remitidas desde los centros de atención primaria, estableciendo contacto con los centros de forma trimestral comunicando sus incidencias e iniciando acciones correctivas o formativas si fuese necesario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Registro de incidencias y mantener nivel de estas en un nivel <3%

Establecer contacto > 80% de los centros receptores y de extracción de muestras.
de los que se reciben muestras en el Servicio de Microbiologia

Mejora en el número de incidencias procedentes de los centros receptores y de extracción de muestras >5%

Aumento satisfacción de los centros receptores y de extracción mediante realización encuesta al finalizar el proyecto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Asignación de tareas:

Monitorización de incidencias
Equipo pre-analítica

Realización estadisticas e intepretación resultados: Mª Angeles Ruiz y Mª Pilar Palacián
Envio de resultados y estudio comparativo centros de primaria: Mª Angeles Ruiz y Mª Pilar Palacián

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador nº 1: Gestión de la demanda: Revisión de la idoneidad de los perfiles de análisis (revisión > 75% formatos de peticiones)

Indicador nº 2: Porcentaje de incidencias: Nª incidenciasx100/total muestras recibidas <3%

Indicador nº 3: Envio resultados de monitorización de incidencias y formación a los centros de atención primaria. (establecer contacto >80% centros

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: junio 2015
Fecha fin: junio 2016

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 515

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRE-ANALITICA DE UN SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

Cronograma:

Registro incidencias: junio 2015-junio 2016
Monitorización mensual de incidencias a partir de estadisticas en siglo:
Envio de resultados comparados: Septiembre 2015-Junio 2016
Envio hoja de formación: Septiembre 2015-Junio 2016

Encuesta de satisfacción y análisis de resultados: Junio 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 060

1. TÍTULO

DECANULACION DEL PACIENTE CON TRAQUEOTOMIA PROCEDENTE DE UCI CON DESTETE PROLONGADO MEDIANTE TECNICAS DE VMNI EN PLANTA DE NEUMOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA PANADERO PAZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIÑADO MAÑES CLARA MARIA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· DE PABLO CILLERO FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GASCON PELEGRIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GALLEGO CARRION BEGOÑA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En aquellos pacientes de UCI en los que el destete de la ventilación mecánica (VM) ha fracasado y requieren VM durante un periodo de tiempo prolongado se recurre a la realización de una traqueotomía, cuyos objetivos principales consisten en facilitar el destete y disminuir las complicaciones asociadas a una intubación prolongada. La mayoría son decanulados en la UCI, siendo dados de alta sin la cánula presente, pero muchos de ellos, especialmente pacientes con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica de base, precisan continuar con VM a pesar de los sucesivos intentos de destete, permaneciendo ingresados en la UCI largos periodos de tiempo, empleando hasta un 60% del tiempo de la ventilación en su retirada .
Una vez que el paciente presenta datos de estabilidad clínica y gasométrica, se ha demostrado que la mayoría de los pacientes que son trasladados de la UCI a la planta de neumología recibiendo VM por traqueotomía pueden ser decanulados con seguridad empleando técnicas de ventilación no invasiva (VNI).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No disponemos de datos en el momento actual aunque ya se ha comenzado a ingresar a pacientes con estas características.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La VNI fuera del ámbito de UCI se ha demostrado eficaz en la retirada de la VM por traqueotomía en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, disminuyendo costes hospitalarios, reduciendo ocupación y estancia media en la UCI, sin incrementar la estancia media en el hospital y mejorando la satisfacción de los pacientes y de sus familiares.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Traslado de pacientes procedentes de una UCI que, tras estabilizarse, continúen dependiendo de la VMI tras intentar la desconexión del ventilador sin éxito, tanto en VMNI como a través de traqueotomía, al objeto de progresar en la desconexión y/o para programar la ventilación mecánica domiciliaria (VMD). Los pacientes deberían estar conscientes, hemodinámicamente estables, sin evidencia de sepsis, con una función renal estable y sin arritmias cardíacas ni hemorragias incontroladas.
-Implementar un protocolo de actuación secuencial dinámica para el destete en los siguientes pasos, encaminado a favorecer la transición a la VMNI y conseguir la decanulación: a) estabilización del enfermo a su llegada a la planta manteniendo el tratamiento farmacológico y el procedimiento ventilatorio con el que estaba en la unidad de críticos; b) desinflar el balón de neumotaponamiento manteniendo el soporte ventilatorio endotraqueal y valoración de tolerancia; c) cambio de la cánula no fenestrada con balón por una cánula fenestrada sin balón, en caso de buena tolerancia; d) retirada progresiva de la ventilación durante el día, manteniendo inicialmente siempre la ventilación nocturna, y adaptación a ventilación no invasiva por mascarilla nasal o facial con cánula cerrada in situ con tapón, y e) retirada de la cánula y cierre del estoma.
-Ofrecer una asistencia sanitaria con: a) menor requerimiento del personal sanitario, fundamentalmente de enfermería y auxiliar, con menor consumo de recursos técnicos y asistenciales , b) mejor utilización de los recursos de la UCI, pues ésta queda reservada para los pacientes que realmente necesitan un tratamiento intensivo y c) altas más tempranas por parte de UCI en los pacientes que han superado la fase aguda de su enfermedad, pero que todavía requieren cuidados médicos o de enfermería especializados, o VMNI para facilitar el destete.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Pacientes trasladados de UCI con traqueostomía/pacientes ingresados en Unidad de VMNI
- Aplicación de protocolo de cuidados de traqueostomía
-Recoger variables como diagnóstico de ingreso en UCI, parámetros analíticos incluyendo variables gasométricas al ingreso en UCI y en planta- Analizar la utilidad de la VMNI en éste tipo de pacientes y los factores relacionados con la decanulación.
- Tiempo de estancia hospitalaria (UCI, planta y estancia total), tiempos de tratamiento con VMI y VNI, días desde la apertura al cierre de la traqueotomía, y tratamiento al alta.
-Recoger complicaciones presentadas, número de pacientes decanulados, y la supervivencia al año de seguimiento.
-Comprobar que no ejerce un impacto negativo en el resultado final del proceso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad a desarrollar durante el año 2015. Evaluación de resultados y exposición de los mismos en el año 2016.

11. OBSERVACIONES. -Unidades de cuidados respiratorios intermedios. Definición y características. A Torres, M Ferrer, JB Blanquer, M Calle, V Casolivé, JM Echave, DM Masa. Arch Bronconeumol. 2005;41:505-12
-Ventilación mecánica y traqueotomía. Protocolo de destete de ventilación mecánica y decanulación de la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios de la Fundación Jiménez Díaz S.B. Heili et al. Revista de Patología

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 060

1. TÍTULO

DECANULACION DEL PACIENTE CON TRAQUEOTOMIA PROCEDENTE DE UCI CON DESTETE PROLONGADO MEDIANTE TECNICAS DE VMNI EN PLANTA DE NEUMOLOGIA

Respiratoria. 2011;14(3):83-9111. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Traqueostomía
OTRA PALABRA CLAVE 2. Ventilación Mecánica no Invasiva
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA VALORACION PREVIA Y POSTERIOR AL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS

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.
· DELGADO BELTRAN PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· RUBIO MARTINEZ ARACELI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CABALLERO NAVARRO GONZALO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GIMENO LOZANO JUAN JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GODOY MOLIAS ANA CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· COSTILLA BARRIGA LISSETTE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· DE RUEDA CILLER BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un procedimiento complejo, que conlleva complicaciones frecuentes, que dependen principalmente del diagnóstico, el tipo de trasplante y el tiempo transcurrido desde el mismo, el estado del paciente y de su enfermedad y la presencia de otras enfermedades concomitantes, entre otras.
Unos de los momentos más importantes de éste procedimiento es la valoración previa al trasplante que tiene como fin evaluar de manera global los riesgos y beneficios que éste procedimiento tendría para el donante y receptor (en los casos de trasplante alogénico) o del paciente (en los casos de trasplante autólogo). La decisión de aceptar a un donante y/o receptor se basa en las condiciones biológicas de cada uno de éstos (edad, estado general, comorbilidades), así como en el tipo de patología hematológica y su situación (indicaciones de TPH).
El seguimiento postrasplante tiene como fin diagnosticar y tratar de manera precoz las complicaciones que causan mayor morbimortalidad en estos pacientes (enfermedad de injerto contra receptor, infecciones ó recaída). Esta tarea requiere un seguimiento estricto a nivel clínico y analítico, así como, en muchas ocasiones, de una valoración multidisciplinar dado que el gran polimorfismo clínico de las mismas, hace que el diagnóstico de certeza de cada entidad sea difícil. El diagnóstico tardío de las mismas y la ausencia de tratamientos estándar de rescate en los casos de recaída ó enfermedad de injerto contra receptor resistente a primera línea de tratamiento, implica una gran variabilidad en la práctica clínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar el proceso de evaluación de pacientes candidatos a TPH con el fin de actuar de forma homogénea en dicha selección. Así como definiendo las indicaciones para la realización de los TPH en nuestro centro y evaluando de manera sistemática el riesgo de mortalidad relacionado con el procedimiento en cada caso.
- Acordar los controles y actividades que deben hacerse en el periodo postrasplante tanto en los casos de TPH alogénico como en el autólogo. Agilizar el diagnóstico de complicaciones y disminuir la variabilidad en el manejo terapéutico de las mismas.
- Facilitar la valoración por parte de otras especialidades a éstos pacientes tanto la fase previa como posterior al TPH.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Actualizar el protocolo existente de Estudio pretrasplante del receptor de trasplante de progenitores hematopoyéticos.
2. Elaborar un protocolo de seguimiento postrasplante.
3. Crear equipos multidisciplinares para realizar de manera precoz el diagnóstico de las principales complicaciones post-trasplante.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. A partir del momento de actualización del protocolo de valoración previa al TPH del receptor, cumplimentación del mismo en más del 80% de los pacientes, del total de evaluados en nuestras consultas.
2. Tras la realización del protocolo postrasplante, seguimiento del mismo en más del 90% del total de pacientes evaluados según el punto anterior.
3. Ajuste del tiempo de espera para la valoración de estos pacientes por parte de otros servicios (Cardiología, Neumología, Digestivo, Oftalmología y Dermatología) como máximo de una semana, a partir del momento de la puesta en marcha de los equipos multidisciplinares.
El seguimiento se realizará revisando las historias clínicas de pacientes y donantes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Actualización del protocolo pretrasplante y elaboración del protocolo postrasplante: 3 meses (junio-agosto de 2015)
- Creación de equipos multidisciplinares: 2 meses (agosto-septiembre de 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Donantes y receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA VALORACION PREVIA Y POSTERIOR AL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 202

1. TÍTULO

DISEÑO DE PLANNING DE VISUALIZACION DE LAS SOLICITUDES DE INTERCONSULTA EN UNA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

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 CLINICO. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· FERRANDEZ CORTES JAIME. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO. MIR PSIQUIATRIA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PEREZ PEMAN MARIA CAMINO. MIR 4º. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· AYALA CUEVAS BEATRIZ. PIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha observado cierta dificultad para que todos los componentes del equipo conozcan los casos que se evaluan en cada momento por lo que consideramos que es de gran utilidad una visualización rápida de los pacientes atendidos a diario o pendientes de seguimiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer el estado de demanda de interconsulta en la Unidad
Visualizar de forma rapida el profesional abscrito a cada paciente
Mejorar el seguimiento diario de los pacientes atendidos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se elaborará un soporte físico que pueda ser modificado de forma rápida y permita la visualización inmediata del estado actual de las actividades realizadas por los profesionales de la unidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Recogida en el soporte físico diseñado para ello de los datos de la hoja de consulta
Añadir la actuación realizada en cada caso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se inicia el diseño y ejecución del formato de planning físico el 1 de junio del presente año y se comenzará a recoger la información a partir del 1 de octubre del mismo año

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 317

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO,TRATAMIENTO E INDICACION QUIRURGICA DE LA POLIPOSIS NASOSINUSAL

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.
· GOMEZ DIAZ COVADONGA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· RIVARES ESTEBAN JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia de esta patología es del 2-4%, con incidencia sobre la salud de la población afecta,conllevando además un importante coste sociosanitario.
Su manejo implica a varias especialidades, además de Otorrinolaringología,detectándose importante variabilidad en su diagnóstico y enfoque terapeútico,incluida su indicación quirúrgica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El protocolo pretende:
- Unificar y mejorar el abordaje, tratamiento médico e indicación quirúrgica de la Poliposis Nasosinusal, para ayudar a los profesionales implicados en su manejo.
- Mejorar la evolución clínica y calidad de vida de los pacientes afectos de esta patología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El proyecto se lleva a cabo por profesionales médicos de la Unidad de Rinologia del Servicio de Otorrinolaringología del HUMS.
- Se hace una revisión de bibliografía y consensos actualizados.
- Elaboración de un protocolo consensuado con medición de la repercusión en la calidad de vida de los pacientes con cuestionarios validados.
- Difusión al resto de especialistas implicados para su implementación en la práctica clínica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Comprobación de la realización del protocolo y de su difusión entre los profesionales implicados.
- Porcentaje de pacientes con cumplimiento del protocolo.
- Medición de la calidad de vida de los pacientes , mediante cuestionarios validados, antes y después del tratamiento realizado.
- Revisión bibliográfica actualizada y permanente y planteamiento de posibles modificaciones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Presentación del proyecto por parte de la Unidad de Rinología, al resto de los profesionales del Servicio de ORL del HUMS en un plazo máximo de 1 mes.
- Revisión al cabo de 3 meses de los objetivos e indicadores ya comentados para valorar posibles modificaciones
- Nueva revisión en 6 meses,con el objetivo de contar con un instrumento pemanente de trabajo en esta patología

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 045

1. TÍTULO

CERTIFICACION UNE-EN ISO 9001:2008 PARA LA GESTION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PEREZ SALILLAS
· Profesión ..... OTROS
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSTELERIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VERA CEAMANOS MIGUEL. JEFE DE SERVICIO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· SEGURA AZNAR MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· GARCIA BLASCO SACRAMENTO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· CARBONEL MOREU AIDA. COCINERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· MONCLUS ARRIETA CARLOS. GOBERNANTE/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· PELLUS SEBASTIAN MARIA ANGELES. GOBERNANTE/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· ESPINOSA PEREZ CARMEN. PINCHE. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo es el compromiso del servicio de cocina para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001-2008, mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos más importantes que realizamos estén perfectamente descritos y documentados. Para ello se han establecido indicadores de calidad que nos permiten medir periódicamente nuestro trabajo para garantizar la calidad del mismo y un proceso de mejora continua.

Mejora continua basada en la planificación, el control y la medición de la eficacia de todos los procesos que se realizan en la cocina: Control de proveedores, abastecimiento (recepción y almacenamiento), elaboración y distribución de las dietas hospitalarias. Así como, gestión de personal, formación y gestión de equipos, incluyendo la limpieza y desinfección de los mismos.

Motivación y participación de personal, así como mejorar la gestión de los recursos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Obtención de la certificación UNE EN ISO 9001:2008 en Junio 2014.

Se ha formado al personal de cocina sobre la Norma UNE-EN ISO 9001, fomentando la participación conjunta del Servicio de cocina para poder implantar dicha norma.

Integración del Plan APPCC en la norma ISO 9001

Sistema de control de temperatura en continúo con alarmas de las cámaras

Realización de encuestas de satisfacción a los pacientes para recabar información.

Se ha realizado otra auditoria interna (25-02-2015) y Revisión por la Dirección (15-04-2015

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo a conseguir es mantener la certificación ISO 9001:2008

Mayor rentabilidad, mejoras en la productividad, motivación y compromiso por parte del personal.

Cumplir los estándares de cada uno de los indicadores y objetivos planteados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Sistematizar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis estadístico de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua, bien a través de un grupo de calidad del Servicio o de la forma que los responsables consideren más conveniente.
-Mejorar el sistema de trazabilidad: Incorporar etiquetas informatizadas con código de pistolas de lectura para facilitar el proceso de trazabilidad de alimentos, reduciendo la posibilidad de errores y facilitando la rapidez del proceso
-Gestión de equipos: identificación completa, e inclusión de nuevos equipos en el plan de mantenimiento preventivo. Responsable: MJSA
-Utilizar los registros sobre el desbarasado de los platos para la adaptar los menús a las preferencias de los pacientes. Responsable: MVC

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Control del almacenamiento: El 80% de resultados satisfactorios en cámaras de almacenamiento y congelador. Periodicidad: semestral
-Elaboración: 90% de resultados satisfactorios de temperatura de condimentación (elaboración). Periodicidad: Semestral
-Resultados por debajo de los límites establecidos (Recuento de aerobios y enterobacterias):
90% de resultados satisfactorios en comidas sometidas a tratamiento térmico
80% de resultados satisfactorios en comidas con algún ingrediente no sometido a tratamiento térmico.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Auditoria externa: Mayo 2015
-Seguimiento y cierre de no conformidades abiertas en auditoria interna: Año 2015
-Formación del personal en materia de Nutrición e Higiene alimentaria: Año 2015
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Año 2015.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 045

1. TÍTULO

CERTIFICACION UNE-EN ISO 9001:2008 PARA LA GESTION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA

11. OBSERVACIONES. Facilitar la implicación de los distintos profesionales a las actividades vinculadas con la certificación ISO del Servicio de Cocina compatibilizándolo con las actividades diarias.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. MEJORA
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 476

1. TÍTULO

COLABORACION ENTRE SERVICIOS (FARMACIA-NEFROLOGIA) EN LA IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL Y REALIZACION DE RECOMENDACIONES DE MANEJO Y AJUSTE DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PERRINO GARCIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALADREN REGIDOR MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· LOU ARNAL LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· CANTALAPIEDRA MALAGUILLA ELENA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· CARCELEN ANDRES JOSEFA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· LARRODE LECIÑENA ITZIAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· IZUEL RAMI MONICA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con la Prescripción electrónica asistida (PEA) disponemos de una herramienta que incorporra mecanismos de ayuda a la prescripción del médico y alertas de seguridad variadas como interacciones medicamentosas, duplicidades, alergias, dosis máxima permitidas y ajuste de dosis según la función renal y hepática.
Según el Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad (Febrero 2015), la enfermedad renal supone un coste social y económico muy elevado que requiere criterios coordinados entre los profesionales sanitarios que garanticen los mejores niveles de calidad en la prevención, diagnóstico y tratamiento.
El ajuste de la dosis en la insuficiencia renal es fundamental para garantizar la eficacia de ciertos medicamentos y/o evitar la toxicidad. Sin embargo, en el ámbito hospitalario se ha descrito que el 70-75% de las prescripciones, que incluyen medicamentos eliminados
fundamentalmente por vía renal y/o que son nefrotóxicos, resultan inapropiadas, en relación a la dosis o a su frecuencia de administración.
La concentración sérica de creatinina que se ha utilizado tradicionalmente como marcador de la función renal, no sólo depende de la excreción de creatinina por el riñón, sino también de su producción, que está relacionada con la dieta y la masa muscular. De esta forma, la creatinina sérica, sólo empieza a elevarse cuando ya se ha perdido más del 50% de la función renal.
Los resultados del cálculo de la función renal por los métodos de Cockcroft-Gault y la filtración glomerular estimada (MDRD) introducido recientemente como parámetro rutinario en los resultados de las pruebas de bioquímica, y el CKD/EPI si no se interpretan convenientemente, pueden dar lugar a la falta de respuesta terapéutica o a la aparición de efectos indeseables.
Por ello se considera fundamental la detección precoz de los pacientes con IR y el ajuste de la posología de aquellos tratamientos que lo requieran por las características del medicamento para garantizar la seguridad del paciente y mejorar la eficiencia de los tratamientos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal de este proyecto es establecer una colaboración entre el Servicio de Farmacia y el Servicio de Nefrología para detectar de manera precoz aquellos pacientes con algún tipo de alteración en la función renal, y proponer ayudas a la prescripción electrónica a los facultativos responsables de dichos pacientes en aquellas unidades donde esté implantada la PEA.
La herramienta que se pretende validar para la identificación de estos pacientes, Detect-H , tiene la función de identificar y diagnosticar en forma sistemática la insuficiencia renal en el ámbito hospitalario. Sus principales objetivos son los siguientes:
1.- Prevención de la morbi-mortalidad hospitalaria atribuible a la condición de insuficiencia renal crónica.
2.- Diagnóstico de insuficiencia renal no conocida y posibilidad de intervención en fases pre-clínicas de la enfermedad para reducir morbilidad potencialmente evitable.
3.- Reducción de la incidencia de insuficiencia renal aguda aparecida en el hospital y de las complicaciones asociadas a la misma.
Teniendo en cuenta las situaciones clínicas en las que el uso de las fórmulas para la estimación del filtrado glomerular es inadecuado, la mejora en la capacidad predictiva del FG, especialmente entre valores de 60 y 90 ml/min/1.73 m2, así como en la predicción de mortalidad global y cardiovascular o del riesgo de desarrollar ERC Avanzada y fallo renal, determinarían que, mientras no existas otras ecuaciones más precisas, se recomiende el uso de la ecuación CKD-EPI que es la que utiliza Detect.
Tras la identificación de los pacientes, se consensuarán entre ambos servicios medidas de manejo que Farmacia trasladará a la ficha farmacoterapéutica como apoyo a la prescripción electrónica ayudando a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la prescripción.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Integrantes de Nefrología: mantenimiento y validación del programa Detect (capta información del programa de gestión de los laboratorios)
Integrantes de Farmacia: Revisión diaria del listado de pacientes que presenta Detect y traslado de la información sobre la función renal al programa de PEA y comunicación de las sugerencias de manejo y ajuste de dosis al médico prescriptor
Ambos servicios: Elaboración y análisis del tipo de información que se va a transmitir

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 476

1. TÍTULO

COLABORACION ENTRE SERVICIOS (FARMACIA-NEFROLOGIA) EN LA IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL Y REALIZACION DE RECOMENDACIONES DE MANEJO Y AJUSTE DE DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Porcentaje de pacientes para los que se realiza recomendaciones sobre el total en los que se detecta riesgo de IR. Fuente: Farmatools para nº de pacientes informados y Detect para nº pacientes en riesgo
2.- Porcentaje de aceptación de las recomendaciones realizadas. Fuente: Farmatools

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Junio 2015
Finalización: Se prevé su instauración de forma indefinida
Cronograma:
Validación y ajuste programa Detect Junio 2015
Evaluación de la información que se va a emitir: Junio- Octubre 2015
Implantación recomendaciones: Noviembre 2015 en adelante

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. INSUFICIENCIA RENAL
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 482

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA EN TRIAJE EN URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PES LAGUNA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANMARTIN ALLUE HECTOR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· BOSQUE MORENO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GARCIA SERRANO CONCEPCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PLANA FERNANDEZ BLANCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MUNUERA BARAHONA MARIA CONSUELO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· FRAGUAS OLIVA JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la implantación en el año 2004 en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, del Sistema Español de Triaje (S.E.T.) y su aplicación informática web e-PAT 3.5, se ha llevado a cabo, con una periodicidad semestral, un programa formativo para los nuevos usuarios de la aplicación. Pero y a pesar de que el propio manual del S.E.T. recomendaba su realización, el personal ya formado, no ha sido objeto de ningún programa de formación continuada, en el que se revisasen los conocimientos adquiridos y se comunicasen de manera formal las adaptaciones y nuevos protocolos que se iban implementado en la unidad.
La huella digital del triaje en el servicio, ha derivado de manera progresiva hacia dos hechos; la casi desaparición de los niveles extremos (I y V) pasando de un sistema de 5 niveles a uno de 3 (II, III y IV) y el sobretriaje de los pacientes, con una elevada dependencia de los niveles II y III con un 20 % y 60 % del total de pacientes atendidos y consecuentemente una infrautilización de los niveles de menos gravedad (IV y V).
Por todo ello e impulsado desde la Comisión de Calidad del Servicio, se planteó la posibilidad de abordar esta situación creando un Grupo de mejora de Triaje que estudiaría y propondría mejoras a la situación actual.
Desde las primeras reuniones de este Grupo, se identifica como una debilidad, la ausencia de una formación continuada del personal ya formado y que, en muchos casos, lleva más de 10 años en los puestos de triaje sin recibir ninguna nueva formación o recordatorio de los conocimientos hace una década adquiridos.
Por ello se decide impulsar por primera vez en el Servicio de Urgencias, un “Programa de Formación Continuada en Triaje” que palíe el déficit formativo para el personal con experiencia en la Unidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar un Programa de Formación Continuada que de a conocer todos los protocolos de derivación existentes en la unidad, así como el procedimiento de triaje más adecuado para algunas patologías tipo, en las que se haya identificado que se está produciendo un sobretriaje.
Por otra parte, recordar las generalidades e implicaciones legales del proceso de triaje.
Con todo ello se espera conseguir implícitamente, una mayor adecuación del proceso de triaje a la gravedad real de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El Programa de Formación Continuada consistirá en dos actividades de 7 horas de duración, complementarias entre si. En ambas actividades se fomentará la participación activa del alumnado y la resolución de dudas y discrepancias respecto al triaje. Éstas consistirán en:
• Una Sesión Teórica, que abordará las generalidades del triaje y del S.E.T., se expondrá la situación actual mostrando la huella digital del servicio, comparándola con la de otros centros tanto de la comunidad aragonesa como de otros hospitales del país.
Se expondrán cada uno de los protocolos existentes en la unidad.
Por otra parte se seleccionarán aquellos motivos de consulta con una mayor discrepancia entre el nivel observado y el esperado, para incidir en la forma de abordar el triaje de estos pacientes tipo.
El responsable será Héctor Sanmartín Allué.
• Un Taller Práctico, con resolución de casos seleccionados entre los motivos de consulta más discordantes y entre los protocolos existentes en la unidad, además de los casos que planteen los propios alumnos.
El responsable será Fernando Luis Gracia Federio

Para favorecer el aprovechamiento de estas, la participación activa y el interés del alumnado, el número máximo de alumnos en cada actividad será de 10 por sesión,
El Taller Práctico se impartirá con el empleo de la demo de la web e-Pat 3.5 instalada en los ordenadores de la sala de informática del Edificio de Formación del Centro.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se utilizarán dos indicadores que serán:
1-Participación en el Programa de Formación Continuada del personal ya presente en la unidad con más de un un año desde la realización del curso de Triaje con un standard > 80%.
2-Realización de ECG en triaje en pacientes que consultan por dolor torácico no traumático en el área de Urgencias, valorándose su registro en el área de triaje con un standard > 90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL - MAYO 2015
Formación del grupo de mejora.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 482

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA EN TRIAJE EN URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Valoración de la situación actual.
Análisis DAFO
JUNIO-SEPTIEMBRE 2015
Diseño del programa de Formación Continuada.
OCTUBRE-DICIEMBRE 2015
Realización de actividades formativas
ENERO-FEBRERO 2016
Evaluación del programa
Comunicación de resultados a la Comisión de Calidad del Servicio de Urgencias

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 671

1. TÍTULO

CHECK-LIST DE VERIFICACION DE SEGURIDAD PARA PACIENTES SOMETIDOS A TECNICAS INVASIVAS EN LA SALA DE BLOQUEOS DE LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... PAULA PEÑA 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.
· LUCAS HERNANDEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR
· CASADO MERODIO ANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR
· GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR
· SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR
· MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR
· PEREZ LAZARO CAMILA JOSEFA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DEL DOLOR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad del Dolor del Hospital Miguel Servet depende del servicio de Anestesiología , Reanimación y Tratamiento del Dolor del mismo hospital, y consta de dos consultas y una sala para la realización de técnicas invasivas con cinco camas de estancia temporal en horario de mañana, para aquellos pacientes que requieren de observación y seguimiento previo al alta tras la realización de la técnica. En ella se realizan diariamente múltiples técnicas invasivas a pacientes de forma ambulatoria, tales como bloqueos epidurales lumbares y caudales, bloqueos de nervios periféricos, inyección de toxina botulínica, radiofrecuencia, bloqueos intraarticulares, infusión intravenosa de anestésicos locales, etc. En muchas ocasiones son pacientes frágiles, multipatológicos y polimedicados. Consideramos una prioridad la seguridad de los pacientes a la hora de realizar dichas técnicas en cuanto a preparación de los mismos y cuidados que deben recibir tras las mismas. Máxime cuando el facultativo que la realiza en la sala de bloqueos en ocasiones, no es el mismo que la indica en consulta. Por ello, pretendemos estandarizar la monitorización de varios ítems relacionados con las características del paciente, comorbilidades, tratamientos a los que está sometido y situaciones derivadas de la realización de dichas técnicas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realización de un check-list de verificación de seguridad previa a la realización de la técnica y a posteriori, previo al alta del paciente de la unidad del dolor.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. : Confección de una lista de verificación de seguridad para realizar previa a la realización de la técnica y a posteriori de la misma, donde se evalúen parámetros tales como:
- Identificación del paciente.
- Comprobación de la técnica a realizar con el paciente.
- Existencia de consentimiento informado firmado por paciente y facultativo.
- Comprobación de alergias.
- Valoración preoperatoria, si procede. (estudio coagulación, radiología, …)
- Comprobación de intervalos de seguridad de fármacos que alteran hemostasia.
- Interrogatorio sobre posibles incidencias (ingresos, reagudizaciones, tratamientos nuevos,…) acaecidas entre la fecha de prescripción de la técnica en consulta y la fecha en la que se realiza en la sala de bloqueos.
- Comprobación con el paciente de los posibles efectos secundarios o situaciones derivadas de la técnica realizada e indicaciones para solventarlos.
- Índice de alta postanestésico a casa. (Postanesthesia Discharge Scoring System).
- Micción espontánea previa al alta en bloqueos centrales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Grado de implantación: Se recogerán los formularios cumplimentados y el coordinador del proyecto los valorará para averiguar el grado de seguimiento.
Se considerarán indicadores de calidad:
- Haber realizado el check-list en al menos el 75% de las técnicas realizadas en el primer año.
- No tener complicaciones evitables relacionadas con las técnicas realizadas.
- Solventación temprana de posibles reacciones o situaciones adversas que pudieran acontecer.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicialmente el proyecto durará un año, ampliable a los siguientes tras evaluación y modificación si procede, según resultados obtenidos.
-Primer mes: Diseño del formulario de verificación de seguridad para técnicas invasivas realizadas en la sala de bloqueos de la unidad del dolor.
-Segundo mes: Impresión del formulario y presentación del mismo a todos los componentes de la unidad (facultativos, DUEs y personal auxiliar).
- A partir del tercer mes y hasta el año, implantación del formulario y recogida de los mismos cumplimentados.
-Al finalizar el año se realizará la evaluación del grado de implantación, satisfacción del personal implicado y resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 671

1. TÍTULO

CHECK-LIST DE VERIFICACION DE SEGURIDAD PARA PACIENTES SOMETIDOS A TECNICAS INVASIVAS EN LA SALA DE BLOQUEOS DE LA UNIDAD DEL DOLOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 675

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE UNO Y DOS NIVELES

2. RESPONSABLE ..... DIEGO PEÑA JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANGULO TABERNERO MARINA. MIR. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· RODRIGUEZ VELA JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· LOSTE RAMOS ANTONIO FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· TABUENCA SANCHEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA
· CHARLEZ MARCO ALFREDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La principal actividad quirúrgica de la Unidad de Cirugía de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza se basa en la artrodesis lumbar en los casos de patología degenerativa de columna lumbar con 157 casos en el año 2014.
En nuestra experiencia clínica en los últimos años hemos apreciado que la necesidad de transfusión en los pacientes que han sido sometidos ha este tipo de intervenciones es mucho menor que el volumen de concertados hemáticos se solicitan, 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 (67 casos), mientras que suele ser excepcional en cirugías de un nivel (51 casos) y dos niveles (39 casos).
Ante esta situación nos planteamos la posibilidad de reducir el número de solicitudes de pruebas cruzadas y de reserva de concentrados de hematíes en cirugías de uno o dos niveles con el consiguiente ahorro económico y consumo de recursos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo de este proyecto de mejora es cuantificar las necesidades reales de transfusión sanguínea en los pacientes que van a ser intervenidos de artrodesis lumbar estratificándolo en función de los niveles a fusionar.
Un segundo objetivo estaría dirigido a valorar la variación en las cifras de hematocrito y hemoglobina en los pacientes que van a ser intervenidos de una fusión lumbar de uno y dos niveles.
Así mismo y de forma secundaria se intentaran identificar otros elementos que pueden condicionar la necesidad de transfusión en los casos de artrodesis lumbar de uno y dos niveles.
Con todo ello se pretende estimar el potencial ahorro y reducción del consumo de recursos que se obtendría de no realizar de forma rutinaria una reserva de dos concentrados de hematíes en aquellos casos de fusión lumbar de uno y dos niveles y establecer los valores preoperatorios de hematocrito y hemoglobina en los que puede existir un mayor riesgo de necesidad de transfusión en este tipo de cirugía.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La planificación del estudio se basa en la recogida de datos de todos los pacientes que van a ser intervenidos de artrodesis lumbar en la Unidad de Cirugía de Columna del Hospital universitario Miguel Servet de Zaragoza, estratificándolos en función del número de niveles a fusionar. (1 nivel, 2 niveles y 3 ó más niveles)
Los datos a recoger de cada paciente serán:
- Número de Historia
- Edad
- Sexo
- Hematocrito preoperatorio y postoperatorio
- Hemoglobina preoperatoria y 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.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Número de concentrados transfundidos en cada uno de los grupos de fusión lumbar.
2.- Variación de los parámetros analíticos de hematocrito y hemoglobina entre el preoperatorio y el postoperatorio.
3.- Medicaciones, patologías o condiciones físicas del paciente que pueden generar mayor sangrado estableciéndolos como posibles factores de riesgo.
4.- Incidencias quirúrgicas que hayan provocado un mayor sangrado y hagan necesario excluir a los pacientes del estudio para una normalización del mismo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se estima el comienzo del estudio con la normalización del ritmo de la actividad quirúrgica en el mes de septiembre y su desarrollo durante un plazo de seis meses.
Se puede establecer un punto intermedio de control a los 3 meses del inicio en diciembre de 2015, que puede ser útil para identificar otros parámetros que deban ser considerados en el estudio.
En el caso de que la actividad quirúrgica no generase un número de casos suficientes para el estudio se pueden

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 675

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE UNO Y DOS NIVELES

platear prorrogas de 30 días hasta alcanzar al menos el 50% de la actividad quirúrgica realizada durante el año 2014.

11. OBSERVACIONES. En el estudio han sido desestimados las cuantificaciones de sangrado intraoperatorias y la productividad de los drenajes.
Una vez realizado el estudio se puede realizar un estimación económica del potencial ahorro obtenido en el caso de no haber reservado los concentrados de hematíes que no se han empleado.
Si los resultados obtenidos confirmasen lo observado en nuestra experiencia clínica se podrían implantar unos nuevos criterios en la política de reserva de sangre para las cirugías de fusión lumbar de uno y dos niveles.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Lumbalgias

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Artrodesis lumbar, transfusión, ahorro de sangre
OTRA PALABRA CLAVE 2. pruebas cruzadas, cirugia
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 599

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN PEDIATRIA DE LOS SECTORES DE ZARAGOZA 1 Y 2

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS PEÑA SEGURA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIVAN LALLANA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. PEDIATRIA
· LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· ARNAL ALONSO JOSE MARIA. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. PEDIATRIA
· CAMPOS CALLEJA MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· GARCIA VERA CESAR JOAQUIN. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. PEDIATRIA
· OLMEDILLAS ALVARO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS ARRABAL. PEDIATRIA
· GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. PEDIATRIA
· GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· CORTES MARINA ROSA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde abril de 2011 un grupo estable e interdisciplinario de pediatras del sector I y II de atención primaria (AP) y especializada (AE), junto a las subdirecciones médicas de AP del sector II y del Hospital Universitario Miguel Servet, mantiene reuniones periódicas con la finalidad de favorecer la comunicación entre estos niveles asistenciales, establecer protocolos conjuntos de actuación y mejorar los circuitos asistenciales.
Se presentaron Proyectos de Mejora en las Convocatorias de 2013 y 2014.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante este tiempo se ha propiciado la creación de grupos de trabajo que han desarrollo protocolos consensuados (infección del tracto urinario, atención al recién nacido de muy bajo peso, obesidad, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, estreñimiento y laringitis). Se han realizado jornadas y sesiones clínicas conjuntas presentándose los protocolos realizados
Se han elaborado propuestas de mejoras asistenciales como el acceso a pruebas complementarias.
Creación de una consulta abierta a los pediatras de AP (Nefrología Pediátrica) mediante vía telemática.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Identificar problemas relacionados con la continuidad asistencial.

Disminuir la variabilidad de la práctica clínica estableciendo protocolos de actuación y evaluando los resultados.

Favorecer la comunicación y relación entre los profesionales de ambos niveles y su formación.

Mejorar los circuitos asistenciales entre AP y hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones periódicas, del grupo de mejora con elevación de acta.

Impulsar grupos de trabajo de profesiones de AP-AE, con la creación y presentación de protocolos de patologías prevalentes,

Difusión de los mismos a todos los pediatras tras ser aprobados por la comisión de calidad del sector 2, y quedar disponibles en la intranet de ambos sectores.

En el año 2015-2016 están previstos:
Establecer protocolo y circuito asistencial del niño con hipertrofia de adenoides y/o SAOS para disminuir listas de espera y evitar exámenes complementarios innecesarios.
Sesión de trabajo que implica a pediatras de AP, ORL del HUMS y de cupo, neurofisiólogos del HMUS.

Protocolo de pilotaje de una prueba de detección rápida de IgE específica a nemumoalergenos (InmunoCAP) en AP. Se han seleccionado 3 centros de AP (Actur Norte, José Ramón Muñoz y Fernández, Villamayor). La prueba diagnóstica InmunoCAP.
La dirección de gerencia de AP del sector sanitario II suministra los tests a los pediatras de los tres centros que previamente aprobarán el protocolo y serán adiestrados en la realización del mismo.

Implementación de una consulta telemática anual y evaluación de resultados (nº de interconsultas, conocimiento de la misma entre los pediatras, tiempo de respuesta, y resolución de problemas).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reuniones del Grupo de Mejora al menos 8 anuales, evaluación semestral. Actas de las reuniones, con la asistencia de al menos el 60% de los componentes.

Evaluación del grado de cumplimiento de los protocolos elaborados y difundidos, según los criterios de evaluación de los mismos al menos cada 2 años.

Evaluación de resultados de las consultas telemáticas establecidas (nº de interconsultas, conocimiento de la misma entre los pediatras, tiempo de respuesta, y resolución de problemas).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 599

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN PEDIATRIA DE LOS SECTORES DE ZARAGOZA 1 Y 2

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Junio-15 y finalización mayo-16.

Reunión para establecer protocolo y circuito asistencial del niño con hipertrofia de adenoides y/o SAOS que implica a pediatras de AP, ORL del HUMS y de cupo, neurofisiólogos del HMUS en junio-15. Puesta en marcha septiembre-15.

Protocolo de pilotaje de una prueba de detección rápida de IgE específica a nemumoalergenos (InmunoCAP) en AP. Se han seleccionado 3 centros de AP (Actur Norte, José Ramón Muñoz y Fernández, Villamayor). La prueba diagnóstica InmunoCAP.
La dirección de gerencia de AP del sector sanitario II suministra los tests a los pediatras de los tres centros que previamente aprobarán el protocolo y serán adiestrados en la realización del mismo. Presentación y puesta en marcha septiembre-15.

Implementación de una consulta telemática anual y evaluación de resultados (nº de interconsultas, conocimiento de la misma entre los pediatras, tiempo de respuesta, y resolución de problemas). Puesta en marcha octubre-15.

11. OBSERVACIONES. SECTORES I Y II11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes pediátricos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 549

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET

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.
· CORDON RUIZ RUBEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LAITA MONREAL SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PEREZ GUERRERO AINHOA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LOPEZ PERALES CARLOS RUBEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: Identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.

Existen numerosos estudios en la literatura que demuestran la existencia de gran numero de efectos negativos de la asistencia sanitaria sobre la salud y bienestar del paciente. Desde el informe del Institute of Medicine (To err is human) la necesidad de saber, medir y disponer cambios en la asistencia para evitar estos eventos se ha convertido en crítica en la actualidad.

Desde hace unos años se han incluido estas prácticas en las directrices que marcan el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. La estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud para lo que prevé la firma de convenios específicos entre las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad y Consumo. Nuestra comunidad suscribió con el Ministerio de Sanidad y Consumo un Convenio de colaboración en 2008 para el impulso de las prácticas seguras en los centros sanitarios. Dicho convenio dentro de los objetivos específicos incluye la promoción de de sistemas que permitan conocer los efectos adversos ocasionados en los centros asistenciales.

El estudio sobre la identificación de los problemas de seguridad y la adquisición del conocimiento sobre los mismos es el paso necesario para desarrollar medidas que mejoren la seguridad de nuestros pacientes.
La necesidad de implantar sistemas de notificación de estos fenómenos para conocer como, cuando y porque ocurren es necesaria en la asistencia sanitaria tecnificada y altamente especializada por los riesgos que conlleva su práctica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejora de la seguridad del paciente.
-Identificar y analizar los eventos adversos que se presentan en nuestro servicio.
-Detección de áreas de mejora para proponer nuevas medidas que eviten dichos eventos.
-Reducir con estas medidas el número y gravedad de estos eventos.
-Implantar practicas seguras en la actividad asistencial diaria.
-Implantar una cultura de la seguridad en nuestra práctica diaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Proponemos el diseño de manera consensuada por los integrantes del servicio en sus diferentes unidades y áreas de hospitalización de un sistema de notificación de eventos adversos e incidentes críticos.
Se implantará en las siguientes fases:
-Planificación
-Crear un documento de notificación de EA de manera consensuada por el grupo de mejora.
-Información pública de dicho documento para su valoración y crítica por el resto del servicio.
-Disponer un buzón para notificación de EA o dispositivo informático de similar función
-Crear un registro informático de EA.
-Designar un grupo reducido de personas que analizarán los EA detectados con miembros de cada unidad y área de hospitalización.
-Establecer propuestas de medidas correctoras para evitar los EA.
-Rediseño del procedimiento notificación con las criticas y mejoras que se efectúen por los miembros del servicio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores: Nº de Incidentes Críticos, Nº Eventos Adversos; ratio ICriticos/Nº Ingresos; ratio E. Adversos/nº ingresos. Nº total de Comunicaciones. Estancias evitables. Eventos Centinela. Y los que se estimen convenientes por el grupo de trabajo.
Evaluación por parte del grupo de trabajo con carácter trimestral. Comunicación al resto de la plantilla del servicio en reunión trimestral.
Implantación de las medidas correctoras que se estimen oportunas en consenso con la dirección del centro, supervisoras de enfermería y jefatura del servicio.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio-Septiembre de 2015: Diseño del sistema de notificación. Elección de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 549

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET

indicadores y programación de reuniones con la plantilla del servicio.
Septiembre-Octubre 2015: Inicio del sistema de registro. Publicidad entre la plantilla del servicio.
Desde Octubre 2015: Funcionamiento "piloto" durante un trimestre. Se realizaran las modificaciones oportunas para mejorar el funcionamiento.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad del Paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes atendidos en el S. de Cardiología (Hospitalización o Exploraciones)

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Seguridad
OTRA PALABRA CLAVE 2. Eventos Adversos
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 478

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA PREANESTESICA PEDIATRICA

2. RESPONSABLE ..... LUIS 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.
· CHUECA MATA MARIA JULIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ORO FRAILE JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· APARICIO MARTIN ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. CITACIONES HOSPITAL INFANTIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente existe una mayor demanda de los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos en la población general. La población pediátrica también está afectada por estas observaciones. El estudio preoperatorio permite prevenir las complicaciones ya que tenemos mejor conocimiento fisiopatológico de las enfermedades, mayor avance en los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y anestésicos, y mayor disponibilidad de monitorización perioperatotria. Para nuestra población pediátrica, la lista de espera tiene una demora que ronda los 2 meses
La ubicación de la consulta debe estar en las consultas externas del hospital para facilitar la agilidad y la interconsulta con otros servicios médicos si se precisara.
El conjunto de datos obtenidos proporciona al anestesiólogo una correcta planificación de las técnicas anestésicas y los cuidados perioperatorios más adecuados para cada paciente.
Por ello nuestra sección, acorde a las recomendaciones de nuestro medio, considera preciso conseguir que todo aquel paciente que precise una intervención o prueba bajo anestesia de forma programada sea visto con suficiente antelación en la consulta preanestésica.
Nuestro objetivo es que el paciente llegue a la cirugía en las mejores condiciones y reducir los riesgos asociados a su estado de salud. Además de disminuir la estancia hospitalaria y los costes y riesgos derivados de la misma, las suspensiones de los procesos que precisen anestesia y reducir

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Facilitación del uso de los circuitos ambulatorios.
-Aumento de la seguridad del paciente pediátrico durante los procesos anestésicos, quirúrgicos y diagnósticos.
-Disminución del número de suspensiones.
-Disminución del número de pacientes pruebas o intervenciones programadas sin ver en la consulta.
-Aumentar la calidad percibida por los padres y pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Apertura de otra consulta semanal.
-Optimización de la citación para la consulta preanestésica.
-Reserva de 3 citas de la consulta para pacientes derivados como preferente-urgente por nuestros servicios solicitantes.
-Realización dos evaluaciones separadas en el tiempo, una previa a la apertura de la nueva consulta y otra tras su implantación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizarán dos evaluaciones separadas en el tiempo, una previa a la apertura de la nueva consulta y otra tras su implantación. En ambas se analizarán los siguientes indicadores centinela:
-Número de pacientes atendidos en la consulta.
-Número de pacientes programados sin consulta preanestésica.
-Número de pacientes suspendidos por estudio preanestésico incompleto.
-Tiempo total en lista de espera para la consulta preanestésica.
(Muestra de 30 pacientes/evaluación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración total del proyecto se estima en 7 meses:
Junio-julio: Análisis del estado actual de los pacientes programados a los que no se les realiza la consulta preanestésica programada.
Julio-septiembre: Adjudicación de una nueva consulta semanal
Septiembre-octubre: Implantación de la nueva consulta.
Noviembre: Análisis postimplantacional.
Diciembre: Presentación de resultados.

11. OBSERVACIONES. La sección está pendiente de la apertura de una nueva consulta semanal11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 478

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA PREANESTESICA PEDIATRICA

OTRA PALABRA CLAVE 1. Consulta preanestésica
OTRA PALABRA CLAVE 2. Pediatría
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 626

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN HOSPITAL DE DIA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA, PARA TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

2. RESPONSABLE ..... ANA PORTOLES OCAMPO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORRIBAS RUBIO PEDRO LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PEREZ GUERRERO AINHOA. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LOPEZ PERALES CARLOS RUBEN. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· GIL HERNANDEZ PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· GARCIA GIMENO ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GOMEZ LLOP MERCEDES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico que responde a la falta de oxigenación tisular/celular debido a una alteración cardiaca estructural o funcional.
Es una enfermedad grave cuya incidencia y prevalencia aumentan con la edad, en España hasta un 8% entre los 65 y 74 a, y más de 16% a partir de los 75 años. El aumento de la prevalencia de IC parece deberse al progresivo envejecimiento de la población y a la mayor supervivencia del paciente hipertenso o que ha sufrido un infarto de miocardio, pej.
La IC es una de las causas mas frecuente de ingreso en pacientes mayores de 65 años con una considerable tasa de reingresos tempranos: supone la primera causa de hospitalización y consulta del servicio de Cardiología.
El paciente que acude al Hospital con agudización de IC, suele precisar estancias hospitalarias de unos 3-4 días de duración de media, hasta que desaparecen los signos congestivos. El ingreso se puede prolongar si existen otros factores que sea preciso corregir (anemia o insuficiencia renal). Por ejemplo, en fases avanzadas de insuficiencia cardiaca, grado III-IV de la NYHA, se requieren altas dosis de diuréticos, que junto con la aparición de insuficiencia renal, provocan resistencia a diuréticos y reingresos frecuentes.
Con el desarrollo de esta nueva modalidad de tratamiento, se pretende prevenir el episodio de descompensación cardiaca, mediante la infusión de fármacos intravenosos (iv), fundamentalmente diuréticos e inotropos, durante unas horas, de forma periódica.
De este modo se optimizará la situación clínica del paciente, se evita el ingreso prolongado, mejorando su calidad de vida, y redunda en una mayor disponibilidad de camas para ingreso de otro tipo de patología cardiaca.
El Hospital de día dependerá de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca y trasplante del Servicio de Cardiología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mantener estables clínica y hemodinámicamente a los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, para disminuir la asistencia de estos pacientes a urgencias y las consultas de atención primaria.
-Mejorar la situación clínica y hemodinámica de pacientes que van a someterse a cirugía cardíaca, minimizando el riesgo perioperatorio y mejorando el resultado quirúrgico.
-Optimizar tratamientos farmacológicos, titular dosis de fármacos y mejorar parámetros analíticos (f renal-anemia, etc).
-Disminuir el número de ingresos hospitalarios convencionales por IC.
-Realizar educación sanitaria para el paciente y cuidadores, con ayuda de enfermería.
-Mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar entre las cardiólogas de la unidad de IC y Trasplante y enfermería especializada en IC, para desarrollar este Hospital de día.
2. Obtención del permiso por parte de nuestra Jefatura de Servicio y de la Dirección del Hospital, para el uso, con este fin, de la habitación 501 de la planta 5ª A del Hospital General y del despacho anexo a ella.
3. Implementar la sala con 4-5 sillones de tratamiento y sus respectivos módulos de monitorización-telemetría y torres de bombas de infusión de medicación intravenosa.
4. Definir los criterios de inclusión y exclusión de pacientes candidatos a este tipo de tratamiento. Elaborar un protocolo de uso de fármacos intravenosos en este perfil de paciente.
5. Adaptación del formato del protocolo a las normas de la Comisión de Tecnología del Hospital Universitario Miguel Servet (Abril-2008), para que esté disponible en la página web del Salud del Sector Zaragoza II.
6. Recoger y analizar datos clínicos, hemodinámicos y analíticos de estos pacientes al inicio, durante y al final de su estancia. Planificacion de proxima visita.
7. Comunicar resultados al resto del Servicio de cardiología.
8. Analisis de datos en el primer año, autoevaluación y mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Disminución del numero de ingresos de los pacientes crónicos, respecto a los 6 meses previos
2.Uso de escalas de calidad de vida al inicio y tras inclusión del paciente para ingresos programados en Hospital de Día de IC.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración indefinida:
-Primer mes: Constitución del grupo de mejora A la vez, realización de las obras de adaptación e implementacion

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 626

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN HOSPITAL DE DIA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA, PARA TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

de la sala.
-Segundo mes 2015: Elaboración del protocolo y adaptación a las normas de la Comisión de Tecnología del Hospital Universitario Miguel Servet
-Tercer mes 2015: Presentación del protocolo en sesión clínica.
-Siguientes trimestres: Puesta en marcha de la Unidad, inicio de citación de pacientes, con recogida de datos, para reevaluación al año.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 722

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONJUNTIVITIS DEL RECIEN NACIDO

2. RESPONSABLE ..... ESTHER PRIETO CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ VIEJO INMACULADA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· PUEYO ROYO VICTORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· FERRER NOVELLA CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Conjuntivitis del Recién Nacido es una forma de conjuntivitis de presentación hiperaguda en los primeros 28 días de vida del neonato, con un pronóstico variable en función del agente etiológico implicado, pudiendo originar importantes secuelas visuales en algunos casos, si no es detectada y tratada a tiempo. Aunque se ha reducido su incidencia en nuestro medio gracias a la implantación de la profilaxis en el momento del parto, constituye una urgencia oftalmológica en la edad pediátrica con importantes implicaciones en cuanto a su diagnóstico diferencial (ojo rojo) y correcto manejo terapéutico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Detección y confirmación precoz de los casos de Conjuntivitis del Recién Nacido para evitar demoras en la instauración del tratamiento específico.
- Optimizar los recursos en lo referente a la solicitud de pruebas complementarias, toma de muestras para estudio microbiológico y uso de antibióticos.
- Minimizar el tiempo de demora entre la confirmación del caso y los resultados del estudio microbiológico para la instauración de tratamiento específico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Definición de los criterios clínicos de caso probable y sus diagnósticos de exclusión (otras causas de ojo rojo y/o secreción ocular), así como las características clínicas de las formas etiológicas más prevalentes en nuestro medio.
- Notificación de los casos probables, es decir, con alta sospecha clínica desde los servicios de Neonatología y Urgencias Pediátricas, y solicitud de valoración oftalmológica mediante interconsulta para la confirmación del caso.
- En los casos confirmados: toma de muestras para estudio microbiológico (frotis faringo-amigdalar y exudado conjuntival). En los casos no confirmados (no se realizará toma de muestra para estudio microbiológico): derivación para seguimiento a su pediatra u oftalmólogo según la patología.
- Elaboración de un volante para la petición y remisión de las muestras microbiológicas. Para este punto se consensuará con el servicio de microbiología la prioridad para la lectura del GRAM frente a las demás pruebas.
- Revisión del algoritmo terapéutico (antibioterapia tópica, sistémica y medidas locales).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Registro del número de casos probables (alta sospecha clínica) que son confirmados oftalmológicamente.
- Tiempo transcurrido desde la fecha de confirmación del caso y toma de las muestras hasta la obtención de resultados de la lectura del GRAM.
- Porcentaje de éxitos (curación sin secuelas) con la instauración del tratamiento específico en los casos confirmados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Junio-Julio/2015: Revisión bibliográfica y definición de los criterios clínicos de caso probable, diagnósticos de exclusión y cuadro clínico de las formas etiológicas más prevalentes en nuestro medio.
- Agosto/2015: Elaboración del volante para petición y remisión de muestras microbiológicas.
- Septiembre/2015: Revisión del algoritmo terapéutico.
- Octubre-Noviembre/2015: Elaboración y difusión del protocolo.
- Diciembre/2015: Revisión de los objetivos planteados y resultados obtenidos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 167

1. TÍTULO

CONTROL DE LOS PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS SOMETIDOS A RADIACIONES IONIZANTES: PROTOCOLO DE VALORACION

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.
· MOLINA OSSORIO JESSICA GUADALUPE. MIR. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· MOLINA BORAO ISABEL. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· BALLARIN REMIRO RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· RENART FURNE MARGARITA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· AUQUILLA CLAVIJO PABLO. MIR 3º. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. • Los pacientes portadores de marcapasos/desfibriladores automático implantables deben ser controlados durante su exposición a la radiación, dada la posibilidad de interferencia que la radiación puede provocar sobre el mecanismo de los mismos.

• Suelen ser trastornos de instauración brusca, y en general son irreversibles aunque, a veces, pueden presentar recuperaciones parciales transitorias o mantenidas. Se presentan durante la sesión de radioterapia o a las pocas horas de ésta, pero existen casos en que la alteración puede progresar tras varios meses.

• Se trata de un efecto directo, originado por la radiación que se aplica sobre el generador (la radiación dispersa no conlleva este efecto). El daño es dosis acumulativo y depende, además, de la potencia de la radiación empleada y de la velocidad de administración. Las radiaciones dañan la estructura electrónica de los circuitos integrados de los CMOS (semiconductor complementario oxido metal) presentes en los marcapasos modernos, rompiendo uniones atómicas en el material semiconductor y generando agujeros electrónicos en la silicona y óxido de silicona. Las consecuencias son la aparición de fugas de corriente entre partes aisladas del circuito, y acumulación de cargas de electrones atrapadas en la silicona. Todo ello induce a la disfunción del marcapasos.

• Una segunda forma de disfunción proviene de los campos electromagnéticos generados alrededor del acelerador lineal: inhibición o cambios en la señal de salida de forma transitoria (en general no son de trascendencia clínica).

• Los defectos de funcionamiento detectados más frecuentes son:
– Pérdida de la sensibilidad.
– Pérdida de la telemetría.
– Cambios en la frecuencia de estimulación (normalmente, disminuye la frecuencia de disparo).
– Cambios en la energía de salida.
– Fallo funcional total.
– Aumento del drenaje de corriente .
– Datos de depleción rápida de la batería (aumento de la impedancia de la batería, disminución del voltaje y paso a modo de agotamiento).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conseguir una adecuada coordinación entre los dos servicios de Oncología Radioterápica y Cardiología-Sección de Marcapasos- para valorar cada caso individualmente.

El objetivo del proyecto es establecer unos criterios básicos de control del marcapasos-desfibrilador, según la patología cardíaca de base y el tratamiento de radioterapia a aplicar, para controlar adecuadamente al enfermo, evitando revisiones excesivas e innecesarias y facilitando las posibilidades de tratamiento de estos pacientes, integrados en el funcionamiento normal de ambos servicios, sin que genere una carga excesiva de trabajo para todos y un estrés sobreañadido al paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Proponer la base de un protocolo consensuado y hoja de registro de estos pacientes.
Se intentará crear una hoja de registro y una base de datos de estos pacientes en la que conste:
- Diagnóstico (tumor)
- Estadio
- Tratamiento RTP:
• Dósis total
• Dósis/fracción
• Campo de tratamiento
• Energía empleada
• Duración del tratamiento
• Tratamiento adyuvante a RTP
- Marcapasos:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 167

1. TÍTULO

CONTROL DE LOS PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS SOMETIDOS A RADIACIONES IONIZANTES: PROTOCOLO DE VALORACION

- Tipo de dispositivo del que es portador
- Dependencia del mismo
- Ultimo control del marcapasos.
- Evaluación previa a la terapia:
- Estimación de dosis al marcapasos.
- Valoración de reimplante del mismo.
- Maximizar la protección del dispositivo.
- Valoración de las constantes del paciente.
- Valoración de las interferencias en el marcapasos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
- Alteraciones clínicas en el paciente: TA, FC, arritmias.
- Modificaciones en el marcapasos.
- Tiempo de espera a la consulta.
- Revisiones realizadas/paciente, según patología

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO EN SEPTIEMBRE DE 2015 E IMPLANTACION DEL PROTOCOLO EN UN AÑO.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Marcapasos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Radioterapia
OTRA PALABRA CLAVE 2. Marcapasos
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 214

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACION Y RECOGIDA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA , REANIMACION Y TERAPEUTICA DEL DOLOR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA (HUMSZ). CONTINUACION (II)

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. CONSULTAS EXTERNAS PREANESTESIA
· LACOSTA TORRIJOS LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SECCION ANESTESIOLOGIA CARDIO-TORACICA.
· PER BARTOLOME MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS PREANESTESIA GENERAL Y CARDIO-T
· CARBONELL BERNAL ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SECCION ANESTESIOLOGIA TRAUMATOLOGIA.
· HERNANDEZ NUÑO MARTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CONSULTAS EXTERNAS PREANESTESIA TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 se siguen recogiendo datos y se está en fase de implementación y reingeniería del proceso para obtener mejoras en los resultados, posteriormente se analizarán otras secciones del servicio de anestesiología, reanimación y terapeútica del H.U.M.S. para finalmente implantarlo en todas ellas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Inicialmente se sigue recogiendo información real y actual en cuanto a los ítems reflejados en el punto 4. Habiendo obtenido hasta la actualidad los siguientes datos:

Del total de CI analizados (856) solo una pequeña parte se han obtenido con pleno conocimiento por parte de los pacientes del contenido de los documentos firmados. Actualmente se han recogido aproximadamente otros 1000 documentos pendientes en el momento actual de análisis. Se sigue en estudio de las secciones: hospital maternal, bloque general, cardio-torácica y bloque de traumatología, con la intención de en un futuro inmediato proseguir con el resto de secciones del servicio.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tras analizar los resultados y detectar los problemas existentes, se realizará un proceso de reingeniería para conseguir que los CI además de correctamente cumplimentados, informen realmente al paciente, obteniendo un documento medicolegal plenamente valido.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Debido a cambios en el personal, actualmente colaboran nuevos participantes, reflejados previamente. Se sigue obteniendo y analizando datos de distintas secciones del servicio de anestesiología del H.U.M.S. El objetivo final es la excelencia en la obtención del documento de CI de los procedimientos que se realizan en el servicio de anestesiología , reanimación y terapéutica del dolor del H.U.M.S.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores utilizados
% 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).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Debido al elevado número de secciones del servicio de anestesiología, la implantación se realizará de manera progresiva. Se seguirá con reuniones periódicas (trimestralmente) de los componentes del grupo de mejora para analizar los datos obtenidos. La duración dependerá del tiempo que resulte para poder implicar todas las secciones del servicio de anestesiología y reanimación.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 214

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA CORRECTA CUMPLIMENTACION Y RECOGIDA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA , REANIMACION Y TERAPEUTICA DEL DOLOR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA (HUMSZ). CONTINUACION (II)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 2 Poco
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 425

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS Y MEJORA DE LA FORMACION CONTINUA: HERRAMIENTAS PARA REDUCIR LAS INCIDENCIAS DETECTADAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

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.
· VINUES SALAS CARLOTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· LOPEZ MIRETE ANTONIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· DE LA LLAMA CELIS NATALIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· GIMENO BALLESTER VICENTE. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· GASSO SANCHEZ AMALIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· OLIER MARTINEZ PILAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente. El Servicio de Farmacia dispone de una estructura organizativa, unos procedimientos y unos procesos encaminados a alcanzar el aseguramiento de la calidad, entendido no únicamente como control, sino también como sistema preventivo que permita la detección de errores reales y potenciales.
Dentro de la política de calidad de la mejora continua recogida en la Norma, se detectó una gran tasa de errores producidos por el Servicio de Farmacia así como una sobrecarga y un desánimo del personal que afecta en el ambiente de trabajo.
El Servicio de Farmacia está certificado según la Norma ISO 2008:9001 desde el año 2011. Desde entonces se han realizado múltiples acciones y mejoras para aumentar la satisfacción de los clientes internos y externos con respecto al Servicio de Farmacia, así como para aumentar la satisfacción del personal del servicio y del clima laboral dentro del propio servicio.
Sin embargo, se han detectado incidentes graves de dispensación y preparación de medicamentos, que requieren aumentan los controles de calidad y modificar los procedimientos operativos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2011 se consiguió la certificación de la Norma ISO 9001:2008, manteniéndose hasta la actualidad. 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.
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.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conseguir aumentar la satisfacción de la calidad de vida profesional de los trabajadores del Servicio de Farmacia.
Lograr la colaboración de todo el personal para mantener 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, así como el cumplimiento de los protocolos por parte de las unidades.
Lograr la aprobación del proyecto de reforma estructural del Servicio de Farmacia.
Detectar oportunidades de mejora.
Implantar acciones correctivas y preventivas para reducir los errores.
Disminuir la tasa de incidencias relacionadas con la dispensación y preparación de fármacos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Identificación de los principales problemas existentes actualmente e implantación de medidas correctivas y preventivas
Registro de incidencias y de las soluciones o medidas implantadas
Fomentar la colaboración de todo el personal en la detección de oportunidades de mejoras
Difusión a todo el personal del análisis de todas la acciones de mejora y del estado actual
Desarrollar un programa formativo específico para el personal de enfermería.
Mejorar la capacitación del personal de enfermería mediante la contratación de Técnicos de Farmacia.
Modificar el procedimiento de fórmulas magistrales para solucionar los problemas detectados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Sesiones de difusión: realización de 3 sesiones (una para facultativos, una para personal de enfermería del área de dispensación, una para personal de enfermería del área de laboratorio). Objetivo: Sí.
Registro de incidencias y propuestas de mejoras mediante el desarrollo de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Objetivo: Realizar informe quincenal para responsables del Servicio.
Lograr la acreditación de las sesiones impartidas en el Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí
Cumplimiento del programa formativo. Objetivo: >80%.
Realizar plan de incorporación de Técnicos de Farmacia. Objetivo: Sí.
Personal de nueva incorporación capacitado. Objetivo: >85%.
Seguimiento de los indicadores de cada procedimiento operativo e implantación de acciones para lograr los

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 425

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS Y MEJORA DE LA FORMACION CONTINUA: HERRAMIENTAS PARA REDUCIR LAS INCIDENCIAS DETECTADAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

objetivos fijados. Objetivo: Sí
Aprobación del proyecto de reforma del Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí
Implantación de la modificación del procedimiento operativo de fórmulas magistrales. Objetivo: S

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Sesiones de difusión: realización de 3 sesiones. Junio
Registro de incidencias y propuestas de mejoras mediante el desarrollo de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Objetivo:
Realizar informe quincenal para responsables del Servicio. Todo el año
Acreditación programa formativo anual. Julio
Cumplimiento del programa formativo para el personal de enfermería. Todo el año
Incorporación de Técnicos Auxiliares de Farmacia. Septiembre
Personal de nueva incorporación capacitado. Todo el año.
Implantación de la modificación del procedimiento operativo de fórmulas magistrales. Junio

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ISO
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 557

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA INSULINOTERAPIA A NIVEL HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ..... GLORIA REMACHA CABEZA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LARUMBE VALIOS ANA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
· LARENA SANCHEZ SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
· ROJO ESPIÑEIRA ROBERTO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIACA
· SALVATIERRA MEDRANO FRANCISCO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Debido al gran número de pacientes hospitalizados que precisan tratamiento con insulina, es necesaria la utilización de viales para uso común de las insulinas más utilizadas (Apidra, Actrapid, Novorrapid, Humalog Regular, Lantus, Insulatard, NPH, Humulina Regular, Humulina NPH), aumentando la eficiencia y efectitivad del tratamiento
El uso de viales en lugar de plumas conlleva un ahorro, ya que muchos de los pacientes al alta no precisan tratamiento insulínico, desechando de esta forma la pluma utilizada durante su ingreso.
Además el uso de pluma, como vial, produce errores en las unidades administradas al paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el gasto
Garantizar la correcta administración del tratamiento
Garantizar la seguridad del paciente
Estandarizar y unificar el uso vial/pluma

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Unificar criterios del uso de la insulina entre el personal de enfermería
Facilitar el acceso de todos los viales disponibles en el mercado
Elaboración de un protocolo sobre el uso correcto de la administración de insulina dependiendo de su formato

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disminución del gasto (datos de facturación en farmacia)
Número de pacientes insulinodependientes hospitalizados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De julio de 2015 a julio de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Vial
OTRA PALABRA CLAVE 2. Insulina
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 563

1. TÍTULO

CONTROL Y GARANTIA DE CALIDAD EN EXPLORACIONES DE RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA

2. RESPONSABLE ..... LUIS RINCON GAYAN
· Profesión ..... TER
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA MUR CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· CRUZ CIRIA SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· LANAU MARTIN ARTURO JOSE JAVIER. TER. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· GALVEZ CERVANTES FRANCISCO JAVIER. TER. H RUBER INTERNACIONAL. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tanto el control de calidad continuado, como un adecuado proceso de gestión de calidad, son esenciales para obtener elevados índices de calidad y permanecer en una continua búsqueda de la excelencia asistencial.

Se propone un proyecto de control y garantía de calidad en exploraciones de Resonancia Magnética de Mama.

La mejora de calidad en las exploraciones incluye aspectos como: el confort del paciente durante la exploración, reducción del tiempo de exploración, mejora en la calidad de imagen y mejora en la calidad diagnóstica del estudio.

Se realizará una revisión sistemática de casos, analizando tanto los parámetros técnicos de adquisición de imagen, utilizados hasta el momento, como un análisis sobre la calidad de imagen obtenida en los diferentes tejidos y la calidad diagnóstica ofrecida en dichos estudios.

Se realizará una primera evaluación estableciendo las oportunidades de mejora sobre: posicionamiento del paciente, material utilizado y técnicas de adquisición de imagen en las diferentes secuencias de Resonancia Magnética.

Los criterios de priorización serán en base al método de Hanlon..

La situación de partida es una adecuada calidad de los estudios, sin embargo, todavía no se ha desarrollado ningún programa de control y garantía de calidad sobre el tema, en el Hospital Universitario "Miguel Servet"; ello supone una oportunidad de optimización y mejora de calidad.
Las fuentes de información serán: bases de datos de referencia (Medline, Pubmed y Cochrane Library), así como un estudio multicéntrico de referencia, realizado por Francisco Javier Galvez Cervantes , miembro del equipo y Presidente de la SEGRA (Sociedad española de graduados en Radiología).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Revisión de la evidencia disponible sobre el tema, artículos y guías de práctica.

Determinación de aspectos técnicos para el mejor posicionamiento de los pacientes durante el estudio.

Determinación de los aspectos técnicos que permiten imágenes de mejor calidad, optimizando la exploración.

Determinación, selección y obtención de la muestra (controles retrospectivos).

Se selecciona mediante criterios de priorización la mejor calidad diagnóstica como indicador de mayor peso en el proyecto.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1º Mejora en la calidad diagnóstica de los estudios de Resonancia Magnética de Mama.

2º Reducción de los tiempos de adquisición

3º Optimización y estandarización de los estudios en el Hospital Universitario "Miguel Servet".

4º Mejora en el confort del paciente durante la exploración.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º Revisión sistemática de casos y valoración de sus parámetros técnicos: Luis Rincón Gayán

2º Determinación de prioridades en base al método de Hanlon: Todo el equipo.

3º Adecuación en el posicionamiento del paciente: Arturo Jose Javier Lanau Martín

4º Procedimientos técnicos de optimización de imagen, en secuencias de Resonancia Magnética: Arturo Jose Javier Lanau Martín, Francisco Javier Galvez Cervantes

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 563

1. TÍTULO

CONTROL Y GARANTIA DE CALIDAD EN EXPLORACIONES DE RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA

5º Valoración de la calidad diagnóstica de los estudios: Carmen García Mur, Silvia Cruz Ciria

6º Programa de formación y estandarización de las mejoras obtenidas: Todo el equipo

7º Asesoramiento técnico especializado en estudios de Resonancia Magnética: SEGRA (Sociedad española de graduados en Radiología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará una evaluación en estudios previos, analizando variables cualitativas y cuantitativas ordinales, tomadas mediante tablas decuadas a las variables a tomar, y archivadas en un cuaderno de seguimiento, sobre aspectos de calidad de imagen y calidad diagnóstica de los estudios.
Se analizarán las variables mediante el programa SPSS versión 19.

Utilizando los mismos criterios y variables se analizarán los estudios a los que se han aplicado los procedimientos de mejora, y se analizarán los datos obtenidos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma:

De 1 de Junio a 30 de Junio: Estudio de casos previos y análisis de los datos obtenidos
De 1 de julio a 7 de Julio: Determinación de prioridades de mejora
De 8 de Julio a 1 de Noviembre: Aplicación de los procedimientos de mejora.
De 2 de Noviembre a 9 de Noviembre: Análisis de los datos y evaluación de las mejoras de calidad
De 10 de Noviembre a 15 de Diciembre: Plan formativo e implementación de los procedimientos en la práctica general.
De 16 de Diciembre a 31de Diciembre: Desarrollo de la memoria del proyecto

11. OBSERVACIONES. En este proyecto colabora la SEGRA (Sociedad española de G11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 489

1. TÍTULO

CREACION Y DESARROLLO DEL TALLER DE HUERTO/JARDINERIA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

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.
· PEREZ POZA ALFONSO. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
· CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD. TCAE. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
· SEBASTIAN PORROCHE ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Al dispositivo de Hospital de día acude un tipo de población que no es homogénea:
? Personas que acaban de presentar un primer episodio de la enfermedad.
? Personas con episodios recurrentes.
Muchos con una escasa red social y familiar que suele ser consecuencia del deterioro progresivo que les lleva a una ruptura con las actividades académicas, laborales y asi como en otras esferas de actividades de la vida diaria (autocuidado, automantenimiento, lúdicas o de ocio y de participación social). Con cierta frecuencia, estas personas presentan con mayor o menor grado un deterioro en sus capacidades cognitivas, psicomotoras, en la relación interpersonal y/o en las habilidades sociales.
Se elige esta actividad ocupacional para implantar en el centro por las siguientes razones:
-Grado de implicación del equipo.
-Accesibilidad: Disponemos de terreno adecuado para la realización del taller.
-No se necesita inversión de recursos económicos para iniciar el taller.
- Siendo una actividad planteada desde el inicio de hospital de día, y no pudiéndose comenzar, los pacientes siempre generaban la curiosidad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- El taller de Huerto / Jardinería se elaborara de forma específica e individualizada adaptando las necesidades de cada persona intentando objetivar mejoría en aspectos:
• Cognitivos: Memoria, concentración, atención, funcionamiento cognitivo…
• Psicológicos: Estado de ánimo, depresión, ansiedad, comportamientos conflictivos; autoestima, satisfacción y del sentimiento de logro; manejo de la frustración y de la ira; desarrollo de la paciencia y de la responsabilidad,…
• Físicos: Motricidad fina y gruesa y de la coordinación oculomanual; estimulación sensorial completa , adquisición de hábitos alimenticios saludables y reducción de la obesidad, etc.
• Sociales: Participación e interacción social, cohesión en grupo, estímulo de patrones saludables de funcionamiento social, etc.…
2.- Mejorar habilidades ocupacionales/prelaborales.
3.- Aumentar el nivel de motivación e implicación en el programa.
4.- Disponer de información evaluada, durante la actividad del paciente, que permita al equipo profesional de Hospital de día estimar de forma objetiva el potencial del paciente y poder trabajar sobre sus fortalezas y deficiencias de una manera coherente con sus necesidades.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Sesión mensual teórica de una hora de duración sobre el trabajo a realizar, como realizarlo…dando bases teóricas siempre por la terapeuta ocupacional acompañada de la auxiliar de apoyo.
2.- Sesión semanal practica de ejecución de las tareas consensuadas en la reunión mensual.
3.- Dos evaluaciones (al inicio y al alta) a través del cuestionario de evaluación del desempeño ocupacional (COTE) por parte de la terapeuta ocupacional.
4.- Evaluación final de la percepción de satisfacción que se realizara según el alta de cada paciente
5.- El registro de los datos de la COTE y de la encuesta de satisfacción lo realizara la auxiliar administrativo realizando una base de datos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. SEGUIMIENTO: Hoja de registro de las actividades que se realizan y actas de seguimiento del grupo del proyecto de mejora.
EVALUACION: Al inicio y al alta de cada paciente se realizara el cuestionario de evaluación de la COTE y al alta se realizara cuestionario de satisfacción de la actividad .
INDICADORES:
- El 90% de los pacientes que entren en programa de hospital participen en el taller.
- En el 70% de los pacientes el grado de satisfacción esta dentro de la media evaluada.
- El 95% de los ingresos tras la aprobación del proyecto hayan sido evaluados en la COTE.
- En el 60% de los casos se perciba mejoría en la puntuación en la COTE
- En el 80% de los casos no exista ningún problema conductual en el grupo.
- El 90% de los participantes no realicen abandono del programa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración de Mayo de 2015 a Junio de 2016:
Mayo-Junio 2015:
Planificación del taller del huerto/ jardín por parte del equipo, preparación de encuesta de satisfacción, realización de hoja de evaluación de la COTE donde aparezca evaluación al inicio y

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 489

1. TÍTULO

CREACION Y DESARROLLO DEL TALLER DE HUERTO/JARDINERIA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

evaluación al alta, Preparación del riego.1ª Plantación.
Tras la aprobación del proyecto se comenzara con la realización de las evaluaciones
Julio y Agosto: Se realizaran las sesiones semanales de grupo donde se realizaran las tareas establecidas en la reunión mensual.
Septiembre-Enero: 2ªy 3ª Plantación del huerto, se seguirá con las sesiones del taller.
Noviembre: Se realizara la memoria intermedia que se pide a los seis meses de lo avanzado en el proyecto.
Mayo 2016:
- Evaluación final de todas las evaluaciones realizadas durante el proyecto del desempeño ocupacional (COTE)
- Evaluación de la encuesta de satisfacción realizada por los pacientes al alta.
- Se seguirán realizando las sesiones teóricas y practicas.

Junio 2016:
Se entregara la memoria final del proyecto

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SALUD MENTAL
OTRA PALABRA CLAVE 2. Actividad Ocupacional
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 318

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE LA OBSTRUCCION NASAL. RINOMANOMETRIA ANTERIOR

2. RESPONSABLE ..... JAVIER RIVARES ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL PARAISO PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· PEREZ DELGADO LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La percepción de respiración nasal es básicamente una sensación subjetiva y por ello difícil de cuantificar.
La obstrucción nasal es un problema clínico complejo que puede ser debido a alteraciones estructurales de distintos elementos nasosinusales.
La Rinomanometría es la prueba más aceptada para medir objetivamente la permeabilidad nasal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Diagnóstico topográfico de la Insuficiencia Respiratoria Nasal
- Repercusión funcional de las deformidades anatómicas nasosinusales
- Determinación de la subjetividad con la que el paciente vive la obstrucción nasal
- Comprobación y seguimiento de la eficacia de un tratamiento médico o quirúrgico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Utilización de la Rinomanometría anterior, en la Unidad de Rinología del Servicio ORL del HUMS, como método complementario y objetivo de diagnóstico y seguimiento en pacientes con obstrucción nasal,mejorando con ello la actitud terapeútica, incluida la indicación quirúrgica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes a los que se les realiza Rinomanometría como método diagnóstico complementario

- Porcentaje de pacientes en los que se comprueba la eficacia funcional objetivable tras un tratamiento médico y/o quirúrgico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Puesta en marcha de la exploración en el momento actual ya que disponemos desde hace unos días del Rinomanómetro y del soporte informático.

Esta exploración se incorporará en la Unidad de Rinología del Servicio ORL del HUMS de manera estable y permanente, dentro de la práctica habitual y en los casos indicados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 405

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA RACIONALIZACION DE PETICIONES DE SEROLOGIA EN GESTANTES Y SCREENING DE VIH CON CARACTER URGENTE EN PACIENTES NO CONTROLADAS

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.
· TEJERO CABREJAS EVA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTINEZ SAPIÑA PEREZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SORIA LOZANO PILAR. FIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GARCIA GALLO MATILDE. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SALCEDO PUERTA PATRICIA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VALERO RANDO ROSANA. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las serologías de enfermedades infecciosas de transmisión vertical forma parte de todos los protocolos de control de la gestante, no sólo en relación con la paciente ya que en algunos colectivos la gestación es prácticamente la única ocasión de contacto con el sistema sanitario, sino que además permite adoptar las medidas oportunas para la actuación con respecto al RN: tratamientos, vacunaciones y controles, en función de los resultados maternos.
Las determinaciones a realizar para estas pacientes están estandarizadas tanto por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O), como por la Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), y sus recomendaciones son las que han marcado nuestras líneas de actuación.
Dado la diferente procedencia de facultativos peticionarios de serología gestacional que recibimos en nuestro servicio, la variabilidad de estas pruebas es importante en parámetros y tiempos. Son muchas las ocasiones en que las peticiones se realizan con escasísimo margen de tiempo, tanto en primaria como especializada, con la consiguiente sobrecarga de muestras y determinaciones inadecuadas, además de las molestias y extracciones innecesarias realizadas a las pacientes.
Queremos acordar entre los servicios de Ginecología y Obstetricia y Microbiología la conveniencia de la petición de serología de gestación por parte de los obstetras con el fin de someter al menor número de venopunciones a la gestante, por hacer coincidir en la misma extracción la realización de otros parámetros hematológicos y bioquímicos, asimismo delimitar el número de controles a realizar, a uno por trimestre, con los parámetros serológicos propuestos en los diversos protocolos. Para ello será imprescindible que en la solicitud conste la edad gestacional de la paciente.
Asimismo, dado el aumento de pacientes gestantes que llegan al servicio de urgencias de maternidad, de las que se desconocen su estado inmunitario frente a VIH y en previsión de una posible transmisión vertical, se realizará de forma urgente esta determinación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1º Se constituido el grupo de mejora

2º Ha habido reuniones con los miembros del grupo de mejora y también con el jefe de servicio de tocología, con facultativos y otros estamentos sanitarios relacionados con la serología de la gestación de tocología y asimismo se ha contactado con atención primaria.

3º En estas reuniones se ha difundido los criterios de mejora a aplicar y se han entregado también estos protocolos por escrito.

4º En estos momentos el grado de cumplimiento de los protocolos establecidos supera en un 75% el total de las peticiones en gestantes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1º Ajustar al máximo posible el nº de peticiones y determinaciones en función de las recomendaciones de los protocolos específicos vigentes.

2º Implicación para ello de todos los especialistas de tocologia del sector sanitario y realización de forma prioritaria de estas determinaciones por parte de estos.

3º Evitar la transmisión vertical de VIH, realizando la determinación si es necesario de forma urgente, por falta de control previo en la paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. . Reuniones entre los responsables de ambos servicios para acordar las pautas de actuación. El Servicio de Ginecología y Obstetricia, será quien acuerde con sus especialistas de zona las líneas a seguir y contactará con asistencia primaria para delimitar las peticiones al ámbito de asistencia especializada.

. La sección de serología, revisará todas las peticiones realizadas y en función de la edad gestacional, la historia serológica previa de la paciente y ateniéndonos a los protocolos, decidirá los parámetros más apropiados a realizar.

. Se procesará de forma urgente la determiandción de VIH en gestantes de tercer trimestre, no controladas previamente, que lleguen al servicio de urgencias de maternidad.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 405

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA RACIONALIZACION DE PETICIONES DE SEROLOGIA EN GESTANTES Y SCREENING DE VIH CON CARACTER URGENTE EN PACIENTES NO CONTROLADAS

. Periódicamente se realizarán reuniones para analizar el desarrollo de estas actuaciones

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Mantener el grupo de trabajo …….SI/NO

2. Número de reuniones entre los servicios para acordar las pautas de actuación ……..3

3. Difusión del acuerdo a Atención Primaria y Atención Especializada en Ginecología y Ostetricia…….SI/NO

4. Porcentaje de número de solicitudes serológicas que se ajustan a protocolo, en función del número se solicitudes recibidas, a partir de la fecha del acuerdo……..>75%

5. Número de determinaciones de VIH realizadas de forma urgente en gestantes no controladas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente 12 meses.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. mujeres en edad fertil
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 662

1. TÍTULO

REGISTRO Y CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES HA IMPLANTADO UNA PROTESIS DE RODILLA PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... ADRIAN ROCHE ALBERO
· 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
· BENEDI ALCAINE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· 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 MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LATAPIA RALUY RAQUEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La intervención de prótesis de rodilla es uno de los procesos más habituales de un servicio de traumatología. Mediante el protocolo Fast-Track se ha consegiudo mejorar los indicadores del proceso, en especial la estancia hospitalaria y satisfacción del paciente. No se realizan controles estandarizados cuantificables y comparables de la satisfacción del paciente y el resultado funcional de la prótesis a corto y medio plazo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este proyecto es continuación del Proyecto de Mejora del Salud 2014 "Optimización del proceso de hospitalización de pacientes intervenidos de prótesis de rodilla primaria y control de indicadores"
En dicho proyecto se redujo la estancia hospitalaria el 44´38%, la preoperatoria el 8%, se aumentó el número de implantes articulares el 33%. Se comprobó la seguridad del proceso, sin registrarse reingresos por urgencias ni complicaciones reseñables.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende consensuar un cuaderno de recogida de datos de los resultados clínicos y radiológicos de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla primaria
El objetivo es generar evidencia sobre el sistema de artroplastia total de rodilla y determinar qué población de pacientes obtiene mayores beneficios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cada cirujano será responsable del seguimiento y anotación en el cuaderno de recogida de datos de los ítems que se determinen, así como de informar al paciente del estudio y obtener su consentimiento informado por escrito.
Se medirán ítems clínicos y radiológicos antes de la operación, durante el ingreso, y al mes y 3 y 6 meses de la intervención.
Al final del estudio se realizará un estudio de los datos y se estudiarán los resultados obtenidos comparándolos con otros grupos de trabajo similares.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Estancia hospitalaria
Obtención del consentimiento informado
Antecedentes médicos
Examen radiográfico
Cuestionarios de satisfacción del cirujano
Escalas KOOS, EQ-5, VAS, KSS
Evaluación y registro de acontecimientos adversos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De marzo a mayo: elección/diseño del cuaderno de recogida de datos
De marzo a septiembre: recogida de datos y seguimiento de los pacientes
Octubre y noviembre: estudio de los datos y evaluación de conclusiones

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con gonartrosis que son intervenidos de prótesis de rodilla primaria

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Prótesis de rodilla primaria
OTRA PALABRA CLAVE 2. Gonartrosis
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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 662

1. TÍTULO

REGISTRO Y CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES HA IMPLANTADO UNA PROTESIS DE RODILLA PRIMARIA

5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 307

1. TÍTULO

INFORMATIZACION CLINICA DE LA CIRUGIA VAGINAL REALIZADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HUMS

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.
· RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LANZON LAGA ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· JOSE GUTIERREZ YASMINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HORNO OCTAVIO MARIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· YAGÜE MORENO HORTENSIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología que afecta al suelo pélvico femenino puede alcanzar cifras de prevalencia global en torno a un 30 % de la población. De este porcentaje una cifra nada despreciable requerirá tratamiento quirúrgico como pilar fundamental en la solución de dicha patología. Si bien no es una patología que ponga en peligro la vida de las pacientes, produce más merma en la calidad de vida de éstas, que patologías que a priori resultan más graves desde un punto de vista estrictamente médico.
La patología que va a condicionar estas cirugías la podemos resumir en: prolapso uterino, prolapso vesical o cistocele, prolapso rectal a nivel de vagina también denominado rectocele, prolapso de fondo de saco vaginal posterior o enterocele, prolapso de cúpula vaginal tras histerectomía, desgarros perineales, fístulas con drenaje a nivel vaginal, y la incontinencia urinaria de esfuerzo.
Actualmente, la cirugía ginecológica realizada por vía vaginal por patología benigna, representa aproximadamente entre un 20 y un 30 % de la cirugía realizada por nuestro Servicio.

De la incontiencia urinaria de esfuerzo y su solución quirúrgica ya nos ocupamos en proyecto de mejora de calidad del año 2014. Los resultados de dicho proyecto nos animan a continuar con la informatización clínica del resto de técnicas quirúrgicas vaginales.
En la literatura y en la práctica clínica habitual hay descritas multitud de técnicas quirúrgicas en cuanto a la solución de esta patología se refiere.
Uno de los problemas fundamentales de las técnicas reparativas es la posibilidad de recidiva o recaída del problema que estamos intentando solucionar. Con el fin de minimizar este riesgo debemos conocer tanto la técnica realizada como los resultados clínicos obtenidos, tanto a corto como a medio y largo plazo. Conociendo estos resultados de forma exacta, sino se adecuan a los resultados esperados y conocidos por la literatura, podremos plantear cambios en las estrategias quirúrgicas, tanto de técnica realizada como, y no hay que olvidarlo, de indicación precisa de la técnica ya que en ocasiones de resultados desfavorables, no hay técnica mal realizada, sino indicación incorrecta para dicha técnica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aunque ya existe una codificación de procesos y procedimientos tanto en Quirófano como en el Servicio de Archivos, muy útil a la hora de conocer de forma puntual la actividad realizada, necesitamos una base de datos informática, que a través de los diversos ítems recogidos en ella nos permita extrapolar los datos y conocer de forma exacta los resultados obtenidos tras la cirugía vaginal realizada, tanto de forma inmediata, como a medio y largo plazo. Pudiendo de forma secundaria relacionar dichos resultados con las características epidemiológicas de la población intervenida.
Dichos resultados podrán ayudarnos a identificar factores de riesgo implicados en los resultados desfavorables.
También serán útiles en el conocimiento del grado de satisfacción de este grupo de pacientes en donde ya conocemos que esta patología supone una importante disminución en la calidad de vida percibida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Presentar el proyecto al conjunto de Jefe de Servicio, Adjuntos y Residentes del Servicio de Ginecología.
Implementación de ficha en papel, individualizada por paciente, con los datos clínicos y derivados de la intervención, que será cumplimentada el día de la cirugía.
Dicha ficha también recogerá las posibles complicaciones precoces, es decir las surgidas durante el ingreso postoperatorio inmediato.
Dada de alta la paciente, continuaremos con la recogida de datos en la Consulta de Suelo Pélvico en la visita realizada a las 6 semanas del alta, así como en la visita realizadas al año y a los dos años de la intervención, visitas previas al alta de consultas hospitalarias.
Para la evaluación de las complicaciones a largo plazo, más allá de los dos años de seguimiento, planteamos la posibilidad de encuesta telefónica, y ante la duda de complicación o recidiva, la cita de la paciente a la consulta específica de Suelo Pélvico.
Todos estos datos, serán incluidos en base estadística formato acces, de forma periódica según se vayan recopilando. Base que nos permitirá el tratamiento estadístico de los datos obtenidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Total de pacientes registradas en la base de datos acces sobre el total de pacientes intervenidas (según listado que obtendremos del registro que se realiza en quirófano). Este indicador lo obtendremos a los 6 y 12 meses del inicio del Proyecto.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 307

1. TÍTULO

INFORMATIZACION CLINICA DE LA CIRUGIA VAGINAL REALIZADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HUMS

• Porcentaje de pacientes que hayan precisado reintervención antes de terminar el primer año de seguimiento, con el fin de investigar si nuestros resultados son los correctos, en comparación con Centros similares al nuestro, que sean referentes a nivel nacional o internacional

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio prospectivo a partir del 01 de junio de 2015. Con una primera evaluación de indicadores a los 6 meses del inicio.
A partir de ese momento, nueva revisión a los seis meses, y si el cumplimiento y los resultados son los esperados, continuar con el proyecto, ampliandolo y mejorándolo en la medida de lo posible

11. OBSERVACIONES. Deseamos que sea el principio de una actividad que llegue a formar parte de nuestro quehacer clínico diario.
Necesitamos conocer nuestros resultados de forma objetiva y práctica, y estar dispuestos a progresar.
“No es mejor aquel que mejor opera, sino aquel que aun operando bien, conoce sus debilidades y está dispuesto a corregirlas, con el ánimo siempre presente de que lo que ofrece a sus pacientes es lo mejor que se les puede ofrecer.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que son intervenidas por via vaginal por proceso benigno

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Seguimiento pacientes
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 712

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE RECONSTRUCCION INMEDIATA POSTMASTECTOMIA CON COLGAJOS AUTOLOGOS MICROQUIRURGICOS EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA. ELABORACION DE PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INCLUSION Y COORDINACION CON OTRAS ESPECIALIDADES

2. RESPONSABLE ..... JAVIER RODRIGO PALACIOS
· 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.
· ALBIÑANA GARCIA-DIHINX FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· AGULLO DOMINGO ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las técnicas de reconstrucción de mama son diversas y cada una de ellas tiene unas indicaciones concretas relacionadas con la fisonomía y características previas de la paciente, el estado de los tejidos, la necesidad o no de tratamiento con radioterapia, y otras. También se pueden clasificar por el momento de realizar la intervención reconstructora en relación con el momento de la mastectomía. Cuando se realiza en la misma intervención las denominamos reconstrucción inmediata y en el caso de realizarse tiempo después reconstrucción diferida.
En nuestro sistema de Salud la reconstrucción inmediata se ha limitado por diversos factores a las técnicas menos complejas técnicamente como son la reconstrucción con prótesis directa o prótesis expandible o la reconstrucción con tejidos regionales pediculados como el colgajo de músculo dorsal ancho. En ambos casos la norma es el uso de prótesis de gel de silicona para dar el volumen necesario a la nueva mama. Un inconveniente del uso de prótesis es la posibilidad de generar complicaciones como la contractura capsular, la rotura, el desplazamiento, etc., que en un momento dado requiere nuevas intervenciones.
Durante los últimos años se han desarrollado técnicas que obvian la necesidad de usar prótesis en la reconstrucción mediante la utilización de tejidos autólogos distantes como el abdomen, el glúteo o zonas del muslo que permiten una reconstrucción definitiva, sin el riesgo inherente al uso de prótesis, evitando así reintervenciones a lo largo de la vida de la paciente, con el consiguiente ahorro económico para el Sistema de Salud y el aumento del confort de la paciente a largo plazo. La indicación de estas técnicas de reconstrucción inmediata postmastectomía con colgajos microquirúrgicos distantes ha sido establecida por todos las Unidades / Procesos de mama de nuestro medio..
Hasta ahora en nuestro Sistema Aragonés de Salud, por motivos de organización, coordinación y aprendizaje estás técnicas se han realizado sólo de forma diferida. Actualmente el Servicio de Cirugía Plástica cuenta con la capacidad de realizarlas también de forma inmediata para lo cual es necesaria la implementación de un protocolo de indicaciones y un sistema de coordinación con las diferentes especialidades implicadas en el tratamiento médico y quirúrgico del cáncer de mamas.
Pretendemos implementar un protocolo de indicaciones de inclusión / exclusión de pacientes para reconstrucción inmediata postmastectomía con colgajos microquirúrgicos distantes. Así mismo un protocolo de actuación para los Servicios implicados en el primer contacto con las pacientes con el objetivo de que puedan remitir todas las pacientes susceptibles a valoración por nuestro Servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No iniciado

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Elaboración de un protocolo específico y recogida de los datos que confirmen la utilidad de la indicación de reconstrucción microquirúrgica inmediata en estas pacientes.
• El número de casos de reconstrucción inmediata con colgajos microquirúrgicos distantes respecto a la reconstrucción inmediata con colgajo dorsal ancho, prótesis directa o prótesis expandible sea de un 25%
• Conseguir una colaboración estrecha de los miembros de los Servicios de Ginecología, Cirugía General, Oncología, Medicina Nuclear, y Cirugía Plástica, Estética y Reparadora para mejorar la coordinación y las pacientes candidatas a reconstrucción mamaria DIEP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Protocolización de la indicación de inclusión / exclusión en la técnica de reconstrucción microquirúrgica inmediata .
• Creación de un informe tipo con para la valoración de características determinantes de cada caso para el usos del Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
• Protocolización de las características determinantes de cada caso que deben ser valoradas por Servicios responsables de primer contacto con la paciente y decidir remitir las pacientes a valoración por Cirugía plástica
• Creación de un Grupo de Trabajo liderado por un Cirujano Plástico, un Oncólogo y un Cirujano Oncológico para el seguimiento de las pacientes incluidas en este tipo de reconstrucción.
• Creación de una base de datos con los del seguimiento de dichas pacientes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Correlación entre pacientes con reconstrucción inmediata con técnicas microquirúrgicas y el resto de técnicas de reconstrucción inmediata
• Tasa de reintervenciones, separadas por causas , y su relación con las complicaciones en reconstrucción diferida con colgajos microquirúrgicos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El estudio tiene un año de duración
En este periodo se pretende valorar a todas las pacientes sometidas a reconstrucción inmediata postmastectomía con colgajos microquirúrgicos distantes. El estudio quedará abierto continuando la recogida de datos para

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 712

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE RECONSTRUCCION INMEDIATA POSTMASTECTOMIA CON COLGAJOS AUTOLOGOS MICROQUIRURGICOS EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA. ELABORACION DE PROTOCOLO DE CRITERIOS DE INCLUSION Y COORDINACION CON OTRAS ESPECIALIDADES

continuar posteriores estudios.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Mujeres con diagnóstico primario de cáncer de mama

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cáncer de mama
OTRA PALABRA CLAVE 2. Reconstrucción mama postmastectomía
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 262

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ACTUACION EN CASO DE GESTANTE EN CONTACTO CON VARICELA

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.
· DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· TABUENCA VICEN CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAHOZ PASCUAL ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GIENCOLOGIA
· LAPRESTA MOROS MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LABORDA GOTOR RAMIRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La varicela es una enfermedad exantemática producida por un DNA virus de elevada contagiosidad. Se transmite por vía respiratoria, a partir de las partículas virales presentes en las lesiones cutáneas y por vía transplacentaria. El periodo de transmisibilidad varía desde 1 a 2 días antes del comienzo del exantema hasta que todas las lesiones están en fase de costra (unos 4-5 días después de la aparición del exantema).
La enfermedad se presenta en forma de brotes epidémicos preferentemente a finales de invierno y primavera, y la seroprevalencia en mujeres en edad fértil es muy elevada (>90%), sin embargo, puede ser más baja en gestantes procedentes de países tropicales (25-85%).
La infección intrauterina en el primer y principios del segundo trimestre del embarazo se puede manifestar clínicamente en el neonato por el síndrome de la varicela congénita que incluye bajo peso al nacer, hipoplasia de extremidades, cicatrices cutáneas, atrofia muscular localizada, atrofia cortical, coriorretinitis y microcefalia. La infección materna por varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto, tiene un riesgo muy elevado de acompañarse de una infección neonatal grave, con una tasa de letalidad del 30%.
Después de una exposición significativa a varicela en una gestante (contacto doméstico, contacto “cara a cara” con caso índice o misma habitación > 15 minutos), se debería comprobar inmunidad de la gestante de forma inmediata. En gestantes no inmunes, es recomendable en cualquier trimestre de la gestación administrar inmunoglobuilina (IG) profiláctica durante las primeras 72-96 horas del contacto (la administración de IG tiene algún efecto hasta 10 días después del contacto).
La creación de un circuito de actuación en urgencias en los casos de gestantes en contacto con varicela es útil, debido a la necesidad de obtención de serologías de la gestante de forma urgente, a la petición de la inmunoglobulina por parte de farmacia, así como la administración a la gestante en las primeras 72-96 horas después del contacto. Así, administrada en un tiempo óptimo, la efectividad de la IG polivalente sería de un 50-65%. En caso de fracaso de la profilaxis, el periodo de incubación puede ser más largo, de hasta 28 días, y la varicela cursa de forma más leve.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Revisión de la evidencia científica hasta la fecha.
Creación de un circuito de actuación urgente en caso de gestante en contacto con varicela.
Elaboración de un protocolo.
Conocimiento del protocolo por todo el personal implicado en el circuito de actuación.
Administración de inmunoglobulina en gestantes seronegativas en contacto con varicela en las primeras 72-96 horas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de la evidencia científica hasta la fecha: guías clínicas, revisiones… (Dra. Tabuenca, Dra. Lahoz, Dr. Laborda)
Reuniones multidisciplinares con los servicios implicados en el circuito (Medicina Preventiva, Microbiología, Farmacia, Obstetricia, Pediatría)
Creación de circuito de actuación en urgencias (Dra. Rodríguez Solanilla, Dra. Lapresta)
Elaboración de un protocolo (Dra. Rodríguez Lázaro, Dr. Lapresta, Dr. De Bonrostro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de gestantes con inmunidad desconocida a las que se realiza determinación serológica de varicela en las primeras 48-72 horas desde la primera consulta en Urgencias por ese motivo.
- Porcentaje de pacientes seronegativas tratadas con inmunoglobulina polivalente en las primeras 72-96 horas post-exposición.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo- Diciembre de 2015.
Revisión de la evidencia científica (Mayo- Junio 2015)
Reuniones multidisciplinares con servicios implicados en el circuito (Septiembre- Octubre 2015)
Creación de circuito de actuación en urgencias (Octubre 2015)
Elaboración de protocolo (Octubre-Noviembre 2015)
Impartición de sesiones científicas para el conocimiento del circuito y del protocolo por parte del personal implicado (Noviembre- Diciembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 262

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ACTUACION EN CASO DE GESTANTE EN CONTACTO CON VARICELA

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. GESTANTES
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 527

1. TÍTULO

PROYECTO MULTIDISCIPLINAR ASISTENCIAL DE APOYO A LA PACIENTE CON OBITO FETAL (2º Y 3º TRIMESTRE) Y NEONATAL EN PLANTA 6 HMI

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.
· ALVAREZ ALONSO BEATRIZ. MATRONA. H MIGUEL SERVET. MEDICINA MATERNO FETAL
· CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA MATERNO FETAL
· CARRASCO GARCIA MARIA DE LOS ANGELES. MATRONA. H MIGUEL SERVET. MEDICINA MATERNO FETAL
· GARCIA RUBIO MARIA JOSE. PSICOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· LORDA ABADIAS ESTHER. MATRONA. H MIGUEL SERVET. PARITORIOS
· MANGLANO ALONSO FLAVIA. MATRONA. H MIGUEL SERVET. MEDICINA MATERNO FETAL
· SANCHEZ MENA MARTA. MIR 4º. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El concepto de muerte intrauterina en la gestación es amplio, engloba pérdidas de muy diferente número de semanas gestacionales.
Al sufrir dicha pérdida se ponen en marcha una serie de mecanismos que conforman el proceso de elaboración del duelo. El duelo no constituye una enfermedad en sí misma, sin embargo, su evolución puede derivar en un curso patológico.
Existen circunstancias relacionadas con la perdida que pueden modificar el duelo perinatal, como la edad gestacional en el momento de la pérdida, las reacciones de los profesionales y su actuación, tanto en el momento en que se diagnostica la muerte fetal como en el momento del nacimiento, al alta hospitalaria e incluso en consultas ambulatorias posteriores.
La muerte fetal sufre una atención con notable variabilidad multidisciplinar (obstetras, anestesistas, matronas, enfermeras, auxiliares, psicólogos y psiquiatras) lo que se traduce en una atención no coordinada y heterogenea.
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, ya que suscita dudas a aquellos que prestan asistencia directa y/o puede trascender a otros que son requeridos para su valoración.
Se plantea, en este caso, un problema de salud que se presenta en un paciente con necesidades de atención y cuidados múltiples, bio-psicosociales, focalizado simultáneamente en diferentes niveles asistenciales.
El objetivo de todas las respuestas que los Servicios Sanitarios tienen que dar a estas demandas, es colocar al usuario en el centro del servicio y atender sus necesidades poniendo la organización y sus recursos a su disposición.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO PRINCIPAL: Elaborar un protocolo asistencial multidisciplinar en gestantes con muerte fetal intrauterina o neonatal en planta.

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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cada participante de forma individual efectuará recogida de información y elaboración de material.
Mediante reuniones periódicas, con carácter mensual de una hora de duración, con las distintas personas que participan en el proyecto se llevará a cabo la puesta en común de las aportaciones individuales para ser consensuadas en grupo.
Se elaborará un algoritmo visual y de sencilla interpretación, acompañado de una serie de anexos (Hoja de Registro de actividades realizadas) 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.
Finalmente, se realizará una reunión para valoración global y actualización posterior.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. * Existencia del protocolo en ambos servicios implicados
* Difusión del algoritmo entre los profesionales implicados
* Utilidad percibida por los profesionales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO: mayo 2015 a diciembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 527

1. TÍTULO

PROYECTO MULTIDISCIPLINAR ASISTENCIAL DE APOYO A LA PACIENTE CON OBITO FETAL (2º Y 3º TRIMESTRE) Y NEONATAL EN PLANTA 6 HMI

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 253

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE TALLERES EN SALA DE SIMULACION OBSTETRICA

2. RESPONSABLE ..... BELEN RODRIGUEZ SOLANILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTAN MATEO SERGIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TABUENCA VICEN CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAPRESTA MOROS MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAHOZ PASCUAL ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGUEZ LAZARO LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGO RODRIGUEZ MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DIAZ RABASA BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La simulación clínica consiste en un conjunto de métodos que facilitan al profesional la adquisición de habilidades y destrezas profesionales, en escenarios semejantes a los reales, sin poner en riesgo a los pacientes.
Es una forma ideal de facilitar el aprendizaje al obstetra, mejorar sus habilidades clínicas, mejorar sus capacidades de comunicación y de trabajo en equipo y de aprender a responder con eficacia ante situaciones de emergencia.
Su uso en talleres y programas de entrenamiento es fundamental en la formación continuada tanto de médicos internos residentes de obstetricia y ginecología, de los adjuntos de dicha especialidad y de matronas.
En función de los objetivos que queramos conseguir, la simulación debe realizarse en cada centro de trabajo o en centros de simulación altamente especializados.
La simulación in situ es muy adecuada cuando se quiere inaugurar una sala de simulación y se desea poner en marcha o afianzar nuevas técnicas o habilidades, mejorar la comunicación entre los miembros de un Servicio y ensayar situaciones de emergencia.
Es especialmente útil para practicar situaciones de emergencia obstétrica poco frecuentes en la práctica diaria pero que requieren una respuesta rápida y adecuada para minimizar la mortalidad y morbilidad.

Situaciones obstétricas tributarias de cursos y talleres utilizando el material de la sala de simulación obstétrica:

- Distocia de hombros.
- Hemorragia postparto:
- Taponamiento intrauterino.
- Suturas hemostáticas conservadoras.
- Taponamiento pélvico.
- Asistencia manual a parto de nalgas.
- Asistencia a parto gemelar.
- Parto instrumentado.
- Reparación de desgarros vaginales.
- Técnicas de sutura y anudado.
- Entrenamiento en cirugía endoscópica con pelvitrainer.

- Hernández Pinto P, Odriozola Feu JM, Maestre Alonso JM, López Sánchez M, del Moral Vicente i, de Miguel Sesmero JR. Entrenamiento de equipos interdisciplinares en urgencias obstétricas mediante simulación clínica. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011; 54(12):618-624.

- David C. Jude, MD, Gary G. Gilbert, MD, Diane Magrane, MD Simulation training in the obstetrics and gynecology clerkship. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1489–92.

- Maslovitz S1, Barkai G, Lessing JB, Ziv A, Many A. Recurrent obstetric management mistakes identified by simulation. Simul Healthc. 2010 Feb;5(1):40-5.

- Merien AER, van de Ven J, Mol BW, Houterman S, Oie SG.Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies. Am J Obstet Gynecol. 2010;115(5):1021–31

- Maslovitz S, Barkai G, Lessing JB, et al. Improved accuracy of postpartum blood loss estimation as assessed by simulation. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87:929–34.

- Guise JM, Lowe NK, Deering S, Osterweil BS, O'Haire C, Irwin L, et al. Mobile in-situ obstetric emergency simulation and teamwork training to improve maternal-fetal safety in hospitals. Jt Comm J. 2010;36(10):443–53.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 253

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE TALLERES EN SALA DE SIMULACION OBSTETRICA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. a) Aplicar los métodos y material de la simulación clínica avanzada en la formación continuada de los médicos adjuntos y residentes de Obstetricia y Ginecología y las matronas en las emergencias obstétricas.
b) Aplicar los métodos y material de la simulación clínica avanzada en la mejora de la actuación de los equipos de trabajo multidisciplinarios que intervienen en las emergencias obstétricas.
c) Mejorar la calidad asistencial al entrenar situaciones y técnicas poco frecuentes pero con importante morbilidad y mortalidad en la emergencia obstétrica.

d) Protocolizar y sistematizar la actuación del profesional en las situaciones de urgencia obstétrica.

e) Mejorar la satisfacción y la sensación de confianza del profesional al enfrentarse en la práctica a situaciones trabajadas en simulación.

f) Mejorar la relación y la comunicación entre los distintos miembros del equipo que actúan ante una situación poco frecuente o una emergencia obstétrica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Localización y adecuación de espacio físico para organizar sala de simulación obstétrica. (Dr. Castán)

2.- Organización de material de simulación en función de temática y del objetivo docente buscado. (Dra. Rodríguez Solanilla)

3.- Sesión informativa a los facultativos del Servicio, médicos adjuntos y residentes, para presentación de la sala de simulación. (Dra. Rodríguez Lázaro)

4.- Elaboración de un programa de actividades formativas destinadas a médicos residentes del servicio relacionadas con la simulación obstétrica. (Dra. Tabuenca)

5.- Elaboración de un programa de actividades formativas destinadas a médicos adjuntos del servicio relacionadas con la simulación obstétrica. (Dra. Lahoz)

6.- Elaboración de un programa de actividades formativas destinadas a matronas. (Dra. Rodríguez Solanilla)

7.- Inicio de actividades vinculadas a sala de simulación. (Dra. Lapresta)

8.- Evaluación de actividades desarrolladas en dicho espacio y grado de satisfacción de médicos y matronas. (Dra. Rodrigo/ Dra. Díaz

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación a los 6 y 12 meses del inicio de funcionamiento de la Sala de Simulación mediante encuesta de:
- Conocimiento y uso por parte del personal de la Sala de Simulación.

- Participación del personal en los talleres de simulación.

- Satisfacción del personal respecto a los talleres en la sala de simulación.

INDICADORES:

- Porcentaje de participación de los Médicos Internos Residentes del Servicio en cursos/talleres en la sala de simulación. (100%)

- Porcentaje de participación de los médicos adjuntos del Servicio en cursos/talleres en la sala de simulación. (>80%)

- Porcentaje de participación de las matronas en cursos/talleres en la sala de simulación. (>50%)

- Satisfacción de los usuarios de la Sala de Simulación. (>80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

- Marzo/ Mayo 2015: Localización y adecuación de espacio físico para organizar sala de simulación obstétrica.

- Mayo/ Junio 2015: Organización de material de simulación.

- Junio 2015: Sesión informativa a los facultativos y matronas del Servicio.

- Junio/ Septiembre 2015: Elaboración de un programa de actividades formativas destinadas a médicos residentes del servicio.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 253

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE TALLERES EN SALA DE SIMULACION OBSTETRICA

- Junio/ Septiembre 2015: Elaboración de un programa de actividades formativas destinadas a médicos adjuntos del servicio.

- Junio/ Septiembre 2015: Elaboración de un programa de actividades formativas destinadas a matronas del servicio.

- Septiembre 2015: Inicio de actividades vinculadas a sala de simulación.

- Octubre 2015 y mayo 2016: Evaluación de actividades y grado de satisfacción.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 579

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA EL INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO RELACIONADO CON EL FACTOR MEDICO DEL PACIENTE CON DOLOR QUE ACUDE A CONSULTA DE UNIDAD DE COLUMNA-REHABILITACION DE COLUMNA

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
· PEÑA JIMENEZ DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se define el cumplimiento terapeútico como el grado en el que la conducta de las personas en lo que se refiere a la toma de medicación, seguimiento de dietas, o cambios en el estilo de vida, está de acuerdo con la prescripción terapeútica.
La adherencia terapeútica sólo puede obtenerse cuando el paciente ha aceptado la existencia de la enfermedad y las particularidades de los tratamientos propuestos (1).
Numerosos estudios confirman que la mitad de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento farmacológico que se le ha indicado. Este incumplimiento es aún mayor cuando lo que se le ha prescrito es la modificación de hábitos y estilo de vida, comprobándose que menos del 30% cumplen las restricciones alimenticias.
El incumplimiento del tratamiento farmacológico incluye abandono del tratamiento, omisión de dosis, errores de dosificación, confusión de horarios y automedicación. Se considera cumplidor aquel cuyo porcentaje de cumplimiento se sitúa en el 80-110%. El incumplimiento es frecuente en enfermedades crónicas, en el paciente asintomático, en ancianos y en pacientes que tienen prescritos varios fármacos de forma crónica (2).
Dentro de los factores que influyen en el cumplimiento se encuentran: relación profesional sanitario-paciente, el paciente y su entorno, la enfermedad y la terapeútica (3).
Los pacientes que acuden a la consulta de Unidad de Columna-RHBCOL son pacientes que presentan habitualmente dolor lumbar crónico recurrente, con desacondicionamiento físico, polimedicados y con fracasos terapeúticos previos. Al tratarse de síntomas crónicos y de terapias largas la adherencia disminuye (4). Destacamos el conjunto de factores y aspectos relacionados con el médico: mala relación médico-paciente, baja satisfacción del paciente y/o poca confianza con su médico, interinidad del profesional, sensación de no ser escuchados, sensación de que no se les conoce, cambios por genéricos, la falta de información de su proceso, el miedo a tratamiento con opioides mayores presente en el paciente y en Medicina de Atención Primaria (5).
Por todo ello consideramos necesario realizar, desde el área especializada (consulta de Unidad de Columna-rehabilitación de columna), estrategias para aumentar el cumplimiento terapeútico del paciente con dolor relacionado con el factor médico (6).

Bibliografía:
1. Evans L., Spelman , M. The problem of non compliance with drug therapy. Drugs 1983; 2:: 63-76.
2. Puras, A. ¿El tratamiento no funciona o el paciente no cumple la prescripción? Med Clin (Barc) 1997: 109: 702-706.
3. Estrategia en seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
4. Hestbaeck et al. Low back pain: what is the long-term course?. A review of studies of general patient population. Eur spine J. 2003; 12:149-65.
5. Escamilla Fresnadillo JA, Castañer Niño O, Benito López S, Ruiz Gil E, Burrull Gimeno M, Sáenz Moya N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria. 2008; 40:81—5.
6. Gil VF, Piñeiro F, Merino J. Estrategias para aumentar el cumplimiento terapéutico. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F, editores. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Madrid: Jarpyo Editores SA; 1997.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Cumplimentación del tratamiento analgésico-no retirada del tratamiento desde Atención Primaria
• Compartir información y promover la comunicación entre médico y paciente
• Desdramatizar, informar y aclarar el buen pronóstico de la historia natural del dolor lumbar
• Definir el cumplimiento: incumplidores menos del 80% de la dosis, incumplimiento parcial entre el 50 y el 80%, incumplimiento absoluto menos del 50

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para ello se realizarán las siguientes acciones:
• Estrategias informativas o educativas:
-complementar la información oral con información escrita que aportará la enfermedad presentada, el nombre de la medicación, el número de dosis diarias y su horario, el tiempo que debe tomarlo, si debe tomarlo con comidas o bebidas o con otros medicamentos, las especiales interacciones y los efectos adversos más frecuentes que producen
-el régimen terapeútico será sencillo, mejor en monodosis, con instrucciones simples y comprobando que se ha entendido la información sobre la enfermedad y su tratamiento

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 579

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA EL INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO RELACIONADO CON EL FACTOR MEDICO DEL PACIENTE CON DOLOR QUE ACUDE A CONSULTA DE UNIDAD DE COLUMNA-REHABILITACION DE COLUMNA

-tener en cuenta el nivel cultural del paciente
-la opinión del paciente y de la familia
• Estrategias de apoyo y supervisión:
-revisiones mensuales (para la primera puesta de tratamiento, semestral para seguimiento)
-sistema informatizado de recordatorio de cita de revisión
-disminuir el tiempo que medie entre el envío del recordatorio y la cita
-asegurar la continuidad de la atención
• Implantación de actuaciones sanitarias
-integrar el tratamiento del dolor en la receta electrónica o cartillas de largo tratamiento (así se le hará constar al médico de atención primaria de forma escrita mediante documento oficial, P69

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de pacientes que acuden a la consulta de UC-RHBCOL
• Número de pacientes a los que se les prescribe tratamiento analgésico
• Número total de incumplidores parciales y absolutos
• Número de incumplidores parciales y absolutos en relación a factor médico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del estudio: Mayo 2015
Evaluación del estudio y análisis de los resultados: Diciembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Lumbalgias

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 586

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ADMINISTRACION DE AUTOINYECCION INTRACAVERNOSA EN EL TRATAMIENTO DE DISFUNCION ERECTIL

2. RESPONSABLE ..... LUIS MARIA RODRIGUEZ VELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA RUIZ RAMIRO. MIR. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GONZALVO IBARRA ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· FANTOVA ALONSO ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· REYES FIGUEROA ADIB. MIR. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La disfunción eréctil es un importante problema de salud tanto por su frecuencia (1 de cada 5 hombres aproximadamente) como por el impacto en la calidad de vida del paciente. Para su tratamiento existen fármacos de primera línea cuya vía de administración es oral si bien existen fármacos de segunda línea para pacientes que no responden a farmacoterapia oral cuya administración es intracavernosa (Alprostadilo) mediante punción peneana que precisa de adiestramiento del paciente. Para ello hemos diseñado un informe dirigido a pacientes subsidiarios del tratamiento (entre 50 y 70 al año) para mejorar la aceptación y adhesión al tratamiento y promover una correcta administración del mismo para optimizar los resultados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se aplicará a los pacientes que acudan a consulta de la Unidad de Andrología del Hospital Miguel Servet (tanto del Sector II como los remitidos de otros sectores) y que son subsidiarios de dicho tratamiento explicándoles en la misma los aspectos más relevantes del dicho fármaco y su vía de administración. Se pretende fundamentalmente mejorar la percepción, adhesión y eficacia del tratamiento así como detectar posibles problemas derivados de una incorrecto uso o efectos adversos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Instruir a pacientes subsidiarios de tratamiento con autoinyección intracavernosa de fármacos vasoactivos en consulta de Urología, implantar un informe explicativo de dicho tratamiento y valorar si dicho informe supone un impacto en adhesión al tratamiento, descenso de posibles complicaciones o efectos adversos, en eficacia, en tasas de abandono y conocimiento de medidas a tomar en caso de erección prolongada.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Tasa de abandonos del tratamiento y causa de los mismos
2. Tasa de efectos adversos
3. Tasa de complicaciones
4. Encuesta de satisfacción del paciente sobre la información recibida

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El programa se instaurará de forma inmediata con seguimiento prospectivo de cada uno de los pacientes con evaluación final de resultados al año y análisis intermedios trimestrales.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Disfunción eréctil
OTRA PALABRA CLAVE 2. Autoinyección
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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 597

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA ESPECIALIZADA EN INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS (IDP) EN PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO ESCRIBANO CARLOTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· CARBONE BAÑERES ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MUÑOZ MELLADO ASCENSION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MARTINEZ FACI CRISTINA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MURILLO SANJUAN LAURA. MIR. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Inmunodeficiencias primarias (IDP) es el nombre que reciben un grupo de más de 200 enfermedades, causadas por errores en los genes de las células que conforman el sistema inmunológico. Tienen un amplio rango de síntomas, desde leves a graves, incluida la predisposición al cáncer. Algunas son potencialmente letales, suponen una importante merma de la calidad de vida de los pacientes que las padecen, y también un importante gasto sanitario, si no se diagnostican de forma temprana y adecuada.
Las IDP se pueden diagnosticar en nin~os y en adultos. Es más frecuente el diagnóstico en la edad pediátrica.
Según el Registro Español de Inmunodeficiencias Primarias (REDIP), en Aragón el número de diagnósticos de IDP es menor del esperado. En el año 2012 se registraron 2,8 nuevos casos, frente a los 12,5 casos de otras Comunidades Autónomas. No hay base científica para suponer que los aragoneses son genéticamente diferentes, lo más probable es que se diagnosticasen en otros centros, o bien no estaban correctamente diagnosticados.
Todos estos datos apoyan la necesidad de potenciar el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, en una unidad especializada. Esta acción, además de contribuir al manejo médico óptimo de estos pacientes, también contribuirá al sostenimiento del sistema sanitario. Al estar correctamente tratados, se evitarán visitas médicas e ingresos, pruebas diagnósticas no indicadas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde 2013, consulta de Inmunohematología Pediátrica en el HUMS, integrada a la Unidad de Oncohematología Pediátrica, con 17 pacientes con IDP
El 22 de Abril de 2015 se realizó en el HUMS una jornada de difusión sobre IDP, avalada por la Asociación Española de Déficits Inmunitarios Primarios (AEDIP

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ampliar los conocimientos del equipo médico del Servicio de Pediatria del HUMS respecto al diagnóstico y manejo de las IDP, con charlas informativas.
Ampliar los conocimientos del equipo médico de Atención Primaria de Aragón, para concienciar a estos profesionales
Incrementar la satisfacción de los usuarios.
Mejorar la atención médica a nuestros pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se incluyen en este proyecto todos los pacientes sospechosos de IDP remitidos a la consulta de Inmunohematología Pediátrica
Responsable del diagnóstico inicial: Carmen Rodríguez-Vigil Responsable del seguimiento/tratamiento/formación: Carmen Rodríguez-Vigil y resto de miembros del grupo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes remitidos a consulta de Inmunohematología Pediátrica con diagnóstico probado de IDP/Número de pacientes remitidos a la consulta de Inmunohematología Pediátrica por sospecha de IDP
Número de pacientes remitidos a la consulta de Inmunohematología Pediátrica con diagnóstico probado de IDP/Número de pacientes con IDP según REDIP

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actualización de pacientes diagnosticados de IDP: Mayo 2015 -Octubre 2015.
Charla informativa al equipo de Pediatria del HUMS. Octubre 2015.
Charla informativa a equipos de Atención Primaria de Aragón. Octubre 2015-Marzo 2016.
Sesión formativa a Servicio de Pediatría con resultados del proyecto:Abril 2016.
Presentación de resultados definitivos:Mayo 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Inmunodeprimidos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 597

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA ESPECIALIZADA EN INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS (IDP) EN PEDIATRIA

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 237

1. TÍTULO

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTES CON DEHISCENCIA ESTERNAL

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO ROJO ESPIÑEIRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLEJO GIL JOSE MARIA. CIRUJANO CARDIOVASCULAR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· VAZQUEZ SANCHO MANUEL. . H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· FAÑANAS MASTRAL JAVIER. CIRUJANO CARDIOVASCULAR. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· LARENA SANCHEZ SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· LARUMBE VALIOS ANA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· ESCRIBANO MONTON RUTH. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el medio hospitalario y concretamente en la planta de cirugía cardiovascular con cierta frecuencia tenemos pacientes afectados de infección de la herida quirúrgica de la esternotomía, bien del tejido subcutáneo o en los casos más graves acompañada del hueso esternal (entre 1-3% según la bibliografía) cuando ello sucede se usa la terapia VAC (Vacuum Assisted Closure), que consiste básicamente en tratar la herida con presión negativa que favorece la proliferación del tejido de granulación y con ello el control de la infección. Al paciente se le realizan curas cada tres días y se espera bien que cierre por segunda intención o bien la colaboracion de cirugía plástica para cubrir el defecto cutáneo que se produce. Mientras tanto el paciente permanece ingresado en nuestra unidad ocupando una cama quirúrgica y en ocasiones en tiempo que puede ser superior a los 90 días. Una vez la infección se ha controlado sólo permanece en ella para la realización de las curas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Fomentar la independencia del paciente y disminuir la ansiedad del ingreso largo.
-Disminuir la morbilidad asociada a las largas estancias.
-Reducción del gasto hospitalario al dejar de estar ingresados.
-Favorecer una mejor atención del paciente de cirugía cardiaca, al evitar pacientes en otras unidades
-Descargar a la plantilla de cirugía cardiaca de cuidados no propi

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Se informará previamente a los pacientes seleccionados de nueva oportunidad de tratamiento (ellos pueden elegir si aplicarla o no), en ello influirán diversos factores tanto del paciente: edad, nivel socio-cultural, higiene, distancia y medio de transporte… como del criterio medico: tamaño de la herida, debito, patología asociada…
-El paciente al alta se le debe instruir en manejo y cuidado del aparato, es sencillo y cualquier anomalía lo indica con alarma acústica y aviso en pantalla. También de cómo debe cambiar el contendor en el caso de que sea necesario, esta implicación podría ser llevada a cabo por la enfermería de la unidad.
-Si precisa antibiótico IV este puede administrarse en primaria
-Cada 3-4 días acudiría a consultas de cirugía general a realizarse las curas y el cambio del apósito.
- Teléfono de referencia a donde pueden llamar, para resolver cualquier contingencia no prevista.
- Diseño de un protocolo de analgesia, aunque habitualmente el dolor se controla

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Medición del dolor agudo mediante escala de conducta objetivable.
- Registro de incidencias.
- Grado de satisfacción del paciente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Estos indicadores se medirán en un año desde su puesta en marcha para valorar el grado de satisfacción de los usuarios y profesionales.

11. OBSERVACIONES. ¿Quién/es dan el visto bueno y la autorización para la puesta en marcha en caso de ser aprobado el proyecto11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cirugía Cardiovascular

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. dehiscencia esternal
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 691

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFILICA 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.
· ALCEDO GONZALEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· LOPEZ CAMPOS MONICA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA ROMERO RUTH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· GARCIA LOPEZ SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La esofagitis eosinofílica fue descrita por primera vez en 1978 en un paciente con acalasia esofágica y anatomía patológica compatible. Sus criterios diagnósticos han sido variables y discutidos en los últimos años. Se caracteriza por la infiltración del esófago por leucocitos eosinófilos. La identificación de los alérgenos causantes debe incluir la determinación de sensibilizaciones mediadas por inmunoglobulina E e hipersensibilidad retardada mediada por células. Los síntomas principales de la esofagitis eosinofílica son disfagia e impactaciones de alimento en el esófago por alteraciones morfológicas y trastornos motores. La activación de los eosinófilos y mastocitos y la desgranulación de sus proteínas contra los alérgenos causales dañan el epitelio esofágico y alteran los componentes neuromusculares de la pared del esófago. Entre los tratamientos ensayados figuran el control de la exposición a antígenos, la dilatación endoscópica de las estenosis y los fármacos con efecto antieosinofílico, entre los que destacan los glucocorticoides de aplicación tópica, que revierten la inflamación y restauran la histología y la motilidad esofágicas.
Su prevalencia es de 45-53 por cada 100000 habitantes, aunque la práctica clínica nos dice que cada vez aparecen más casos en la clínica diaria. Es más frecuente en varones y en la raza caucásica y más frecuente diagnosticarla en la infancia pero puede aparecer a cualquier edad.
Es importante que los pacientes escuchen a su gastroenterólogo para saber cómo manejar la EE y saber cuándo es necesaria una endoscopía para controlar si la afección está mejorando o empeorando.
La cooperación entre médicos y familiares es importante. Cuando uno descubre que tiene EE, la sensación puede ser abrumadora. Por lo general es beneficioso que las familias participen en grupos y organizaciones de apoyo, aunque por el momento este punto precisa de su mayor desarrollo.
Debido a que la enfermedad ha sido descrita tan sólo en la últimas 2 décadas, no conocemos con certeza sus consecuencias a largo plazo. Sin embargo, sabemos que los problemas para deglutir suelen mantenerse a lo largo de los años y afectan a la calidad de vida de las personas que los padecen. En un estudio que incluyó a 620 niños con EE y que fueron seguidos durante 14 años, la EE persistió y sólo un 10% desarrolló tolerancia a los alimentos identificados como alergénicos. Ningún paciente progresó a otras enfermedades gastrointestinales. La inflamación persistente en el esófago durante años podría ocasionar estrechamiento persistente del calibre de este órgano y diversos estudios sugieren la progresión potencial de la enfermedad si no es tratada. Todas estas razones hacen que sea recomendable el estudio y tratamiento de todos los pacientes, así como su seguimiento ya que van a precisar terapias prolongadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nuestra intención es facilitar la transferencia de pacientes afectos de esofagitis eosinofílica desde la unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica al servicio de Digestivo de adultos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • ADECUADA DETECCIÓN DE LOS PACIENTES SUSCEPTIBLES DE SER DADOS DE ALTA DE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
Selección de pacientes susceptibles en función de su situación clínica, personal, familiar y de tratamientos. (Dr. Ros Arnal)

• ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE DERIVACIÓN EN LOS PACIENTES SELECCIONADOS (Dr. José Miguel Martínez de Zabarte, Dra. López Campos)
Realizar el protocolo
Sesiones clínicas intraservicio de sensibilización del problema al resto de miembros de los servicios que atiendan pacientes con esofagitis eosinofílica
Difusión del protocolo correspondiente

• CONSULTA CONJUNTA DE LOS CASOS ENTRE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA Y SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS (Dr. Ros Arnal, Dra. García Romero y Dr. Alcedo)
Consulta conjunta de adjunto de la unidad de Gastroenterología pediátrica y otro adjunto del Servicio de Digestivo de Adultos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. REDACCIÓN DE PROTOCOLO TRANSFERENCIA DESDE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS EN LOS PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA.
Evaluación: se considerará cumplido el objetivo cuando esté redactado y aprobado por la Comisión Hospitalaria correspondiente:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 691

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFILICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

Indicador : Aprobación protocolo transferencia desde la unidad de gastroenterología pediátrica al servicio de digestivo de adultos en los pacientes con esofagitis eosinofílica

REALIZACIÓN DE CONSULTA CONJUNTA DE LOS CASOS EN HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVETE
Evaluador: Dr. Ros Arnal
Evaluación: cada 6 meses.
Indicadores: Porcentaje de pacientes con enfermedad dados de alta de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica valorados conjuntamente. Objetivo: > 90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PROYECTO DE CALIDAD 2015-2016. INICIO: JUNIO-2015

Protocolo tratamiento de transferencia desde la unidad de gastroenterología pediátrica al servicio de digestivo de adultos en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal ? JUNIO, JULIO y AGOSTO (2015)

Consulta conjunta en Unidad de Gastroenterología Pediátrica ? OCTUBRE (2015) y MARZO (2016)

Evaluación: FEBRERO Y MAYO (2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes afectos de esofagitis eosinofílica.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 656

1. TÍTULO

FORMACION DE UN COMITE INTERDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON INESTABILIDAD Y DESEQUILIBRIO

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.
· GAZULLA ABIO JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los problemas de inestabilidad-desequilibrio constituyen una patología frecuente en la población general, que es además es una fuente de morbididad importante por las caídas que pueden provocar y sus consecuencias. Se trata de un síndrome que puede estar provocado por problemas en diferentes sentidos (oído, vista, sensibilidad propioceptiva , táctil) y en los sistemas osteomuscular y nervioso . Las causas más frecuentes son vestibulares (oído interno), centrales (SNC) y multisensoriales . Siendo a menudo patologías de difícil diagnóstico.
Por ello, participan en su manejo diferentes facultativos especialistas. Lo ideal es que estos pacientes se aborden desde un prisma multidisciplinar(ORL, neurológico y rehabilitador) para el diagnótico y orientación terapéutica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creación y puesta en funcionamiento de un comité interdisciplinar en el que participen los Servicios que generalmente contribuyen al diagnóstico y tratamiento de los pacientes con inestabilidad y desequilibrio.
Establecer un protocolo de indicaciones para el tratamiento rehabilitador vestibular.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Proponer como responsables de cada Servicio para el comité de manejo de los pacientes con inestabilidad-desequilibrio a: Dra Rueda (Rehabilitación), Dr. Fraile (Otorrinolaringología) y Dr. Gazulla (Neurología) .
Organizar reuniones periódicas para la evaluación de los pacientes con inestabilidad-desequlilibrio de difícil manejo.
Crear un registro de los casos clínicos presentados en el comité.
Proponer un protocolo de indicaciones del tratamiento rehaiblitador vestibular.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: El número de pacientes presentados en el comité interdisciplinar para el manejo del paciente con inestabilidad-desequilibrio.
Indicador 2: Creación del protocolo de tratamiento rehabilitador vestibular.
Indicador 3: Porcentaje de pacientes que han seguido el protocolo de rehabilitación vestibular desde su implantación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Creación del Comité interdisciplinar para el manejo del paciente con inestabilidad-desequilibrio: Septiembre 2015
Elaboración de la base de datos para el registro de los casos presentados al comité: octubre 2015.
Desarrollo del protocolo de las indicaciones para el tratamiento rehabilitador vestibular: enero 2016.
Valoración de la incorpoarción de otras especialidades al comité: febrero 2016.
Implementación del protocolo de rehabilitación vestibular: desde febrero 2016
Valoración y corrección del protocolo: marzo 2017
Informe final del proyecto de mejora: abril 2017

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. inestabilidad
OTRA PALABRA CLAVE 2. rehabilitación vestibular
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 681

1. TÍTULO

VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK PARA REALIZACION DE BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA

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.
· QUESADA GIMENO NATIVIDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PASCUAL BELLOSTA ANA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Determinados pacientes programados para realización de broncoscopia requieren sedación profunda por parte de Anestesiología. En estos pacientes programados, la visita preanestésica permite valorar el riesgo anestésico que presenta cada paciente (en dependencia de sus patologías basales) y explicarle al paciente en qué consistirá la sedación profunda, así como sus posibles riesgos.
La gran sobrecarga actual de las consultas de Anestesia, hace inviable que en este tipo de pacientes se pueda realizar una valoración precoz.
Con nuestro proyecto pretendemos mejorar la EFICIENCIA en cuanto a la valoración preanestésica y realización de broncoscopia bajo sedación profunda, en aquellos pacientes que lo precisen.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Realización de broncoscopia bajo sedación profunda por Anestesiólogo, en aquellos pacientes que lo precisen (pacientes poco colaboradores/ exploraciones más largas y dificultosas de lo habitual como es broncoscopia con lavado broncoalveolar, revisión de prótesis traqueales o bronquiales, toma de biopsias etc).
- Mejorar la EFICIENCIA en la valoración preanestésica de este tipo de pacientes.
- Mejorar la EFICIENCIA en la realización de broncoscopias bajo sedación profunda.
-Mejorar la CALIDAD de la atención a este tipo de pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º. Selección de los pacientes por parte del Neumólogo responsable (pacientes ASA I-II y ASA III estables durante los últimos 6 meses) que requieran sedación profunda por parte de Anestesiólogo para realización de la broncoscopia.
2º. El paciente acudirá en ayunas y con los fármacos antiagregantes/ anticoagulantes suspendidos y con terapia sustitutiva si lo precisase (según las guías clínicas de suspensión y sustitución de antiagregantes y anticoagulantes, para realización de técnicas invasivas). El Neumólogo responsable del paciente, en colaboración con el Servicio de Hematología si fuera preciso, será el encargado de informar al paciente oralmente y por escrito de estas pautas.
3º. El Anestesiólogo al que se le asigne el caso, realizará 30 minutos antes de la intervención prevista (broncoscopia bajo sedación profunda) una valoración Anestésica FAST-TRACK del paciente, le explicará en qué consiste la técnica anestésica a realizar y los riesgos derivados de sus patologías basales.
4º. El Anestesiólogo determinará tras la valoración FAST-TRACK del paciente, si éste es APTO/NO APTO para la realización de la prueba.
5º. En los casos que resultasen "APTOS", el Anestesiólogo obtendrá el Consentimiento Informado por escrito por parte del paciente para realización de sedación profunda.
6º. Se realizará la broncoscopia bajo sedación profunda de los pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de visitas preanestésicas FAST-TRACK en broncoscopias, realizadas tanto mensual como anualmente. Cálculo de la razón entre visitas preanestésicas FAST-TRACK y las que se realizan en la actualidad.
- Número de broncoscopias bajo sedación profunda realizadas tanto mensual como anualmente. Cálculo de la razón entre las que se realizarán y las que se realizan en la actualidad.
- Mejora en la CALIDAD asistencial a estos pacientes (encuesta de SATISFACCIÖN).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: 1 de junio de 2015.
Duración del proyecto: 1 año (hasta el 1 de junio de 2016).
Cronograma:
1º Del 1-5 junio de 2015: 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.
2º Del 8 junio de 2015 - 1 junio 2016: 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 2016).

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. 18 años - 99 años (adultos y ancianos)
·SEXO. Ambos sexos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 681

1. TÍTULO

VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK PARA REALIZACION DE BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Valoración Anestésica FAST-TRACK
OTRA PALABRA CLAVE 2. Sedación profunda en broncoscopia
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 554

1. TÍTULO

ANESTESIA DE FORMA AMBULATORIA EN NIÑOS SOMETIDOS A ESTUDIO RADIOLOGICO DE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) Y RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR (RMN)

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.
· OLIVA PERALES PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
· CHUECA MATA MARIA JULIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
· VELA MARIN ANA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO RADIODIAGNOSTICO
· IZQUIERDO HERNANDEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO RADIODIAGNOSTICO
· PEÑA SEGURA JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD NEUROPEDIATRIA
· ALVAREZ LERGA JULIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS HOSPITAL INFANTIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los niños que se someten a una prueba diagnóstica(TAC,RMN), son ingresados en el hospital infantil la noche previa a la prueba, para al día siguiente ser dados de alta.
El anestesiólogo de guardia revisa el estado físico del niño, su historia clínica, comprueba el consentimiento informado, pauta el ayuno del día siguiente, y prescribe si precisa, canalizar la vía venosa. Se ha realizado un esfuerzo importante de comunicación con las secciones/unidades de pediatría demandantes de la prueba para que envíen previamente a citarse a los niños en la consulta de anestesia. A pesar de ello siguen ingresando niños sin haber sido vistos en la consulta. Muchos padres se sorprenden al conocer que su hijo precisa de una anestesia para poder realizar la exploración radiológica.
Ingresar la tarde previa genera unos trastornos de tipo familiar, por ejemplo porque pueden tener más hermanos pequeños que necesiten de los cuidados de los padres, trastornos de permisos en el trabajo, también estrés en los niños al dormir fuera de su entorno habitual, y una incomodidad grande en el acompañante.
En ocasiones el anestesiólogo de guardia está atendiendo las urgencias quirúrgicas que aparecen y no puede visitar a los niños ni hablar con los padres. Es el anestesiólogo asignado esa misma mañana el que ve por primera vez al niño y aclara las dudas que puedan surgir a los padres. Se reduce el alivio de la ansiedad ante lo desconocido y el margen de confianza médico-paciente que se establece en una consulta previa.
Evitar el ingreso de niños que acuden la tarde previa supondría un menor consumo de recursos si conseguimos que hayan pasado todos por la consulta de anestesia. Podríamos informar a los padres, cumplimentar el consentimiento informado, dar las pautas de ayuno de forma escrita y oral, evitar la ansiedad y estrés en el niños y padres ante lo desconocido y el trastorno sociofamiliar que se crea ingresando una noche antes de la prueba.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Unificar los criterios de realización ambulatoria de TAC y RMN
-Evitar la utilización de recursos hospitalarios de forma innecesaria
-Facilitar y optimizar el circuito de realización de la prueba de imagen
-Aumentar el número de niños vistos en la consulta de anestesia
-Evitar la ansiedad de los niños y padres junto con el trastorno familiar que ocasiona
-Preparar un documento informativo a los padres con las principales características del proceso, las normas de ayuno precisas y teléfono de contacto para aclarar dudas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Crear un grupo de trabajo formado por las secciones/unidades del H. Infantil implicadas: Anestesiología, Neurología, Neurocirugía, Neumología, Oncopediatría, Cirugía, Radiología, y Citaciones
-Analizar el estado actual del número de niños que se someten a la prueba de imagen.
-Analizar el número de niños que acuden previamente a la consulta de anestesia
-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
-Valorar la satisfacción y evaluar la opinión actual de los padres en el circuito de realización de la prueba diagnóstica
-Ampliar si es preciso el número de consultas de anestesia mensuales.
-Desarrollar un nuevo documento de información de la atención anestésica en la realización de la prueba diagnostica
-Establecer una sala de acogida y de recuperación donde acudan los niños por la mañana y permanezcan después de la prueba hasta el alta

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Encuesta inicial y anual de control a los FEAs de la Sección Infantil del Serv. de Anestesiología para evaluar la opinión y satisfacción con este circuito
-Encuesta inicial y anual de control a los padres para evaluar la opinión y satisfacción con este circuito ambulatorio.
-Porcentaje de historias de pacientes con la vistas en consulta. Muestra de 50 historias revisadas/sección anualmente.
-Porcentaje de cumplimiento del uso nuevo circuito ambulatorio
- Un indicador centinela de cumplimentación
% niños candidatos a TAC/RNM ambulatoria que cumplen el circuito establecido

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 554

1. TÍTULO

ANESTESIA DE FORMA AMBULATORIA EN NIÑOS SOMETIDOS A ESTUDIO RADIOLOGICO DE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) Y RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR (RMN)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se estima una duración de 10 meses.
Junio y Julio: analizar el número de niños candidatos al circuito ambulatorio y el % de niños vistos en la consulta
Agosto y Septiembre: implementación de los circuitos ambulatorios, sala de acogida
Octubre: ampliación consulta de anestesia
Noviembre y Diciembre: implantación del proyecto
Enero y Febrero: análisis de resultados
Marzo: presentación de resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. TAC/RMN
OTRA PALABRA CLAVE 2. AMBULATORIA
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 138

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA DE ACUERDO A LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DEL PACIENTE SOBRE GENERO DE VIDA, ALIMENTACION, CONDUCCION, REVISIONES MEDICAS TRAS UN SINDROME CORONARIO AGUDO

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
· ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LASALA ALASTUEY MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ESCOSA ROYO LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· BLASCO PEIRO TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· SANZ JULVE MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA INFORMACION SOBRE GENERO DE VIDA, ALIMENTACION, CONDUCCION, REVISIONES ES POCO DETALLADA Y MUCHAS VECES GENERICA SIN ADECUARSE A LAS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES CLINICAS DE CADA PACIENTE

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. DAR AL PACIENTE CORONARIO AL ALTA UNA INFORMACION COMPLETA RESPECTO A GENERO DE VIDA, CONDUCCION, ALIMENTACION, REVISIONES, TOMA DE MEDICACION ADECUADA A SUS CARACTERISTICAS CLINICAS INDIVIDUALES

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. DESARROLLAR POR TODO EL EQUIPO UNOS TEXTOS CONSENSUADOS Y ADECUADOS A LAS RECOMENDACIONES CIENTIFICAS PARA CADA UNO DE LOS PERFILES DE PACIENTE

DESARROLLAR UN PROGRAMA INFORMATICO PARA FACILITAR DE ACUERDO A LAS CARACTERISTICAS CLINICAS INDIVIDUALES DE CADA PACIENTE EL TEXTO APROPIADO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. MUESTREO ALEATORIO DE 20 INFORMES DE ALTA A LA FINALIZACION PARA VALORAR EL GRADO DE ADECUACION DE LA INFORMACION AL ALTA AL PACIENTE CORONARIO

ENCUESTA ENTRE LOS MEDICOS DE LA PLANTA SOBRE UTILIDAD DEL MISMO Y POSIBILIDADES DE MEJORA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. JUNIO 2015: INICIO DEL TRABAJO DE CONSENSUAR TEXTOS EN LAS DISTINTOS PERFILES DE PACIENTE.
JUNIO-SEPTIEMBRE 2015: DESARROLLO DE PROGRAMA INFORMATICO PARA QUE INCLUYENDO LAS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES DE CADA PACIENTE SE OBTENGA UN TEXTO INDIVIDUALIZADO
-OCTUBRE 2015: COMIENZO DE LA UTLIZACION DEL PROGRAMA Y TEXTOS INDIVIDUALIZADOS.
-MAYO-JUNIO 20

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Infarto

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 664

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. TEL. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE HEMATOLOGIA
· SANZ BAGUENA BEATRIZ. TEL. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MONEVA JORDAN JUAN JOSE. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE HEMATOLOGIA
· MARCO AMIGOT JAVIER. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARTUREL CUBERO ISABEL. TEL. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La citometría de flujo (CMF) es la técnica más sensible y específica para la detección de infiltración neuromeníngea por procesos oncohematológicos. También puede resultar de ayuda en los estudios de adenopatías por PAAF (punción aspiración con aguja fina) en los casos en los que al patólogo se le presente la sospecha diagnóstica de una hemopatía o si se quiere confirmar la naturaleza reactiva de una adenopatía.
En las muestras de PAAF , especialmente en determinadas patologías hematológicas (pej. Linfomas de alto grado de malignidad o con alta tasa de recambio celular) la pérdida celular puede ser muy rápida. El líquido cefalorraquídeo (LCR) tiene sin embargo capacidad citolítica per se. Dado que la citometría precisa células viables para poder obtener resultados fiables, 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 y que numerosas neoplasias tienen céulas susceptibles de entrar en apoptosis, especialmente aquellas de mayor agresividad, 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. Por otra parte, en aquellas 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, en la situación actual, 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. Estudios recientes (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 los efectos citotóxicos in vitro en muestras de PAAF y del LCR sobre los leucocitos, manteniéndose la eficacia de la estabilización por periodos superiores a las 48 horas desde su obtención, lo que permitiría ofertar un servicio de
diagnóstico in vitro fiable y de calidad independientemente del horario de extracción de la muestra y de las posibilidades de transporte inmediato. 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.
Dados los resultados obtenidos hasta el momento, y la posibilidad de mejora, solicitamos el mantenimiento de nuestro grupo de mejora así como la inclusión en el proyecto de todos los Servicios de Hematología y Neurología de la Comunidad Autónoma de Aragón, dado que los estudios inmunofenotípicos en líquidos cefalorraquídeos se remiten a nuestro centro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el periodo de vigencia del programa de Mejora de la calidad laUnidad de Citometría ha recibido:
100 muestras de PAAF. El 100 % de las mismas se recibieron correctamente estabilizadas. Todas ellas fueron útiles para el diagnóstico. 130 muestras de LCR. De ellas 128 estaban correctamente estabilizadas. Se ha formado al personal técnico implicado en la recepción de muestras: condiciones y tiempo de conservación de las muestras.
Se reponen periódicamente tubos con reactivo de estabilización a través de la supervisión de enfermería de los Servicios de Hematología, Anatomía patológica, Unidad de broncoscopias del Servicio de Hematología del H. Miguel Servet. En los Hospitales diferentes al Hospital Miguel Servet se reponen tubos con estabilizador a petición de los colaboradores de dichos centros

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo al solicitar la ampliación del programa al año 2015 sigue siendola optimización de recursos:
1º Eliminar el deterioro de muestras de LCR y PAAF debidas a la citolisis y/o apoptosis. Evitar que un paciente tenga que someterse a una nuevos procedimientos de extracción celular por este motivo, con lo que ello conlleva en riesgo para el paciente y consumo de recursos. Extensión del proyecto de mejora a todos los hospitales de la Comunidad Autónoma.
2º Posibilitar que la obtención de la muestra se efectúe en el momento que el paciente lo necesita, independientemente de que se trate de días festivos o de turnos de tarde o noche.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 664

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión del protocolo en el que se detalle la técnica de obtención, estabilización, transporte y almacenamiento de las muestras de hasta su procesamiento. Revisión del protocolo específico para la unidad de broncoscopias
Envío de cartas y realización de reuniones formativas si fuese necesario para la explicación y difusión del protocolo entre el personal facultativo que previsiblemente realice la extracción y el personal técnico encargado de la recepción de la muestra en el laboratorio. Ampliación a todos los Servicios y unidades de Hematología, Broncoscopias, Neurología y radiología de la Comunidad Autónoma de Aragón.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Formación del personal facultativo:
(Nº facultativos formados/Nº facultativos de los Servicios implicados)*100.
Envío de cartas con instrucciones de procedimiento de conservación y almacenaje de las muestras al personal técnico del Servicio de Hematología encargado de la recepción de la muestra: (Nº personas formadas/Nº TEL adscritas al área de citometría y recuentos)*100. A conseguir un mínimo del 80 %
Correcta cumplimentación del volante de solicitud: (Nº 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
telefónicamente con el responsable de la extracción de la muestra para recabar la información pertinente acerca de la prueba solicitada, tipo de muestra y sospecha diagnóstica.
Correcta estabilización de la muestra: debería lograrse en el 100 %.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Revisión del protocolo : revisión permanente. Adaptación a la bibliografía actualizada.
Envío de cartas al personal técnico y facultativo de las unidades y servicios implicados: primera quincena tras la aceptación de la continuación del proyecto.
Formación del personal facultativo adscrito: primer mes tras la aceptación de la continuidad del proyecto.
Puesta en marcha del protocolo en los centros adscritos: el protocolo está en ejecución conforme al proyecto de 2013.
Valoración de resultados: al año de aceptado el proyecto 2015.
Duración del proyecto: indefinida. Se solicitará renovación del proyecto para mantener la formación del personal implicado en la obtención de muestras.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora en la utilización de recursos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 506

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PEDIATRICO MODERADO-SEVERO

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. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. U. PEDIATRICA
· GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. U. PEDIATRICA
· ERNICAS BALLESTEROS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS HOSPITAL INFANTIL
· AMADOR FERNANDEZ DE SIMON BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS HOSPITAL INFANTIL
· GALILEA SAINZ-LAGUNA EVELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS HOSPITAL INFANTIL
· ENCISO ANGULO PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA PEDIATRICA
· JIMENEZ TRIVEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA PEDIATRICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor actualmente es considerado la “5ª constante vital”. En nuestros pacientes el control del dolor agudo postoperatorio pediátrico igual o mayor a moderado es realizado a través de técnicas de analgesia multimodal basada en bloqueos nerviosos analgésicos, analgésicos menores y opioides si es necesario.
El uso de bloqueos permite un adecuado control del dolor, disminuye las complicaciones agudas y crónicas asociadas al dolor, facilita y mejora la recuperación precoz postoperatoria, disminuye los requerimientos de consumo de opioides y las complicaciones asociadas a su uso, y mejora la satisfacción global del paciente y familiares (entre otras ventajas). Según el lugar de aplicación de los medicamentos los bloqueos pueden ser centrales (neuroeje) o periféricos (raíces, plexos…).
En nuestra sección no disponemos de los equipos adecuados específicos de infusión continua para el control del dolor. Estos son fundamentales para nuestra población, pues están ampliamente validados para este fin (fiables a ritmos bajos…), permiten administrar dosis extras para los picos de dolor (autoadministración para un paciente concreto), son manipulados sólo por parte del personal (aumentando su seguridad), posibilidad de administración intravenosa o perineural… Basar la analgesia en bolos a través del catéter administrados por el anestesiólogo de guardia, genera en ocasiones que no se pueda administrar el medicamento requerido por la actividad de una guardia, quedando el paciente expuesto al dolor.
Realizar los bloqueos anestésicos guiados por ecografía disminuye la incidencia de las complicaciones asociadas (especialmente en niños), acortan la latencia de la instauración del bloqueo quirúrgico y permiten ahorrar dosis de los fármacos usados. Esta técnica es considerada la referencia en calidad y seguridad a usar en la población pediátrica. Además existen catéteres de infusión que permiten su localización mediante ecografía y también mediante neuroestimulación. En nuestra sección realizamos éstas técnicas principalmente por neuroestimulación o/y referencias clásicas. Por lo que nuestros pacientes se beneficiarían objetivamente del uso de la ecografía para sus tratamientos y de los catéteres para neuroestimulación si se implantan catéteres en sus raíces, plexos, nervios…
El personal de enfermería es parte básica de la valoración continua del dolor y su colaboración es esencial para el abordaje completo y multidisciplinar.
Es necesario adaptar nuestra práctica clínica a las técnicas disponibles hoy día para el control del dolor agudo postoperatorio en hospitales infantiles de nivel asistencial equivalente en nuestro medio, usando la ecografía para la realización de éstas técnicas y de los equipos de perfusión continua adecuados para este fin, si procede.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar el control del dolor agudo postperatorio pediátrico.
-Mejorar la satisfacción global del proceso de los cuidadores.
-Aumentar la seguridad en la realización de las técnicas de anestesia y analgesia locorregional.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Analizar el estado actual de la satisfacción de la analgesia postoperatoria recibida a los pacientes mayores o a los padres/tutores respecto a sus hijos o tutorandos, y otra al personal de enfermería de la planta postoperatoria respecto a los pacientes.
-Actualización de los protocolos de analgesia postoperatoria pediátrica a los cambios realizados en su manejo.
-Reuniones trimestrales con el personal de enfermería de planta para refrescar los aspectos clave.
-Uso de la ecografía para la realización de los bloqueos anestésicos-analgésicos, si se precisa.
-Uso de los equipos de infusión continua específicos para el control del dolor postoperatorio, si se precisa.
-Realización de una ficha de registro de la analgesia postoperatoria basal y con el movimiento, eventos adversos según la técnica usada (NVPO, hipotensión, prurito…) en el paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Encuesta de satisfacción antes de la intervención y al año a los pacientes mayores o a los padres/tutores de la analgesia postoperatoria recibida, y otra al personal involucrado en la atención pediátrica perioperatoria.
-Escalas de control del dolor postoperatorio pediátrico (EVA y equivalentes) antes y después de la actualización de los protocolos.
-Incidencia de eventos adversos según la técnica usada (NVPO, hipotensión, prurito…).
Se analizará la evolución en 50 pacientes antes de los cambios en las técnicas analgésicas, y otros 50 pacientes comparables después usando como indicadores centinela la satisfacción global y la escala de dolor del paciente.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 506

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO PEDIATRICO MODERADO-SEVERO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración total se estima en 12 meses:
-Mayo-junio ´15: Elaboración de la encuesta y del registro del control del dolor (comenzado)
-Junio ´15: Aprobación del registro de control de dolor
-Junio-julio ´15: Analizar las encuestas basales
-Sesiones formativas y de recuerdo trimestrales desde junio
-Julio-abril ´16: Implantación del uso de la ecografía para las técnicas subsidiarias
-Mayo ´16: Análisis de los resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Dolor pediátrico
OTRA PALABRA CLAVE 2. Postoperatorio
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 757

1. TÍTULO

ASISTENCIA INTEGRAL AL PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDIACO (II). ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE CUIDADOS GENERALES Y ESPECIFICOS, GENERACION DE NUEVOS DOCUMENTOS DE MANEJO POSTCATETERISMO

2. RESPONSABLE ..... ESTHER SANCHEZ INSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALACHE OSUNA JOSE GABRIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONI
· FUERTES FERRE GEORGINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONI
· ORTAS NADAL CHARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONI
· BAILO MEDINA SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONI
· MELCHOR LACLETA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología cardiovascular representa la primera causa de mortalidad en nuestro medio y el cateterismo cardiaco diagnóstico y/o terapéutico es una piedra angular en el manejo cotidiano de dicha patología. El tipo de procedimientos realizados, su número y complejidad crece continuamente, así como la edad, fragilidad y comorbilidad de los pacientes que los reciben. Todo ello puede comprometer la eficiencia del procedimiento y la seguridad del paciente si no se dispone de la información adecuada y de una línea de actuación claramente establecida en todo momento. El cateterismo debe ser entendido como un proceso que se inicia con su indicación y que se continúa hasta el momento del alta, requiriendo la protocolización del formulario de solicitud, de los cuidados generales y específicos para cada paciente y del soporte en que estos son comunicados. Clásicamente, el abordaje vascular seleccionado era la vía femoral. En los últimos años, la punción radial ha adquirido protagonismo superando el 80% de los casos. Han aparecido dispositivos de hemostasia femoral nuevos, así como de compresión radial; siendo su conocimiento fundamental para el buen manejo posterior de los pacientes. Por todo ello, es necesario actualizar la hoja de cuidados post-cateterismo para que incluya los nuevos dispositivos de sellado vascular, las pautas de inicio de movilización; así como los nuevos antiagregantes, anticogulantes y tratamiento de protección renal tras el procedimiento. Resulta esencial el registro y la transmisión de toda esta información de una manera simple y eficaz que garantice la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. El objetivo de este proyecto es la revisión, actualización y ampliación de los protocolos existentes en nuestra unidad adaptándolo al contexto actual del diagnóstico invasivo e intervencionismo cardiológico intentando en la medida de lo posible su integración en la historia clínica del paciente para su generación y consulta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Protocolización del manejo pericateterismo:
• Manejo pericateterismo del paciente anticoagulado
• Manejo pericateterismo del paciente diabético
• Prevención y manejo de las complicaciones en la puerta de acceso vascular

2. Creación de una nueva modelo hoja de cuidados postcateterismo que refleje el procedimiento realizado, medicación recibida durante el mismo y los cuidados generales y específicos para cada paciente , así como el tratamiento farmacológico que debe recibir.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Constitución un grupo de trabajo multidisciplinar en el que participen aquellos profesionales relacionados con los resultados a conseguir. En este caso: cardiólogos clínicos y hemodinamistas, endocrinólogos, hematológos y personal de enfermería.

Revisión de la evidencia científica actualizada disponible.

Elaboración de los protocolos referentes a los cuidados arriba especificados, integración con los protocolos procedentes del proyecto de calidad de los cuidados precateterismo y disponibilidad para su consulta en la intranet del área.

Elaboración de un nuevo modelo de hoja de cuidados postcateterismo, en formato papel, pero con la intención de conseguir que:
- los formularios sean accesibles y cumplimentables en la intranet
- los modelos y formularios cumplimentados se integren en la historia clínica electrónica del pacientes siendo consultable por el personal médico y de enfermería

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Tras su conveniente divulgación, y un periodo de prueba de 3 meses se realizará una encuesta entre los profesionales implicados sobre la facilidad de cumplimentación y claridad de la información especificada en los documentos generados con el fin de realizar aquellos cambios necesarios que redunden en la eficiencia y seguridad del procedimiento;

2.- Estudio transversal cada 4 meses (de una semana de duración) sobre el nivel de cumplimentación y adecuación de los cuidados protocolizados a las necesidades de los pacientes expresado como tasa.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 757

1. TÍTULO

ASISTENCIA INTEGRAL AL PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDIACO (II). ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE CUIDADOS GENERALES Y ESPECIFICOS, GENERACION DE NUEVOS DOCUMENTOS DE MANEJO POSTCATETERISMO

3.- Análisis semestral transversal (de dos semanas de duración) de la incidencia de complicaciones hemorrágicas, vasculares en la puerta de acceso y descompensación de pacientes diabéticos así como análisis de su posible relación con fallos en el cumplimiento de los protocolos expresados como tasa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración estimada de 12 meses. Las fechas propuestas son las que siguen:

- Meses 1-3: se revisará la evidencia científica, se actualizarán los protocolos y se crearán los nuevos modelos de documentos de cuidados postcateterismo que serán divulgados de forma adecuada entre los profesionales relacionados con el cuidado del paciente cardiológico. Disponibilidad de los protocolos en la intranet del hospital, así como de la hoja de cuidados postcateterismo para ser impresos.

- Mes 4: Puesta en marcha del nuevo sistema en formato papel.

- Mes 7: Realización a los 3 meses de la encuesta a los profesionales para la mejora de proyecto; Se analizarán los datos obtenidos en las encuestas y se modificarán los protocolos con el fin de adaptarlos a las exigencias de mejora de las encuestas.

- Meses 11-12: Análisis de cumplimentación y tasa de complicaciones. Modificaciones finales. Puesta en marcha del modelo cumplimentable vía intranet e integración del resultado en la historia clínica electrónica del paciente.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. jovenes/adultos/ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes cardiopatas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Actualización de protocolos
OTRA PALABRA CLAVE 2. Cateterismo cardiaco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 619

1. TÍTULO

EVALUACION TRAS LA IMPLANTACION DE UN MODELO DE SUPERVISION DEL R1 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA. COORDINACION ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... ELENA SANCHO GRACIA
· 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. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· PUIG GARCIA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. PEDIATRIA
· GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. PEDIATRIA
· LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. PEDIATRIA
· BUÑUEL ALVAREZ JOSE CRISTOBAL. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. PEDIATRIA
· RAMIREZ GOMARA ANA ISABEL. MEDICO/A. CS SANTA ISABEL. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras la resolución del RD183/2008, los diferentes centros sanitarios docentes han visto la necesidad de adecuar la aplicación de dicho decreto en función de la organización de cada servicio. En nuestro servicio, se concedió un modelo de supervisión del residente de primer año en la Unidad de Urgencias de Pediatría del HUMS, durante un tramo horario concreto en los días laborables. Este sistema se estableció de manera coordinada entre Pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria. La supervisión ha consistido en la realización de las visitas médicas por parte del residente junto con presencia continua de su supervisor, a los pacientes que acudían a Urgencias en horario de 15:00 a 22:00 horas de lunes a viernes iniciándose en el mes de septiembre de 2014. Durante el proceso se ha realizado docencia con explicación de los protocolos de la Unidad de forma práctica aplicados a los pacientes atendidos y paulatinamente, con el paso de los meses, han ido adquiriendo mayor autonomía, realizando las visitas de forma individual y comentando posteriormente cada uno de los casos con su supervisor correspondiente.
Tras 8 meses de la implantación del sistema y ante el fin de su primer año de residencia, se ha considerado realizar una evaluación del mismo, mediante encuesta anónima en la que se pretende:
- Evaluación del sistema de supervisión por parte de los R1
- Evaluación del sistema de supervisión por parte del resto de residentes
- Evaluación de los supervisores por parte de los R1.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Evaluación del nuevo sistema de supervisión del R1 de Urgencias de Pediatría del HUMS para detectar las carencias y los puntos de mejora, así como potenciar los aspectos mejor valorados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de encuestas anónimas para valoración del sistema de supervisión por parte de los residentes de primer año. Responsable: Elena Sancho
- Elaboración de encuestas anónimas para valoración de sistema de supervisión por parte de los residentes de segundo, tercer y cuarto año. Responsable: Antonio De Arriba
- Elaboración de encuestas anónimas para valoración de los adjuntos supervisores por parte de los residentes de primer año. Responsable: Carmen Rodríguez-Vigil
- Aprobación de la propuesta de encuestas por parte de todo el equipo de supervisión.
- Información del sistema de evaluación a todos los residentes. Envío electrónico, a través de formulario de google drive, de las diferentes encuestas a los residentes correspondientes en cada caso. Responsable: Elena Sancho
- Recepción y análisis de los resultados.
- Difusión de los resultados a los adjuntos implicados en la supervisión del residente. Difusión a cada adjunto de forma individualizada de los resultados de las encuestas que hacen referencia a si mismo.
- Reunión conjunta del equipo de mejora (Pediatría hospital-pediatría atención primaria) para análisis de los resultados.
- Incorporar al proyecto de supervisión sugerencias derivadas del análisis de los resultados.
- Evaluación de los residentes por parte de los supervisores.
- Reuniones del equipo de mejora y evaluación de indicadores de forma periódica.
- Propuestas de mejora y modificación de las encuestas iniciales para reevaluación del proyecto tras su aplicación durante un periodo prolongado con los nuevos residentes de primer año.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número total de encuestas sobre la supervisión contestadas por residentes de primer año / Número total de encuestas sobre la supervisión enviadas a residentes de primer año.
- Número total de encuestas sobre la supervisión contestadas por residentes de segundo, tercer y cuarto año / Número total de encuestas sobre la supervisión enviadas a residentes de segundo, tercer y cuarto año.
- Número total de encuestas sobre cada supervisor contestadas por residentes de primer año / Número total de encuestas sobre cada supervisor enviadas a residentes de primer año.

- Análisis de errores y monitorización de su corrección mediante reuniones trimestrales con Grupo de Trabajo Pediatría Atención Primaria-Atención Hospitalaria
- Evaluación de indicadores de forma semestral y nuevo envío de encuestas al finalizar el año de residencia.
- Comparación de resultados previos con los obtenidos en la reevaluación al finalizar el periodo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 619

1. TÍTULO

EVALUACION TRAS LA IMPLANTACION DE UN MODELO DE SUPERVISION DEL R1 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA. COORDINACION ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: Mayo 2015-continuidad
- Elaboración y envío de las diferentes encuestas: Mayo 2015
- Análisis de los resultados y difusión al equipo de mejora: Mayo-Junio 2015
- Presentación de los resultados definitivos y propuestas de mejora del proyecto se supervisión: Septiembre-Octubre 2015
- Evaluación de los nuevos residentes para plantear puntos de mejora en cada uno de ellos: Enero-Febrero 2016
- Reevaluación: Abril-Mayo 2016

- Reuniones trimestrales del equipo de mejora (Pediatría Atención Primaria- Atención Hospitalaria) para análisis de resultados, corrección de errores y propuestas de mejora. Evaluación semestral de indicadores.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 041

1. TÍTULO

GESTION CONJUNTA CON ATENCION PRIMARIA DEL PROCESO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC)

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.
· PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION
· GIMENO FELIU LUIS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· PICO SOLER MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MELON JUNCOSA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· BIELSA RODRIGO FERNANDO. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO FORCEN ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· ARNAUDAS CASANOVA LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· GUTIERREZ DALMAU ALEX. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Elevada prevalencia de ERC a nivel poblacional (10% población general lo que la lleva a ser considerada un problema de salud pública) que determina tasas muy altas de derivación (no sistematizada) a Nefrología
El proceso de ERC supone el 75% de la actividad clínica de nuestra Consulta de Nefrología general
Importantes demoras en la asignación de consulta.
Necesidad de racionalizar el proceso

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Informar y formar a los médicos de AP en ERC
Racionalizar la demanda de solicitudes de valoración nefrológica
Establecer criterios consensuados y objetivos de derivación (normales y preferentes)desde A. Primaria a Nefrología
Incorporar dichos criterios al programa OMI de A. Primaria como ayuda a racionalizar la derivación
Elaborar un informe nefrológico disponible en INTRANET, entregado al paciente y destinado al médico de A.P. que garantice la continuidad de cuidados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Plan de información y formación en los C.S. mediante sesiones clínicas conjuntas (A.Primaria + Nefrología)
Implantar como obligatorios los criterios de derivación incorporados en OMI en un plazo no superior a 9 meses (enero 2016)
Los responsables de etsas actividades conjuntas han sido la totalidad de los reseñados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasa de derivaciones realizadas con los criterios establecidos = Nº de derivaciones con los criterios prefijados / Nº total de derivaciones

Tasa de pacientes con informe de respuesta de Nefrología = Nº de pacientes con informe elaborado y colgado en red / nº total de pacientes visitados en nefrología (procedentes de A.Primaria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Iniciado el proyecto preliminarrmente en septiembre de 2014
Prevista su finalización y evaluación en Junio 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 155

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TARJETA IDENTIFICATIVA DE VIA AEREA DIFICIL EN PACIENTES QUIRURGICOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

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.
· SANCHEZ ANDRES ARMANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LACOSTA TORRIJOS LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· VALLES TORRES JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· BORQUE MARTIN JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· COTERA USUA IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· COLAS RODRIGUEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aunque la vía aérea difícil (VAD) es de la principales causas de morbi-mortalidad atribuible a la anestesia, los predictores disponibles para su reconocimiento pueden tener una utilidad clínica limitada. El antecedente de dificultad de intubación se ha mostrado como el predictor de VAD más sensible y específico.
Un sistema de alerta que permita disponer de información relevante sobre un antecedente de intubación difícil puede reducir la morbilidad secundaria al manejo y control de la vía aérea.
Múltiples sociedades científicas de Anestesiología recomiendan la notificación escrita y verbal al paciente. Entre dichas sociedades: se encuentran: Sociedad de Anestesia y Reanimación de Madrid, Sociedad Americana de Anestesiología, Sociedad Inglesa de VAD, Sociedad Italiana de Anestesiología, Analgesia, Reanimación y Terapia Intensiva, Grupo de Trabajo Austriaco para el manejo de la VA, Sociedad de Anestesia de Canadá o la Sociedad de Anestesia Francesa.
Dinamarca tiene implantado un sistema nacional de alerta en VAD consistente en una tarjeta identificativa para el paciente, con los datos más importantes del suceso.
Entre las alternativas posibles, consideramos que una tarjeta identificativa tamaño carnet es una opción adecuada, sencilla, muy económica y con mínimos requerimientos para el paciente para asegurar este objetivo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la seguridad del paciente que requiere intubación
2. Aportar información al anestesiólogo (o facultativo que requiera manejo de vía aérea) de antecedentes de vía aérea difícil
3. Asegurar la transmisión de información al paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El método consistiría en la implantación de una tarjeta identificativa de tamaño carnet. Dicha tarjeta se entregaría al paciente con VAD (prevista o imprevista) y contendría información sobre las características de la VAD y el manejo que ha recibido. Con el objetivo de garantizar que el paciente recibe la información de forma adecuada y que pueda transmitirla (mostrando la tarjeta) en caso de que requiera una futura intervención traqueal.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Indicadores
a. Grado de implantación
b. Grado de satisfacción de los profesionales con la implantación de la tarjeta. Valoración por parte de los mismos de la información aportada por la tarjeta. Sugerencias de mejora.

2. Evaluación del seguimiento (Cada punto se refiere al punto respectivo de Indicadores)
a. Notificación al coordinador del grupo de mejora (o en su defecto a un componente del grupo) cada vez que se rellene una tarjeta identificativa. La notificación se hará vía correo electrónico por el profesional que ha detectado la VAD o por un componente del grupo (si el profesional implicado realiza una comunicación verbal). Con ello se pretende saber el número de tarjetas rellenadas y así se podrá comparar con la prevalencia de VAD en nuestro medio.
b. Realización de encuesta on-line a los profesionales sobre la satisfacción de los mismos con la implantación de la tarjeta identificativa y sugerencias de mejora

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tendría una duración de un año, con el siguiente calendario aproximado:
- Primeros 2 meses: Diseño de tarjeta identificativa y de hoja informativa para el paciente.
- Tercer mes: Impresión de las tarjetas. Sesiones clínicas a los profesionales implicados (FEA Anestesiología).
- Del cuarto al undécimo mes: Implantación de la tarjeta identificativa y del sistema de notificación.
- Duodécimo mes: Realización de encuesta a los profesionales. Valoración del grado de implantación. Publicación de resultados.

11. OBSERVACIONES. Si los resultados fueran satisfactorios se solicitaría la implantación de la tarjeta identificativa de VAD en todos los servicios de Anestesiología de los hospitales del SALUD. Siguiendo el modelo de las Sociedades Danesa y Madrileña de Anestesiología y Reanimación.11. OTRO ENFOQUE. Seguridad del paciente. Información al paciente

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 155

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TARJETA IDENTIFICATIVA DE VIA AEREA DIFICIL EN PACIENTES QUIRURGICOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente que va a ser sometido a procedimientos que requieran intubación orotraqueal o anestesia general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 159

1. TÍTULO

INSTAURACION DE LA QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCEMET (DMEK) PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISTROFIA ENDOTELIAL DE FUCHS EN EL H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... MARIA SATUE PALACIAN
· 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
· IDOIPE CORTA MIRIAM. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· MATEO OROBIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· LOPEZ VALVERDE GLORIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· BRITO SUAREZ CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La distrofia endotelial de Fuchs es una patología corneal degenerativa bilateral de origen genético, que provoca la pérdida progresiva de la agudeza visual, así como dolor ocular en estadios avanzados. Fisiopatológicamente, en la distrofia endotelial de Fuchs se produce un engrosamiento de la membrana de Descemet con la formación de excrecencias (“guttas”) y la pérdida de células endoteliales, las cuales son necesarias para el mantenimiento de la transparencia corneal. A medida que la depleción de estas células avanza, se produce edema corneal (con la consecuente pérdida de visión) que progresa hacia fibrosis del estroma, edema subepitelial y dolor ocular importante.
Esta enfermedad es de origen autosómico dominante y se considera la distrofia corneal más frecuente, con una prevalencia en Europa aproximadamente del 4-9%. Los signos de la enfermedad pueden aparecer en la cuarta década de la vida, pero los síntomas visuales suelen aparecer de forma más tardía, en torno a los 50-60 años de edad.
Actualmente, la distrofia de Fuchs se ha convertido en un problema importante debido a que la cirugía de catarata, la intervención ocular más frecuente en nuestra sociedad, produce un daño adicional en el endotelio corneal, con la precipitación de los síntomas visuales en estos pacientes.
El único tratamiento de la distrofia endotelial de Fuchs es el trasplante corneal. Hasta hace pocos años la queratoplastia penetrante era la técnica de elección para tratar esta patología. En las últimas décadas, la queratoplastia endotelial (reemplazo de las capas internas de la córnea) se ha impuesto como la técnica de elección, por sus mejores resultados visuales y su menor número de complicaciones en comparación con la queratoplastia penetrante. En la actualidad las técnicas de trasplante endotelial más empleadas son la Queratoplastia endotelial por pelado automático de Descemet (Descemet Stripping Automated Endotelial Keratoplasty- DSAEK) y la Queratoplastia endotelial de membrana de Descemet (Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty-DMEK). La técnica DMEK, introducida por primera vez en el Netherlands Institute for Innovative Ocular Surgery (Róterdam, Países Bajos) ha sido la que hasta ahora ha mostrado resultados más prometedores, con una recuperación de la agudeza visual superior a cualquier otra técnica de queratoplastia.
La introducción de la DMEK en la sanidad pública de Aragón supondría un avance importante en el tratamiento de esta patología y de otros procesos derivados de la alteración endotelial. La DMEK es una técnica que aporta una rápida recuperación funcional (de 1 a 6 meses, frente a los 12 meses de la queratoplastia penetrante), unos resultados visuales óptimos con mínimas complicaciones asociadas (no emplea suturas y tiene una tasa de rechazo del injerto <2% frente al 15% de la queratoplastia penetrante). Se reducirían los tiempos de recuperación postquirúrgica así como la medicación tras la intervención, y los resultados visuales permitirían al paciente realizar con normalidad las tareas de la vida diaria. La baja tasa de rechazo del injerto reduciría el número de reintervenciones y de complicaciones a largo plazo,comparado con las técnicas actuales de trasplante en nuestra comunidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos del proyecto:
Instauración del trasplante endotelial de membrana de Descemet (DMEK) en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Los objetivos de esta técnica son aportar al paciente unos resultados visuales óptimos (no obtenibles mediante otras técnicas de trasplante), una rápida recuperación funcional (con rápida incorporación a sus actividades habituales) con mínima tasa de complicaciones (mínimo rechazo del injerto con una disminución del número de reintervenciones asociada).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Entre las medidas propuestas para conseguir los objetivos destacados en el apartado anterior se plantea un seguimiento estrecho de los pacientes con distrofia endotelial de Fuchs, y aquellos con patología corneal derivada del endotelio. Se incluirán en una base de datos de registro de pacientes y se programarán para cirugía mediante la técnica DMEK según su estado visual y funcional.
Para realizar la cirugía se ha aprobado la adquisición del material de la cirugía (febrero 2015) el cual ha sido entregado al servicio de Oftalmología del HUMS.
La preparación del injerto donante se realizará de manera coordinada entre el servicio de oftalmología del HUMS y el Banco de Tejidos de Aragón, según tiempos estipulados desde la preparación hasta la cirugía.
Así mismo se realizará un seguimiento postquirúrgico estrecho de estos pacientes, constatando la recuperación visual y funcional. Para ello se evaluará la agudeza visual, se realizará un control de parámetros corneales mediante topografía y tomografía de coherencia óptica y se evaluarán otros parámetros de función visual (aberraciones ópticas, sensibilidad al contraste). Todo el equipo necesario se encuentra disponible en el

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 159

1. TÍTULO

INSTAURACION DE LA QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCEMET (DMEK) PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISTROFIA ENDOTELIAL DE FUCHS EN EL H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

servicio de oftalmología del HUMS.
El departamento de córnea del servicio de oftalmología será el responsable de llevar a cabo estas propuestas. Los doctores Brito, Sánchez, Idoipe, Mateo y Satué realizarán la cirugía descrita, así como el seguimiento de los pacientes. La Dra López colaborará en el control y seguimiento de los pacientes. La Dra Satué coordinará el proyecto y supervisará los datos recogidos de cada paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para monitorizar el proyecto se utilizarán los siguientes indicadores:

-Realización de la técnica quirúrgica DMEK:
Número de pacientes a los que se les realiza cirugía mediante técnica DMEK/ Número de pacientes con distrofia endotelial remitidos a nuestro servicio con criterios de realización de DMEK. Objetivo: 90%

-Resultados visuales:
Número de pacientes intervenidos mediante DMEK con agudeza visual igual o superior a 0.7 (optotipo Snellen) a los 6 meses de la cirugía / total de pacientes intervenidos mediante DMEK (sin limitación en el potencial visual debido a otras patologías).
Objetivo: 80% de los pacientes.

Para la obtención y monitorización de ambos indicadores se registrarán todos los pacientes en una base de datos (ubicada en el departamento de córnea de oftalmología del HUMS). En dicha base se recogerán los datos acerca de estado y exploración preoperatoria, cirugía y parámetros de la exploración completa postoperatoria en cada consulta de seguimiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La fecha de inicio prevista para la instauración de la técnica DMEK es junio 2015. La fecha de finalización del proyecto, entendiendo tal como la presentación de resultados finales será diciembre 2016.

El cronograma de actividades se adaptará a los controles pre- y postoperatorios:

-Preoperatorio: comienzo enero 2015-en adelante: recopilación de datos de pacientes remitidos con patología endotelial, exploración y seguimiento preoperatorio hasta fecha de cirugía.

-Cirugía: se realizará según disponibilidad de corneas donantes y criterios de lista de espera. Periodo de evaluación será de Junio 2015 a Junio 2016.

-Postoperatorio: comenzando desde el momento de la intervención (Junio 2015) se recopilarán los datos de cada paciente en cada una de las siguientes visitas: 1 día, 1 semana, 1 mes, 3 meses, 6 meses, 9 meses y 1 año. Periodo completo para obtención de datos de los indicadores: 6 meses.

Debido a que cada intervención se realizará a diferentes intervalos de tiempo, el periodo de cirugía + recogida de datos será de 18 meses (Junio 2015-Diciembre 2016) para obtener los resultados de los indicadores.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 046

1. TÍTULO

GESTION DE INCIDENCIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS SEGURA AZNAR
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSTELERIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VERA CEAMANOS MIGUEL. JEFE SERVICIO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· PEREZ SALILLAS MARIA. TECNICO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· GARCIA BLASCO SACRAMENTO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· CARBONEL MOREU AIDA. COCINERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· MONCLUS ARRIETA CARLOS. GOBERNANTE/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· VICENTE ORENSANZ JOSE LUIS. GOBERNANTE/A. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA
· HERNANDEZ MARTINEZ BEATRIZ. PINCHE. H MIGUEL SERVET. HOSTELERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo es el registro de las incidencias notificadas que se producen en el servicio de cocina. Para ello se han tipificado las incidencias que nos permite identificar el origen de las mismas para resolver, de la manera más rápida y eficaz posible, cualquier incidente que cause una interrupción en el servicio

Mayor control y monitorización de los procesos que se producen en cocina

Motivación y participación de personal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se han tipificado las incidencias en función de cada uno de los procesos del sistema de gestión de calidad implantado en cocina: Proveedores, mantenimiento, recepción, almacenamiento, preparación, elaboración, enfriar con abatidor, emplatado, distribución/servicio, microbiología alimentos, desbarasado, limpieza y desinfección, desinsectación- desratización, residuos, control de agua y personal/laboral.

A su vez en las incidencias producidas en mantenimiento y proveedores se clasifican equipos y proveedores, respectivamente.

Se ha fomentado la participación del personal de cocina. Se ha facilitado el formato donde registrar las incidencias a todo el personal de cocina.

Creación de un grupo de calidad constituido por Jefe de Servicio, cocineros, gobernantes, pinches, personal técnico y administrativo que se reune mensualmente para revisar las incidencias producidas y aportar posibles soluciones.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mayor rentabilidad, mejoras en la productividad, motivación y compromiso por parte del personal.

Plantear acciones correctoras eficaces que permita corregir las incidencias producidas.

Planificar acciones preventivas que permitan evitar que se produzcan determinadas incidencias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Sistematizar la utilización de la información que proporciona el registro de incidencias y no conformidades para la mejora continua, bien a través de un grupo de calidad del Servicio o de la forma que los responsables consideren más conveniente.
-No se siguen los procedimientos previstos y se resuelven las incidencias sin registrarlas o se escalan innecesariamente y/o omitiendo los protocolos preestablecidos. Responsable: Gobernantes.
-Seguir fomentando la participación del personal de cocina. Responsable: MPS
-Comunicación con otros servicios del Hospital implicados en la resolución de determinadas incidencias producidas en cocina. Responsable: MVC

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Reuniones del grupo de calidad. El 90% de las reuniones planteadas en el sistema de gestión de calidad se deben de celebrar. Periodicidad: Semestral.

-Análisis, resolución y cierre de incidencias. 85% las incidencias registradas con acción correctora implantada.

-Reiteración de incidencias registradas. 85% de incidencias reiteradas con No conformidad abierta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Análisis estadístico de incidencias en función de la tipificación realizada: Año 2015
-Seguimiento y cierre de incidencias: Año 2015
-Seguimiento y cierre de no conformidades abiertas derivadas de reiteración de incidencias: Año 2015

11. OBSERVACIONES. La Gestión de Incidencias no debe confundirse con la Gestión de Problemas, ya que ésta última sólo se preocupa de restarurar el servicio sin encontrar ni analizar las causas subyacentes.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 046

1. TÍTULO

GESTION DE INCIDENCIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE COCINA

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. MEJORA
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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 708

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA EL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA SERAL MORAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SEBASTIAN TORRES BERTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· MARTIN MORENO FERNANDO. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MILLARUELO TRILLO JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· SIERRA PEREZ ESTHER. PSICOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· GARCIA RUBIO SEBASTIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ARA CALLIZO JOSE RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La atención a pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) ha sufrido importantes cambios en los últimos años tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, siendo éste cada vez más específico y precisando para su indicación y control de profesionales altamente especializados. Tras entrevista personal con pacientes que diariamente acuden a nuestras consultas se detecta una importante falta de información y continuidad entre Atención Primaria y Especializada, dedicadas al cuidado de estos pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la continuidad asistencial mediante la optimización de la coordinación asistencial entre Atención Primaria y Especializada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Métodos y actividades previstas:
• Realización desde CSUR de Enfermedades Desmielinizantes del Hospital Universitario Miguel Servet de breve informe (previa realización de plantilla informática) que incluya conjunto de datos mínimos de la patología del paciente: diagnóstico, situación funcional y tratamiento. Este informe deberá emitirse en los pacientes con diagnóstico reciente y/o en aquellos en los que se produzca algún cambio en la evolución o manejo de su patología. Este informe se acompañará, cuando proceda, de documento informativo sobre el tratamiento concreto administrado al paciente que incluya breve descripción del mismo, controles a realizar desde ambos niveles asistenciales, riesgos y posibles interacciones.
• Mejorar los canales de comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales a través de correo electrónico (previamente administrado) para resolver cuestiones relativas a esta patología y su manejo desde Atención Primaria, así como para informar posibles incidencias.
• Realización de documento informativo accesible desde Atención Primaria donde se recoja la información necesaria para el adecuado control desde el nivel de Atención Primaria de los pacientes con Enfermedades Desmielinizantes del Sistema Nervioso Central.

Los responsables de la elaboración de los documentos informativos serán los facultativos especialistas (Dra. Seral, Dr. Crespo, Dra. Sebastian, Dr. Ara, Dr. García) y psicóloga (Esther Sierra) pertenecientes a la Unidad de Enfermedades Desmielinizantes del SNC. Los responsables de la implementación y difusión de las medidas en los Centros de Salud, los Dres. Millaruelo y Martin (CS Torreo La Paz).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Informes de Consultas Externas de CSUR de Enfermedades Desmielinizantes de HUMS disponibles desde Atención Primaria de los pacientes con dicha patología
• Número de respuestas a cuestiones realizadas desde Atención Primaria vía telemática
• Encuesta de satisfacción autoadministrada entre Facultativos de Atención Primaria de los Centros de Salud del Sector II

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se desarrollará en el plazo de 12 meses:

Junio – Julio 2015: Realización de los documentos informativos y plantilla para informe clínico. Difusión a los Centros de Salud del Sector II de las medidas adoptadas.

Agosto 2015 – Febrero 2016: Puesta en marcha de la propuesta: realización de informes y disponibilidad vía telemática. Disponibilidad de información relativa a la patología desde Atención Primaria.

Marzo – Abril 2016: Realización de encuestas de satisfacción a Médicos de Atención Primaria y auditoría de disponibilidad de informes desde Atención Primaria y resolución de cuestiones vía telemática

11. OBSERVACIONES. En caso de necesidad de financiación, está podrá realizarse a través de Fondos del Grupo Consolidado de Investigación en Ciencias Biomédicas "Investigación en Ciencias Neurológicas" (ref. B60).11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 708

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA EL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 666

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCESO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DE PACIENTES INGRESADOS POR COLICO RENAL EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA SERRANO FRAGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· GROS BAÑERES BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· BLANCO CHAMORRO CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· SANCHO LOPEZ CARLOTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cólico renal es uno de los diagnóstico más prevalentes en las urgencias urológicas y se encuentra dentro de los 10 GRDs de mayor impacto en la actividad asistencial urológica.
La mayoría de los cólicos renales son producidos por litiasis, y el diagnóstico de certeza se lleva a cabo con pruebas complementarias, con el que se visualizan las características de la litiasis (tamaño, forma, localización) y de esta manera se planifica el tratamiento.
El 80% de las veces, se llega al diagnóstico de litiasis en urgencias mediante radiografía de abdomen y ecografía. Sin embargo, un 20% requieren de otra prueba complementaria y es este grupo de pacientes en donde se encuentra la principal demora y coste asociado al proceso, por alto índice de estancia en fase pretratamiento y alto gasto farmaceútico asociado, con las posibles complicaciones relacionadas con el tratamiento prolongado de sedantes, antiinflamatorios y analgésicos.
Tradicionalmente, al grupo de pacientes que ingresaban en planta sin diagnóstico etiológico de cólico renal se realizaba Urografía intravenosa, con un alto índice de radiación, necesidad de preparación del paciente y necesidad de intervalo de tiempo de aproximadamente 30 min. para realizarla. Es por ello, que se debía solicitar de manera programada, con un intervalo en ocasiones de hasta 4-5 dias entre la solicitud y la realización de la prueba. Sin embargo, la evidencia científica sitúa actualmente en primer lugar al TAC sin contraste de baja dosis con una alta sensibilidad y especificidad, otorgando mayor información en relación a órganos vecinos y sometiendo a menos radiación al paciente.
Asimismo requiere poco intervalo de tiempo, por lo que se puede realizar en urgencias sin necesidad de preparación del paciente y poder ingresar en hospitalización con el diagnóstico ya realizado para iniciar el subproceso de tratamiento, acortándose así la estancia hospitalaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adecuar la oferta de pruebas diagnósticas a los pacientes hospitalizados con cólico renal; disminuyendo el tiempo de espera para TAC a < 24 horas.
Ahorro farmacéutico, al lograr el diagnóstico y tratamiento precoz de estos pacientes con cólico renal.
No se espera aumentar el número de TAC solicitados respecto a situación previa.
Disminuir la estancia media prequirúrgica (EM PreQ) de los pacientes ingresados de urgencia intentando equiparar a la EM PreQ programada
Evitar complicaciones derivadas de la hospitalización prolongada (tratamiento analgésico, ansiedad, etc), logrando así:
Disminuir la estancia media bruta de los pacientes ingresados de urgencia por cólico renal.
Mejorar la calidad de la atención percibida por los pacientes.
Cumplir con indicadores de calidad de la Asociación Española de Urología de correcta evaluación de los pacientes con sintomas compatibles con cólico nefrítico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Coordinar el proceso diagnóstico de pacientes que ingresan vía urgencias con cólico renal (Servicio de Urgencias , Radiodiagnóstico y Urología)
Selección de pacientes con criterios para realizar TAC urgente (< 24 horas) en el diagnóstico de cólico renal:
- Pacientes que requieren ingreso en Servicio de Urología por este motivo y no se ha filiado etiología mediante Radiografía abdomen + Ecografía, independientemente de la necesidad de intervención quirúrgica urgente.
- Pacientes en los que existen dudas en el diagnóstico de cólico renal a pesar de la Rx abdomen y Ecografía
En esos casos, realizar TAC urgente en menos de 24 horas antes de ingreso en planta de hospitalización. Se realizará por equipo de urgencia en horario de mañana, tarde y noche .

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Estancia media prequirúrgica en cólico renal complicado < 5 días: > 90%
Ingresos de urgencias con cólico renal sin diagnóstico etiológico: < 10%
Contribución de días del Proceso diagnóstico al Proceso de cólico renal en ingresos de urgencias < 20%.
Estancia media bruta pacientes ingresados de urgencias por cólico renal < 5 días: > 70%
Número de TAC innecesarios en pacientes que ingresan por cólico renal de manera urgente <10%
Nº de pacientes diagnosticados de cólico nefrítico no complicado y estudio de imagen antes de 15 días/Nº de pacientes diagnosticados de cólico nefrítico no complicado x100 = 95

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Presentación del Plan de mejora al Servicio de Radiología , Urgencias y coordinación de propuestas y mejoras: mayo 2015

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 666

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCESO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DE PACIENTES INGRESADOS POR COLICO RENAL EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Inicio: junio 2015
Evaluación de indicadores (estancia, diagnósticos y TAC innecesarios): enero 2016
Duración: indefinida si cumplimentación de indicadores

11. OBSERVACIONES. Se plantea este plan de mejora como parte de futuro proceso de cólico renal en paciente hospitalizado.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. todas edades salvo niños y lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. cólico renal

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 676

1. TÍTULO

BLOQUEO NERVIOSO PERIFERICO DURANTE EL PROCESO DE REHABILITACION TRAS FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE RADIO Y APARICION DE SINDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO TIPO I (SDRC I)

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.
· GARCIA GALAN MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
· ARAGÜES BRAVO CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La IASP define el SDRC como variedad de condiciones dolorosas de localización regional, posteriores a una lesión, que presentan predominio distal de síntomas anormales, excediendo en magnitud y duración al curso clínico esperado del incidente inicial (1).
El SDRC I tiene mayor incidencia que el tipo II. En sus formas más evolucionadas, que corresponden a cuadros de dolor severo, solo el 20% de los afectados son capaces de recuperar sus actividades previas al traumatismo. En el SDRC I la mayoría de los pacientes identifican un factor traumático (2).
La fisiopatología del SDRC aún no ha sido bien definida. En el SDRC se desencadena dolor neuropático como respuesta exagerada a una lesión traumática o nerviosa, o como consecuencia de un proceso a distancia.
Este síndrome presenta dolor intenso; hiperestesia; hiperalgesia; alodinia; trastorno hemisensorial, hipoestesia, tumefacción, cambios de color y temperatura, anomalías de sudoración, cambios en la piel: palidez, fibrosis, hiperqueratosis y piel brillante y fina; alteraciones tróficas y vasomotoras; atrofia muscular y ósea. El SDRC se puede acompañar de disfunción motriz: temblor, distonía, mioclono, limitación de la movilidad articular y disminución de la fuerza muscular, especialmente la fuerza de prensión (3).
La incidencia de las fracturas de tercio distal del radio es elevada y sigue en aumento. Representa la sexta parte de las fracturas que se atienden en Traumatología. Se calcula que sobre 10.000 habitantes/año, 16 en hombres y 37 mujeres. Después de una fractura de tercio distal de radio se estima que entre el 5-30% desarrollará un SDRC. El diagnóstico precoz es fundamental para el inicio temprano del tratamiento rehabilitador, proponiéndose terapia de forma individualizada. El objetivo principal es evitar la discapacidad asociada al dolor y la limitación de la movilidad, muchas veces, el tratamiento oral y físico específico de esta entidad no es suficiente, provocando el retraso de esta recuperación por la no tolerancia y posterior abandono del tratamiento rehabilitador en el área de fisioterapia (4).
Esta forma de dolor neuropático puede ser tratada con éxito a través del bloqueo de nervios periféricos. Los bloqueos nerviosos periféricos son modalidades analgésicas mediante los cuales los fármacos analgésicos se administran en la proximidad de un tronco nervioso de manera específica para que produzca una disminución de su actividad y, por tanto, de la conducción del dolor con un volumen mínimo de solución anestésica (5).
Bibliografía
1. Ribera MV. Síndrome de Dolor Regional Complejo Tipo I y II. Dolor 2003; 18: 83-84.
2. Rodrigo MD, Perena MJ, Serrano P, et al. Síndrome de dolor regional complejo. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: Supl. II, 78-97.
3. Birklein F. Complex regional pain syndrome. J Neurol 2005; 252 (2): 131-138.
4. Neira F, Ortega JL. El Síndrome doloroso regional complejo y medicina basada en la evidencia. Rev Soc Esp Dolor. 2007; 2:133-46.
5. Taylor RS. Spinal cord stimulation in complex regional pain síndrome and refractory neuropathic back ang leg pain / failed back surgery syndrome: results of a systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage. 2006; 31 Suppl 4: 13-9.
6. Hervás MT et al. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. Med Clin (Barc) 2006; 127 (12): 441-7.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Disminuir el dolor durante el proceso rehabilitador (cinesiterapia activa y pasiva, terapia ocupacional).
• Evitar aparición de secuelas leves como dolor y edema
• Evitar una importante limitación funcional y con ello discapacidad crónica
• Reducir el número de sesiones de fisioterapia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Detección de posibles casos con SDRC I por parte del médico rehabilitador que no responden a medidas físicas y a tratamiento farmacológico oral
• Información al paciente de la técnica intervencionista a realizar por parte del médico rehabilitador.Firma del consentimiento informado
• Técnica: el médico rehabilitador inyecta anestésico local con o sin corticoide de depósito alrededor del nervio radial, del nervio cubital y del nervio mediano
• Material: guantes estériles, clorhexidina 5%, jeringa de 2 a 5 ml, aguja de 21 G, anestésico local: bupivacaína 0,5%, corticoide depot: triamcinolona 40mg/1ml, suero fisiológico, gasas y apósito
• Localización anatómica: ecógrafo con sonda lineal de alta frecuencia (7-15MHz

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de pacientes con fractura de tercio distal del radio que desarrollan SDRC I (criterios diagnósticos de la IASP) (4)
• Número de pacientes con fractura de tercio distal de radio y SDRC tipo I a los que se le aplica el bloqueo nervioso periférico

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 676

1. TÍTULO

BLOQUEO NERVIOSO PERIFERICO DURANTE EL PROCESO DE REHABILITACION TRAS FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE RADIO Y APARICION DE SINDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO TIPO I (SDRC I)

- Número total de sesiones de fisioterapia
- Escala DASH para los pacientes que se les ha realizado el bloqueo (6

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del estudio: Mayo 2015
Evaluación del estudio y análisis de los resultados: Diciembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fractura tercio distal del radio

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 513

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON SBRT (RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA EXTRACRANEAL) DEL CANCER DE PROSTATA. PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA VAZQUEZ SANCHO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUARTERO CONEJERO ESTHER. 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
· FERNANDEZ DEL RIO IRENE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer de próstata es la 2ª causa de mortalidad del varón. Además es un tumor altamente prevalente. Supone un porcentaje elevado de los pacientes que son tratados diariamente en nuestros Aceleradores lineal de electrones (carga de trabajo).
La radioterapia estereotáxica (SBRT) de próstata, permite administrar el tratamiento preciso para el paciente en pocas sesiones de tratamiento. Se deposita una dosis alta de irradiacion sobre el volumen prostático, con mínima toxicidad.
Por ello es de gran importancia la información recibida por el paciente, para llevar a cabo una correcta preparación y ejecución del ttº. La gestión de cuidados, en los pacientes que reciben el ttº de RT Estereotáxica, se lleva a cabo por el equipo de enfermería.
La “gestión de cuidados” es un objetivo específico dentro del objetivo común del equipo de salud, donde todos los profesionales perseguimos la conservación y la mejora de la salud y del bienestar de las personas, pero suficientemente distinto para señalar que la autonomía y la responsabilidad de la enfermería en la gestión de los cuidados es incuestionable y que los profesionales de enfermería somos una pieza clave en la atención de los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Contribuir con nuestra intervención a que el paciente reciba la informaron precisa y adecuada para facilitar la correcta ejecución del tratamiento.

Continuar la mejora de la calidad de los cuidados que prestamos, disminuyendo los efectos secundarios durante y post-tratamiento.

Garantizar la continuidad de cuidados, mejorando la eficiencia y aumentando la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales que prestamos la asistencia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar la información previa al TAC de planificación y posterior Tto, mediante entrevista con enfermería y entrega de Díptico de información diseñado para tal efecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes que reciben la información
% de pacientes que realizan correctamente la preparación
% de pacientes que padecen toxicidad urinaria durante el Tto
% de pacientes que padecen toxicidad intestinal durante el Tto
% Grado de satisfacción de los pacientes de SBRT de próstata

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El estudio se realizará a lo largo del 2015, se recogerán los datos de los pacientes semanalmente, introduciéndolos en la base de datos Ánfora
La evaluación se realizará en Dic 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos / Ancianos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 438

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN PACIENTES CON INDICACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN CANCER DE MAMA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VICENTE GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MAMA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE MAMA
· BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE MAMA
· BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE MAMA
· ADIEGO CALVO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE MAMA
· MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE MAMA
· ALCAÑIZ SANCHO JUAN JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE GINECOLOGIA
· LAZARO GARCIA VANESSA ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO DE GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La radioterapia intraoperatoria en el tratamiento del cáncer de mama supone un avance por la posibilidad de realizar un tratamiento local en un solo acto (cirugía y radioterapia), reduce el número de visitas con la mejora en la satisfacción de la paciente y en su calidad de vida y reduce el volumen a irradiar y por tanto minimiza la toxicidad de estructuras vecinas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar un protocolo de actuación ante una paciente con cáncer de mama y que cumpla los criterios de inclusión para realizar un tratamiento de radioterapia intraoperatoria desde la Unidad de Mama del Servicio de Ginecología, para una perfecta coordinación de los distintos servicios que están implicados en dicho procedimiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Pacientes procedentes de la consulta de Proceso de Cáncer de Mama, que se sometan a cirugía conservadora y que cumplan los siguientes criterios:
- Mujeres > 50 años, posmenopáusicas,
- Tamaño del tumor < 30 mm (clínico – radiológico), relación tamaño mama / tumor adecuado para realización de cirugía conservadora,
- Tumores con receptores hormonales positivos y Her-2 no amplificado,
- Ausencia de invasión linfovascular en la BAG,
- Ausencia de multifocalidad, multicentricidad y componente intraductal extenso,
- Axila clínica y ecográficamente negativa.

Una vez seleccionadas las pacientes se les informara del procedimiento de radioterapia intraoperatoria juntamente con el radioterapeuta, quien citará a la paciente para la realización del scanner de planificación. Se hará constar en los partes quirúrgicos la técnica para que el personal de quirófano disponga de lo necesario. La paciente ingresara en la planta el mismo día de la cirugía, la que lo precise pasará a radiología y medicina nuclear para el marcaje de la lesión y del ganglio centinela. Posteriormente en quirófano estará el equipo de radioterapia intraoperatoria, así los radioterapeutas y radiofísicos para su administración .
Se firmará consentimiento informado por parte de la paciente.
Se recogerán los datos que estarán debidamente informatizados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Es una técnica de reciente implantación y los controles en su comienzo serán más estrictos, valorando tanto posibles efectos secundarios debidos a la radioterapia asi como grado de satisfacción de la paciente.

* 1. Grado de satisfaccion de la paciente, objetivado mediante cuestionarios, con diferentes items en relación a todas las partes que intervienen en el proceso.
2. Tasa de introducción de la técnica: nº de paciente sometidos a radioterapia intraoperatoria /total de pacientes subsidiarios de realizar radioterapia intraoperatoria.
3. Tasa de efectos adversos de la técnica: nº de efectos adversos / total tratamientos realizados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La fecha de inicio será junio de 2015 con evaluaciones trimestrales. Se pretende realizar revisión de protocolo en Enero de 2016 para valorar nuevas indicaciones de la tecnica.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Pacientes con cancer de mama.
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con cancer de mama

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. cancer de mama
OTRA PALABRA CLAVE 2. Radioterapia intraoperatoria
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 438

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN PACIENTES CON INDICACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN CANCER DE MAMA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 233

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE EL ESTUDIO URODINAMICO. ANALISIS DE SU IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO ADECUADO Y LA ANSIEDAD GENERADA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A ESTE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO VILLANUEVA BENEDICTO
· 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
· CRESPO GARCIA ASCENSION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· MILLAN SERRANO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· MARTINEZ BENGOECHEA JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· CABAÑUZ PLO TERESA. MIR. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· MUÑOZ RIVERO MARTA VIRIDIANA. MIR. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GIL MARTINEZ PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El estudio urodinámico (EUD) es un conjunto de pruebas que intentan reproducir el funcionalismo del tracto urinario inferior del paciente, tanto durante el llenado como durante el vaciado vesical, que permiten llegar al diagnóstico de distintas patologías de la vejiga y de sus esfínteres. El estudio se inicia con una flujometría libre, seguido de una cistometría. Para esta prueba es preciso introducir un catéter en vejiga y otro en el recto. En el momento de indicar la prueba debe comunicarse esto al paciente, lo que le puede generar ansiedad, al poder considerar la prueba como invasiva tanto desde un punto de vista físico como psicológico. La información oral se acompaña del consentimiento informado. Sin embargo, este último enfatiza poco la descripción de la técnica a realizar y su preparación y más los efectos adversos y complicaciones.
Hemos considerado oportuna la elaboración de un documento informativo en forma de tríptico para entregar al paciente en el momento de la indicación del EUD y del consentimiento informado, que amplía la explicación en lenguaje asequible para el paciente de cada una de las técnicas y partes que comprende, así como de la preparación y precauciones en relación al mismo. Se ha incluido un teléfono (de la Unidad de Urodinámica) para consultas adicionales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la información sobre el EUD en los pacientes a quienes se indica este procedimiento diagnóstico. Lograr una adecuada preparación de los pacientes para una correcta realización del mismo. Disminuir el impacto psicológico y la ansiedad que genera esta prueba a los pacientes a quienes se indica y están a la espera de que sea realizada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Elaboración del documento informativo en forma de tríptico. Presentación del mismo en sesión clínica del Servicio de Urología para debate y aprobación interna. Responsables: Dr. A. Villanueva; Dr. J. Carela; Sta. A. Crespo
• Elaboración de una encuesta de satisfacción y otros parámetros mensurables para cumplimentar por un grupo de pacientes a los que se les ha entregado el documento informativo y por otro grupo a quienes no se les ha entregado el mismo. Responsables: Dr. J. Carela; Dr. P. Gil; Sta. A. Crespo.
• Configuración características del estudio. Dos brazos: un grupo con documento informativo y otro grupo sin él. Responsables: Dr. A. Villanueva; Dr. J. Carela; P. Gil; Sta. A. Crespo.
• Distribución del documento informativo en las Consultas de Urología del Hospital y Centros de Especialidades del Área II. Responsables: Dra. T. Cabañuz; Dra. M.V. Muñoz; Sta. A. Crespo.
• Entrega del documento de información, de acuerdo a las características del estudio. Responsables: Dr. A. Villanueva; Dr. J. Carela; Dr. J.A. Millán; Dr. J. Martínez.
• Entrega de la encuesta de satisfacción. Responsables: Sta. A. Crespo.
• Evaluación de indicadores y seguimiento. Responsables: Dr. A. Villanueva; Dr. J. Carela; Dr. P. Gil.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES
nº de pacientes con documento informativo y conocimiento adecuado sobre el EUD x 100 / nº de pacientes a los que se realiza el EUD con documento de información (50).....>75%
nº de pacientes con documento informativo y ansiedad previa a la realización del EUD x 100 / nº pacientes a los que se realiza el EUD con documento de información (50)…… <25%.
% de pacientes con documento informativo y conocimiento adecuado - % de pacientes sin documento informativo y conocimiento adecuado…….. >10
% de pacientes con documento informativo y ansiedad previa - % de pacientes sin documento informativo y ansiedad previa……..< -5
EVALUACIÓN
Registro de pacientes a los que se realiza el estudio con documento de información y sin documento de información. Análisis de encuestas en un grupo de 50 pacientes con documento informativo y en un grupo de 50 pacientes sin documento informativo.
SEGUIMIENTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 233

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE EL ESTUDIO URODINAMICO. ANALISIS DE SU IMPACTO EN EL CONOCIMIENTO ADECUADO Y LA ANSIEDAD GENERADA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A ESTE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO

Evaluación anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS
Fecha de inicio: enero 2015.
Fecha de finalización: diciembre 2015.
CALENDARIO:
Elaboración del documento informativo sobre el EUD: febrero 2015.
Elaboración de encuesta para valoración de ansiedad y otros parámetros mesurables: marzo 2015.
Configuración características del estudio. Dos brazos: un grupo con documento informativo y otro grupo sin él: abril 2015.
Distribución del documento informativo en las Consultas de Urología del Hospital y Centros de Especialidades del Área II: abril 2015.
Entrega del documento de información, de acuerdo a las características del estudio y de la encuesta de satisfacción: De abril a agosto 2015.
Evaluación de indicadores: octubre-noviembre 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Mayores de 14 años
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 615

1. TÍTULO

INCORPORACION PROGRESIVA DE INDICADORES DE CALIDAD EN HEMOCULTIVOS

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. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MORILLA MORALES ELENA. FIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GOMARA LOMERO MARTA MARIA. FIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· NUÑEZ MEDINA ROSSI. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ARNAL ALQUEZAR VICTORIA. 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. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El hemocultivo en Microbiología del H. Miguel Servet está acreditado según la norma ISO 15189.
Desde 2013, una de nuestras prioridades ha sido la incorporación de indicadores de calidad que permitan medir y detectar aspectos de mejora en las distintas etapas de procesamiento de los hemocultivos.
En la fase preanalítica, se deben tener en cuenta los indicadores que hacen referencia al % de contaminaciones, volumen de sangre inoculada, nº de pacientes con una sola extracción y % de hemocultivos positivos verdaderos.
En la fase analítica el principal indicador hace referencia a la incorporación de controles internos y externos para todos los microorganismos, que aseguran la calidad de todo el proceso.
También pueden establecerse indicadores que faciliten el seguimiento y control de algún microorganismo en particular, con especial interés en microorganismos de elevada patogenicidad.
Por último, la rapidez en la información urgente de los resultados es esencial para administrar el antibiótico adecuado y disminuir la mortalidad de los pacientes con bacteriemia. Por tanto, el análisis del tiempo en el que se emiten los informes urgentes es el principal indicador de fase postanalítica.
Nuestro objetivo es incorporar estos indicadores y su análisis a nuestra actividad asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante los indicadores incorporados se dispondrá de información pormenorizada y fiable sobre los aspectos más relevantes del procesamiento de hemocultivos.
Se pondrán de manifiesto los aspectos en los que se necesita mejorar y los servicios hospitalarios afectados, lo que permitirá priorizar y rentabilizar las actuaciones.
La transmisión de los datos obtenidos tras la incorporación de las medidas de mejora proporcionará información sobre la eficacia y cumplimiento de las mismas. La información y formación al personal relacionado con la extracción de hemocultivos debe ser continuada y el conocimiento de datos propios puede contribuir a la mejora de los mismos.
En el trabajo intralaboratorio, es esencial analizar los tiempos de emisión de los informes urgentes para incorporar medidas necesarias que contribuyan al mejor cuidado del paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Estadística mensual y recogida de datos relativos a contaminaciones y hemocultivos verdaderos positivos. Se clasificarán según el servicio de origen, abarcando los que contribuyen al 80-90% de los recibidos. Se excluirán los que remiten escaso número de muestras (<10 al mes).
Volumen: se pesaran los frascos recibidos en horario de mañana de lunes a viernes. Se clasificarán según el servicio peticionario y el volumen inoculado: bajo (<3ml), medio (3-7ml), alto (8-10ml) y extra alto (>10ml).
Seguimiento de la bacteriemia por Staphylococcus aureus: en el informe urgente telefónico se solicitarán hemocultivos de seguimiento y en todos los informes se incluirá una nota con esta recomendación.
Revisión retrospectiva de los informes urgentes de bacteriemia verdadera emitidos en un año. El informe urgente incluye la visión de la tinción del Gram, disponible de inmediato en intranet, la identificación (en un elevado nº de casos) por espectrometría de masas mediante técnica MALDI-TOF sobre muestra directa y llamada telefónica al facultativo responsable del paciente. La llamada queda registrada en el sistema informático del laboratorio, anotándose el facultativo que emite y recibe el informe y la fecha y hora del mismo. Los informes se agruparán, según el tiempo transcurrido entre la detección de positividad y el registro de la llamada, en tres grupos (1-12h, 12-24h y >24h), analizándose las causas de demora en estos dos últimos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. F. preanalítica
-Nº frascos con volumen inadecuado/Nº frascos procesados x100. Cuatrimestral
Valor diana: Se considera volumen inadecuado un frasco que contiene menos del 80% del volumen mínimo recomendado (8 ml). Según esta definición el volumen adecuado es >6.4ml.
-Nº H positivos verdaderos/Nº H procesados x100. Mensual
Valor diana: 5-15%.
-Nº H contaminados/Nº H extraídos por venopunción x100. Mensual
Valor diana: <3%
-Nº pacientes adultos con una sola extracción/Nº pacientes adultos con H procesado x100. Mensual
Valor diana: =12,7%
F. analítica
-Nº controles correctos/Nº controles externos. Semestral
Controles externos distribuidos por la SEIMC

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 615

1. TÍTULO

INCORPORACION PROGRESIVA DE INDICADORES DE CALIDAD EN HEMOCULTIVOS

-Nº controles correctos/Nº controles internos. Semestral
Controles internos bimensuales con inóculos conocidos de cepas ATCC de S. aureus y Escherichia coli
F. postanalítica
-Nº bacteriemias por S.aureus con H de seguimiento/Nº bacteriemias por S.aureus. Trimestral
-Nº informes telefónicos (<12 h, 12-24h,>24h)/Nº H positivos verdaderos. Trimestral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración del proyecto estimada: año y medio
Implantación de indicadores: 3 meses
Recogida de datos a lo largo de un año
Análisis de resultados al finalizar el mismo
Transmisión a los servicios y toma de medidas de mejora 6 meses

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 534

1. TÍTULO

LIMITACION DE SOPORTE VITAL EN CUIDADOS INTENSIVOS. PAUTAS DE ACTUACION E IMPLICACIONES CLINICAS, HUMANAS Y ETICAS

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VIRGOS SEÑOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORON GIMENEZ ALEJANDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· ROYO CARRAMIÑANA NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· GARCIA MANGAS PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· LOMBARTE ESPINOSA EVELYN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· SARASA OLANO MARINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· RUIZ AGUILAR ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· VICEDO CASADO AMALIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tratamiento de soporte vital (TSV), es la base para una buena recuperación funcional del paciente, aunque a veces, el TSV no evita la muerte y alarga una situación agónica, o conduce a una mala situación funcional. El TSV será fútil si es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico o los síntomas, o genera perjuicios personales, familiares o sociales, desproporcionados al beneficio esperado. Dicha futilidad se considerará tras valoración consensuada y cuidadosa del paciente, sustentada en evidencias científicas, pudiendo consultarse al Comité de Ética Asistencial (CEA). La limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV) será una decisión clínica del equipo asistencial, consensuada con el paciente o su familia, para no iniciar, no incrementar e incluso retirar tratamientos fútiles, en una ética de la responsabilidad.
La inexistencia de una guía de decisión de LTSV en el Servicio de Cuidados Intensivos de nuestro Centro, hace

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Nuestro Servicio carece de esta línea de mejora. Se está realizando un estudio observacional (Tesis Doctoral), no existiendo guía de actuación reglada para LTSV, ni un formulario de recogida de decisio

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Principales: Evitar perjuicios personales, familiares y/o sociales. Mejorar la Calidad Asistencial, disminuyendo tratamientos fútiles.

Secundario:Lograr un uso eficiente de recursos, mejorando determinados indicadores asistenciales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tras una adecuada revisión bibliográfica, se propone esta línea de mejora, basada en:
1º Valoración individual de cada caso, agrupando o clasificando posteriormente a los enfermos en categorías, según el nivel de esfuerzo terapéutico – tipo de LTSV, de forma que se homogeneicen las medidas de LTSV en todo el Servicio, permitiendo un adecuado control posterior por el CEA, al estar categorizados los pacientes y/o la LTSV.
2º La LTSV será consensuada por el equipo asistencial, basada en fundamentos científicos, evitando preceptos personales.
3º Concreción de las medidas adoptadas, encaminadas a no iniciar, no incrementar e incluso retirar los tratamientos, reevaluando si procede las medidas adoptadas.
4º Información al enfermo, o a su representante o familia, de la indicación médica de la LTSV, y sus consecuencias derivadas, de cara a contar con su opinión y/o aceptación.
5º Consulta al CEA, en caso de conflicto.
6º Aplicación de las decisiones de LTSV, manteniendo medidas de confort.
7º Reevaluación de las decisiones de LTSV, si procede.
Estos pasos se recogerán en un diagrama de flujo, creando tanto en la Hª Clínica informática de UCI, como en la Hª Clínica con soporte físico (papel), un documento con las decisiones adoptadas. No es objetivo de la presente línea de mejora, la LTSV respecto a la limitación de ingreso en UCI, aunque los elementos de decisión, deben coincidir. La diferencia fundamental será que esta limitación se realizará junto con profesionales de otros Servicios responsables del enfermo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Encuestas a los familiares de los pacientes.
-Valoración periódica, de las decisiones de LTSV adoptadas, por parte del CEA.
-Modificaciones en indicadores asistenciales.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Duración indefinida.
-Diagrama de flujo de decisiones, consulta entre personal del Servicio e implementación del documento, y valoración por el CEA: entre 6 y 9 meses.

11. OBSERVACIONES. El principio bioético que sustenta las indicaciones de LTSV es el Principio de No-maleficencia, vulnerando el Principio de Justicia al aplicar ineficientemente recursos que pueden ser necesarios para otros enfermos. La LTSV reglada es un indicador principal de calidad asistencial de la Sociedad Espa11. OTRO ENFOQUE. Relación con Pacientes/familiares y elaboración de Protocolo/Guía clínica no basada en evidencia científica.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 534

1. TÍTULO

LIMITACION DE SOPORTE VITAL EN CUIDADOS INTENSIVOS. PAUTAS DE ACTUACION E IMPLICACIONES CLINICAS, HUMANAS Y ETICAS

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Terminales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. LIMITACION
OTRA PALABRA CLAVE 2. MEJORA
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 044

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE VENTILACION NO INVASIVA DURANTE LA REALIZACION DE LA FIBROBRONCOSCOPIA

2. RESPONSABLE ..... CLARA MARIA VIÑADO MAÑES
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN CARPI TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· CHACON VALLES ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· PANADERO PAZ CAROLINA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· POLANCO ALONSO DINORA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GARCIA FAU MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Gran parte de los pacientes que requieren una exploración endoscópica mediante Fibrobroncoscopia (FB) o Ecobroncoscopia (EBUS) presentan patologías que conllevan un mayor riesgo de hipoxemia durante este procedimiento como por ejemplo:
- Enfermedades pulmonares obstructivas como pacientes con EPOC o asma bronquial.
- Enfermedades neuromusculares.
- Cifoescoliosis o patologías de la caja torácica.
- Patologías relacionadas con el sueño como el SAHS, o pacientes “overlap”, es decir que asocian EPOC y SAHS
- Cualquier paciente en situación de insuficiencia respiratoria aguda.

Este mayor riesgo de hipoxemia se ve agravado tanto por el requerimiento de sedación durante el procedimiento que conduce a hipoventilación, como por la ocupación de la luz de la vía aérea principal (hasta un 10%) por el broncoscopio.
La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) puede mantener la permeabilidad de la vía aérea, facilitar el drenaje de secreciones y mejorar el trabajo respiratorio.
Con el uso de CPAP/BIPAP se ha comprobado la reducción de riesgo de aparición de fallo respiratorio agudo tras la fibrobroncoscopia en los casos en que se ha utilizado este sistema. Otros estudios similares mostraron una mejoría de la relación PaO2/FiO2
a expensas de la elevación de la PaO2, en comparación con pacientes tratados solo con oxigenoterapia convencional.
El efecto beneficioso de la VMNI en la fibrobroncoscopia también se ha confirmado en pacientes con EPOC afectos de neumonía y encefalopatía hipercápnica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha objetivado que en pacientes seleccionados (con antecedentes de EPOC, SAHS, con perímetro abdominal >100 cm y perímetro cervical >40 cm) el uso de ventilación no invasiva mejora los niveles de Saturación arterial de O2 (SaO2) facilitando la realización del procedimiento y acortando su duración.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Protocolizar y preseleccionar a aquellos pacientes que se vayan a beneficiar del uso de la VNI durante la Fibrobroncoscopia o Ecobroncoscopia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Anamnesis previa a la realización de la prueba.
- Monitorización de saturación de oxígeno y electrocardiográfica.
- Medida del perímetro cervical, perímetro abdominal e Índice de Masa Corporal (IMC).
- Test de Epworth. Test STOP-BANG.
- Disponibilidad de tubuladuras y mascarillas nasales u oronasales que permitan el paso de fibrobroncoscopio.
- Dispositivos de VMNI.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Detección, por medio del protocolo descrito, de pacientes con probabilidad de complicaciones durante el procedimiento/total de complicaciones durante el mismo.
- Aplicación de VMNI/FB y EBUS complicadas
- FB o EBUS completa/FB y EBUS con VMNI
- Monitorización posterior en sala de recuperación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actualmente esta técnica ya se está aplicando en pacientes seleccionados.

11. OBSERVACIONES. Bibliografía:
Broncoscopia durante la ventilación mecánica no invasiva: revisión de técnicas y procedimientos. Antonio Esquinas, Marcos Zuil, Raffaele Scala, Eusebi Chiner. Archivos de bronconeumología. 2013;49:105-1211. ENFOQUE PRINCIPAL.
Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 044

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE VENTILACION NO INVASIVA DURANTE LA REALIZACION DE LA FIBROBRONCOSCOPIA

OTRA PALABRA CLAVE 1. Insuficiencia respiratoria
OTRA PALABRA CLAVE 2. Ventilación mecánica no invasiva
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 511

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

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.
· DEL TIEMPO MARQUES MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MOROLLON LORIZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DE PABLO SORIANO DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ADIEGO CALVO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· COMENAREJO GONZALEZ FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MORENO URUEÑA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARIN JIMENEZ NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología más frecuente de la glándula de Bartholino es el absceso, que en ocasiones se produce tras la obstrucción del conducto de drenaje de la glándula y la formación de un quiste.
El 3% de las mujeres sufrirá esta patología en algún momento de su vida, siendo la edad más frecuente de aparición clínica entre los 20 y los 29 años.
Estos abscesos suelen ser polimicrobianos y pueden ser producidos tanto por gérmenes aerobios como anaerobios, pero el tratamiento antibiótico no es suficiente para su resolución, precisando el drenaje del mismo en numerosas ocasiones.
En nuestro servicio, el absceso de la glándula de Bartholino supone una media de 3 casos al mes (rango entre 1-9) ocupando tiempo y recursos de la consulta de urgencias de ginecología, ocupación del quirófano y de una cama hospitalaria durante el ingreso de la paciente para su drenaje quirúrgico. Todo el proceso supone una carga económica no despreciable para el sistema de salud. El tratamiento inicial (Grado 2c de evidencia) y de elección en otros países (EEUU y Australia) es la fistulización con catéter de Word, de forma ambulatoria, en consulta, procediendo al drenaje y la marsupialización en quirófano sólo en caso de fracaso o recidiva
El procedimiento de inserción es ambulatorio, realizando una incisión de 5 mm con anestesia local, drenaje, limpieza y colocación del catéter con 3 ml de suero
La curación promedio es en torno a las tres semanas, manteniendo un máximo entre 4 y 6
Las recidivas se producen entre un 4 y 10% a los 6 meses, siendo menores que el drenaje solo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es introducir en nuestro servicio el catéter de Word para drenaje del absceso de la glándula de Bartholino de forma ambulatoria en la consulta de urgencias y posterior seguimiento en consulta de ginecología. Se evitará, primero, el ingreso de la paciente, la ocupación del quirófano y la estancia hospitalaria posterior, minimizando las molestias para la paciente, y la carga económica para el sistema sanitario. El coste de cada catéter es de menos de 25 € frente al coste de la estancia hospitalaria, el uso y material de quirófano

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Está solicitada la compra del catéter de Word (ficha técnica, precio y justificación)
Se establecerá un protocolo para la inserción del catéter, y posterior seguimiento de la paciente en consulta de ginecología para reevaluar la clínica, valoración de la extracción del drenaje y seguimiento de futuras recidivas
Las áreas implicadas serán: urgencias de ginecología y consulta de ginecología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de catéteres de Word colocados en urgencias
Número de visitas en consulta de ginecología valorando la tolerancia, la clínica, el momento de la extracción
Número de recidivas
Número de drenajes y marsupializaciones en quirófano por fracaso o recidiva

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio con la compra del catéter de Word y adiestramiento del personal para su colocación
Registro de los casos y colocación en urgencias
Registro de los casos en consulta: expulsión, extracción correcta
Registro del número de recidivas
Registro del número de intervenciones en quirófano
Valoración a lo largo de dos años. Comparación de resultados entre el primer y segundo año y de la nueva técnica ambulatoria respecto a la anterior quirúrgica con ingreso de años previos

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 511

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Catéter de Word
OTRA PALABRA CLAVE 2. Absceso glándula de Bartholino
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 321

1. TÍTULO

PROYECTO DE CENTRALIZACION DE REIMPLANTES Y MANO CATASTROFICA EN EQUIPO ESPECIALIZADO EN MICROCIRUGIA Y CIRUGIA DE REIMPLANTE

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.
· ALBIÑANA GARCIA-DIHINX FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· RODRIGO PALACIOS JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· GOMEZ-ESCOLAR LARRAÑAGA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Miguel Servet es unidad de referencia para la comunidad autónoma de Aragón 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.
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. Sin embargo, no siempre son aquellos profesionales con una formación microquirúrgica los que reciben el reimplante, o bien el profesional que evalúa por primera vez al paciente en otro centro desconoce la existencia de equipos especializados o la metodología de transporte del miembro amputado. Esto se puede traducir en ocasiones en la derivación a centros extracomunitarios de los pacientes (incluso mediante helicóptero) con el consecuente gasto asociado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - 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).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se pretende la existencia de un cirujano formado en técnicas de revascularización y reimplantes disponible de forma continuada. Para ello se formará un equipo microquirúgico que cubra esta necesidad, localizándose en todo momento uno de los miembros del equipo.
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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - 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.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Consolidación de equipo microquirúgico formado en cirugía de reimplantes antes del mes de septiembre de 2015.
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.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Centralización
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. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 218

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE SITUACIONES DE URGENCIA VITAL EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO IBAÑEZ PEREZ DE VIÑASPRE
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORRECILLA CONDE JESUS. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· GRIMAL ALIACAR FERNANDO. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· LIEVANO SEGUNDO PAOLA. MIR. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Diferentes estudios han demostrado que las medidas de reanimación cardiopulmonar (RCP) son tanto más eficaces cuanto más precozmente se realicen. Y además de realizarlas de manera precoz, es indispensable asegurar la máxima calidad para que sean eficaces.
El equipo del Centro de Salud Bombarda-Monsalud lleva un tiempo trabajando en la mejora de la atención a la emergencia extrahospitalaria haciendo especial hincapié en el soporte vital básico con desfibrilador automático (DEA).
Las situaciones de Urgencia Vital pueden producirse en cualquier lugar y a cualquier hora. Por ello, los Centros de Salud del Sistema Aragonés de Salud, tanto en su horario de atención al público como en horario de atención continuada, deben estar preparados para actuar de forma coordinada y eficaz ante estos casos, ya resolviéndolos o activando el Servicio 061, mientras se aplican medidas de soporte.
En la encuesta previa para la elaboración del plan de mejora de calidad, se puso de manifiesto la necesidad de una actualización y ampliación de formación continuada en urgencias y emergencias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El último año se ha estado trabando en la formación en soporte vital básico y DEA. Se ha realizado alguna sesión teórica.
Mensualmente, de manera rotatoria, un médico y un enfermero revisaban el material del carro de paros, así como la hoja de incidencias detectadas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la atención y coordinación en las situaciones de urgencia vital del centro de salud de Bombarda-Monsalud.

1. Instrucción para todo personal sanitario del centro en reanimación cardiopulmonar básica. Compresiones torácicas de calidad y correcta ventilación con bolsa-mascarilla.
2. Actualización en soporte vital avanzado. Guías ERC 2010. Algoritmos de parada cardiorrespiratoria, taquiarritmias y bradiarritmias.
3. Manejo del monitor-desfibrilador manual.
4. Manejo avanzado de la vía aérea.
5. Soporte vital avanzado en patología específicas.
6. Soporte vital básico y avanzado pediátrico.
7. Revisión sistemática periódica del carro de reanimación (medicación, material de vía aérea, oxigenoterapia, monitor-desfibrilador, etc).
8. Establecer hoja de incidencias detectadas en la atención urgente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación en Soporte Vital Básico y DEA: Sesiones teóricas y talleres prácticos trimestrales en horario laboral. Se intentará garantizar la disponibilidad de muñecos de simulación, DESA-training…).
2. Formación en Soporte Vital Avanzado: sesiones teóricas y talleres prácticos trimestrales en horario laboral.
3. Revisión mensual y después de cada uso, del material y medicación de soporte vital disponible, así como detectar y pedir el material necesario para la atención de urgencias vitales que no se disponga.
4. Realización de algoritmos de atención en urgencias vitales, así como tablas de fármacos, y colocarlos en zona visible en el lugar de atención a la emergencia.
5. Realización de hoja de incidencias detectadas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Encuesta de conocimientos teórico-practicos en soporte vital avanzado, previos a las sesiones y talleres, y después de su realización.

- Revisión mensual del material del carro de soporte vital así como de la hoja de incidencias detectadas.

Como Indicadores de Calidad se evaluarán, el porcentaje de profesionales que conocen en detalle el protocolo de Soporte Vital, el porcentaje de profesionales que conocen el funcionamiento y mantenimiento del material disponible para ello y el porcentaje de profesionales con formación actualizada sobre Soporte Vital y RCP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Septiembre 2015: inicio del proyecto.

Septiembre 2015: se revisará el material disponible en el centro y se solicitará aquel que se considere indispensable para una correcta atención médica en emergencias.

Septiembre 2015 - Diciembre 2015: Se programarán varias sesiones clínicas para la revisión teórica de Soporte Vital y RCP. En otra sesión se revisará la ubicación del espacio y el material disponible en el centro de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 218

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE SITUACIONES DE URGENCIA VITAL EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

salud.

Septiembre 2016: evaluación del proyecto de mejora.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Soporte Vital Avanzado
OTRA PALABRA CLAVE 2. Atención Primaria
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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 716

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

2. RESPONSABLE ..... PAOLA LIEVANO SEGUNDO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IBAÑEZ PEREZ DE VIÑASPRE JOSE ANTONIO. MIR. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· RENALES SOLER ISABEL. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· GRIMAL ALIACAR FERNANDO. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· TORRECILLA CONDE JESUS. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· IRIGOYEN VON SIERAKOWSKI ALVARO. MIR. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· TENIAS GUALLAR JESUS MARIA. MIR. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ MORENO FELIZ. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 hayan acudido4. 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. Recent improvement 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. I. 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).

II. Analizar el número de espirometrías realizadas en nuestro centro (realizada por coordinador/equipo línea de mejora).

III. Analizar los datos epidemiológicos de la enfermedad en nuestro centro obtenidos del OMI (realizada por coordinador/equipo línea de mejora).

IV. Se propondrá una plantilla en formato Word. Plantilla de fácil uso y que contenga de manera resumida la los

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 716

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

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).

V. Espirometrías: se elaborar un protocolo en conjunto con enfermería para su correcta realización y correcta interpretación (Hoja de registro, mantenimiento de espirómetro, sesiones de formación). Realizada por coordinador/equipo línea de mejora.

VI. Formación multidisciplinar sobre tratamientos por vía inhalatoria (realizada por coordinador/equipo línea de mejora).

VII. 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).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº se sesiones formativas (al menos tres).
- Nª de espirometrías realizadas antes y después.
- Nº de protocolos elaborados.
- Nº hojas de información.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: 1 DE JULIO DE 2015: Sesión clínica multidisciplinar de divulgación, recolección de datos de espirometrías y solicitar epidemiológicos. Desarrollo de protocolos y hojas de información.

SEPTIEMBRE 2015 A ABRIL DE 2016: Sesiones formativas y se inicia el uso de plantilla en consulta.

MAYO DE 2016: Evaluación de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. EPOC
OTRA PALABRA CLAVE 2. Guías GOLD
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 764

1. TÍTULO

CONSTRUYENDO UN MUNDO DE COLORES

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MEZQUITA ADAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ LAGARES MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· SAN MIGUEL ARBUES DOLORES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHO GARCIA MARIA LUISA. PEDIATRA. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Consideramos la parte emocional de suma importancia y más aún en la población pediátrica que precisa cuidados sanitarios. Los niños perciben el entorno cercano com mayor sensibilidad, lo cual los hace más frágiles ante cualquier estímulo ya sea positivo o negativo. Por ello, nos planteamos crear un entorno más bonito y didáctico. El proyecto se compone de un mural de pintura en las paredes de la zona de pediatría. Dicho mural es una composición que engloba a la Naturalea (flores, montañas, agua, etc), a niños jugando o haciendo deporte y a los animales. Algunos animales llevan vendas, ortodoncia, parche en un ojo,...para que los niños se sientan identificados, lo vean como algo normal y no se vean diferentes o excluidos por tener que llevarlo ellos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El bienestar de la población pediátrica que acude al centro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Hacer dibujos en las paredes (Cristina) y posteriormente pintarlos con pintura plástica (Cristina y resto de componentes). Compraremos mesa, sillas y juegos para colocar en la sala de espera de pediatría.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - nivel de ruido en la zona de pediatría
- estado emocional de los niños tras la modificación del entorno
- encuenta de satisfacción a madres/padres

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - inicio enero 2015: fase de ideas, bocetos.
- mayo 2015: comprar pintura, preparar paredes, hacer dibujos, pintar.
- Hasta noviembre 2015: dibujar, pintar.
- diciembre 2015: comprar mesa, sillas, juegos y colocarlos en la sala de espera.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 542

1. TÍTULO

CONTINUIDAD EN EL REGISTRO DE ALERGIAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER. MEDICO/A. CS CASETAS. FAMILIA
· FLE PINILLA ISIDRO. MEDICO/A. CS CASETAS. FAMILIA
· GONZALEZ SANZ ROSA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA
· MARTIN RICO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS CASETAS. FAMILIA
· NAVARRO SUBSIERRA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS CASETAS.
· OROS ESPINOSA PEDRO. MEDICO/A. CS CASETAS. PEDISTRA
· RUBIO CAVERO RUTH AGUEDA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El año pasado se inicio el proyectos de mejora del registro de alergias, proniendo la continuidad en el año actual

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha alcanzado un porcentaje de 69,34%, mejorando ampliamente los datos respecto al año previo sin conseguir llegar a los resultados esperados en dicho proyecto.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende conseguir un registro del 80 % en el periodo acy¡tual.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizacion de reunion de Equipo como recordatorio de proyecto de mejora y registro en OMI.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de pacientes con registro de alergias al inicio del proyecto
Numero de pacientes con registro de alergias al final del periodo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015: Reunion de Equipo.
Junio 2015: Datos iniciales
Extraccion de datos trimestralmente.
Junio 2016: Valoracion de resultados y realizacion de memoria

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. mejoria de registro

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 537

1. TÍTULO

RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE LA ZONA DE SALUD DE CASETAS. MEJORIA EN LOS INDICADORES DE CARTERA DE SERVICIOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA 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.
· BURGUETE BURGUETE CONCEPCION. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGUEZ LOZANO ISABEL. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ GREGORIO ALICIA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ HERNANDEZ MARIA LOYOLA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO HERNANDEZ JESUS. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· AGUARELES PALOMAR JESUS ANGEL. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras realizar el analisis de los resultados e cartera de Servicios del año 2014 se detecta que no llegamos a niveles minimos (34,21%) en el registro OMI de riesgo cardiovascular en pacientes sin enfermedad cardiovascular con algún factor de riesgo, por lo que se plantea la mejoria en dicho indicador.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Obtener datos que entren en rango esperado para alcanzar al menos el 52% en este primer año.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tras el analisis inicial de los resultados se realizara una reunion de equipo explicativa del proyecto.
Se realizara un taller de registro en OMI para todos los profesionales implicados del EAP.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Mujeres 35-74 años sin episodio abierto K74,K75,K76,K92,K90 o k89; con episodio abierto P17oT90o K86 o K87 o T93 en quienes consta calculado el DGP en los ultimos 5 años y con algun registro en el periodo de evaluacion.
Mujeres 35-74 años sin episodio abierto K74,K75,K76,K92,K90 o k89; con episodio abierto P17oT90o K86 o K87 o T93 con algun registro en el periodo de evaluacion.
Hombres 35-74 años sin episodio abierto K74,K75,K76,K92,K90 o k89; con episodio abierto P17oT90o K86 o K87 o T93 en quienes consta calculado el DGP en los ultimos 5 años y con algun registro en el periodo de evaluacion.
Hombres 35-74 años sin episodio abierto K74,K75,K76,K92,K90 o k89; con episodio abierto P17oT90o K86 o K87 o T93 con algun registro en el periodo de evaluacion.
Extraccion de datos en Servicios Informatocos Direccion de AP Sector III.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015: Realizacion de reunión de equipo y exolicacion de proyecto.
Junio 2015: Resultados iniciales.
Septiembre 2015: extraccion de datos
Diciembre 2015: extraccion de datos.
Marzo 2016; extraccion de datos.
Junio 2016: Resultado final y conclusiones

11. OBSERVACIONES. Podría necesitarse algun parametro mas a lo largo del proyecto11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 665

1. TÍTULO

ORGANIZACION DEL ALMACEN Y BOTIQUIN DEL C.S. DE CASETAS. ROTURA DE STOCK

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA GARCIA FONTANA
· Profesión ..... AUXILIAR DE ENFERMERIA
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ FERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CASETAS. PEDIATRIA
· MEDRANO ALCAY LIDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASETAS. ADMISION
· NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS CASETAS. FAMILIA
· PENON GIMENO ANA. TCAE. CS CASETAS. ADMISION
· NAVARRO ASENSIO ELENA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con motivo de la entrada del EAP de Casetas en normas ISO 9001, se detecta oportunidad de mejora en la organizacion del almacen y botiquin del centro cumpliendo criterios de calidad, tanto de almacenaje como de control de stock.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Organizacion de almacen y botiquin segun normas de calidad ISO 9001. Concienciar al equipo en la importancia del control de stock y notificacion de la roturade stock minimo coma parte de eficiencia en el control de gasto del EAP y evitar problemas de desabastecimiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Organizacion de almacen. Organizacion de botiquin. Control de caducidades. Notificacion de roura de stock

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de incidencias trimestrales en almacen y botiquin.
Numero de avisos trimestrales de rotura de stock.
Numero de peticiones urgentes trimestrales de material o medicacion.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio: Organizacion de almacen y botiquin.
Septiembre: 1º Recuento trimestral de incidencias, rotura de stock y peticiones urgentes de material.
Diciembre: Extraccion de datos
Marzo: Extraccion de datos.
Junio: Extraccion de datos y conclusiones

11. OBSERVACIONES. Posiblemente los indicadores pueden sufrir varicion a lo largo de estudio.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD.
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 532

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO DEL PROTOCOLO OMI DE ATENCION CONTINUADA

2. RESPONSABLE ..... JORGE RUIZ GARCES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BROTO CIVERA ELENA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GIL SOLDEVILLA SUSANA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· JIMENO MONZON ANA ISABEL. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· JULVE VILLUENDAS ISABEL MARIA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BENITEZ VIDAL BARBARA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LAHOZ SIRAJA NOELIA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se comprueba la importancia del registro de Atención continuada como parte en los resultados de la Cartera de Servicios del año 2014. Y aunque los resultados no son malos (44,98%) se detecta que el registro se esta llevando a cabo de manera irregular por desconocimiento o falta de tiempo en la atención.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El C.S. de Casetas es un centro con gran presión asistencial en Atención Continuada, por lo que el registro óptimo del protocolo es dificil de cumplir. Se propone el proyecto como parte de cumplimiento en cartera para mejorar los valores anterio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará una primera valoracion de los resultados iniciales y una reunion con los profesionales del EAP para informar de los objetivos.
Se hará un taller a modo de recordatorio, a los Profesionales de Atención Continuada sobre el cumplimiento del protocolo OMI.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de pacientes atendidos en atencion continuada en C.S/Registro AC OMI.
Numero de pacientes atendidos en AC en Domicilio/Registro AC OMI.
Numero de pacientes atendidos en atencion continuada en C.S de 17:00hs - 22:00 hs/Registro AC OMI.
Numero de pacientes atendidos en atencion continuada en C.S de 22:00hs - 08:00 hs/Registro AC OMI.
Extraccion de datos por Servicio de Informatica. Direccion de AP Sector III.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015: Inicio. Explicacion al Equipo del proyecto.
Junio 2015: Datos iniciales.
Septiembre 2015: Muestreo.
Diciembre 2015: Muestreo.
Marzo 2016: Muestreo.
Junio 2016: Datos finales y conclusiones.

11. OBSERVACIONES. Posiblemente se soliciten mas datos informaticos como ampliacion del proyecto a lo largo de su desarrollo11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 464

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.2015

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.
· AGUIRRE ABADIA NOELIA. ENFERMERO/A. CS.DELICIAS SUR.
· CRESPO MAINAR MARIA CLEOFE. ENFERMERO/A. CS. DELICIAS SUR.
· LACARTA VICIOSO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS.DELICIAS SUR.
· OLIVEROS GONZALVO PILAR. ENFERMERO/A. CS. DELICIAS SUR.
· VILLANOVA LANUZA AURORA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS. DELICIAS SUR.
· LACLETA LORENTE ROSA. AUXILIAR DE CLINICA. CS.DELICIAS SUR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el último año los recortes en recursos humanos sufridos en el equipo han producido una desvinculación en los proyectos de mejora de la calidad. Se ha percibido dentro del equipo que no se ha tenido en cuenta la trayectoria de compromiso permanente con la calidad del centro, ni la eficiencia en los resultados a la hora de aplicar recortes en el número de los profesionales. En este periodo el equipo ha perdido un médico, dos enfermeras, un administrativo y un celador. El grupo de calidad se ha resentido por esta situación disminuyendo el número de sus componentes. Se percibe una desmotivación general en el equipo con las actividades de mejora e, incluso los resultados de los indicadores del contrato de gestión son peores en comparación con el resto del los equipos del sector. A pesar de todo el equipo se mantiene dentro del sistema de gestión de calidad con la Norma ISO 9001-2008.
El proyecto que se presenta tiene como objetivo fundamental recuperar la motivación del equipo a través de la constitución de un equipo renovado de mejora de la calidad, con representación de todos los profesionales que lleve a cabo estrategias para dinamizar de nuevo a los profesionales y llevar a cabo líneas de mejora contínua.
Los puntos fuertes de este proyecto siguen siendo:

1. La implantación de un nuevo sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO-9001-2008

2. La continuidad de un grupo estable de mejora en el equipo desde el año 2000.

3. La existencia de un sistema de detección de oportunidades de mejora sustentado en tres fuentes fundamentales:
-el Consejo de Salud de Zona que analiza de forma continuada los problemas de calidad –reclamaciones, accesibilidad, demoras en atención especializada-
-el buzón de sugerencias de los usuarios que es analizado semanalmente por el grupo de mejora

-la recogida de incidencias de los profesionales desde l

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2014
El Consejo de Salud se reunió durante el año 2014 en 5 ocasiones. Los temas mas importantes tratados han sido:
-Supresión de recursos humanos en el equipo y reorganización consiguiente del equipo
- Seguimiento de las repercusiones del Decreto de pérdida de derechos a extranjeros en situación irregular
-Denuncia ante la Gerencia del Sector de listas de espera para atención especializada en Neurología, Urología, Ecografías y RMN.
-Renovación de los componentes del Consejo de Salud.
-Seguimiento de reclamaciones del centro de salud
Las reclamaciones formuladas en el periodo evaluado (2014) han sido 29 , siete mas que el año anterior. Discrepancias con profesionales, demoras en la cita sobre todo en fisioterapia, demoras para entrar en consulta e infraestructura rampa de acceso.
Se han recogido 12 sugerencias de usuarios por demoras y organización horaria, felicitaciones

Implantación de Norma ISO 9001-2008:
- Durante el año 2014 el grupo de calidad ha seguido su labor a pesar de las dificultades reseñadas y se ha reunido semanalmente haciendo seguimiento de las incidencias y no conformidades .

10 Líneas de Mejora

1. Intervención en tabaquismo:
Consultas atendidas en la consulta de deshabituación 275 visitas, que corresponden a 75 pacientes. Se han realizado 90 menos consultas de deshabituación que en 2013.

2. Enfermedades cardiovasculares Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) :
Durante 2014 se han realizado 160 MAPAS lo que supone un 10% mas que en 2013 y se han incluido el 100% de los mismos mediante acceso directo en el curso clínico en OMI para facilitar su lectura
3. Seguridad clínica:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 464

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.2015

Se ha continuado con la notificación de RAM. La tasa de notificación de Delicias Sur de 2014 es de 51,88 notificaciones por 10.000 habitantes , lo que supone un descenso sobre el año anterior, en 2013 fue de 61,76/10.000 habitantes. Se realizaron 2 sesiones sobre reacciones adversas a fármacos.

4. Diabetes: Retinografía digital: Se ha decidido dejar esta línea de mejora puesto que la retinografía es un actividad incluida ya de forma sistemática en la cartera de servicios y por lo tanto para el próximo año se van a incluir nuevos indicadores de mejora en los pacientes diabéticos.

5. EPOC:
Se han realizado 205 espirometrías lo que supone un mantenimiento del número de paciente respecto a años anteriores. Se realizan cuatro espirometrias semanales , realizadas por personal formado y cualificado .Cuando la lista de espera se alarga se doblan , haciendo 8 a la semana .
6. Vacunaciones del adulto
Se envió carta de citación a los mayores de 65 años, y se citó también, por carta, a los menores de 65 con factores de riesgo El número total de personas vacunadas en la campaña 2014 ha sido de 4437 lo que supone un ligero descenso en relación con la campaña de 2013- 4.576 vacunados-.
Se han realizado vacunación antineumocócica a 42 pacientes según protocolo.

7.Gestión del estrés:
Durante el año 2014/15 se han desarrollado cuatro ciclos de sesiones con alumnos de enfermería y fisioterapía. En algunas sesiones han acudido residente de MFYC alumnos de medicina y enfermeras de centro.
Los temas abordados han sido:
1.- Aplicación de Mindfulness/Meditación en el campo de la salud.
2.- Atención al paciente Terminal y su familia: abordando el apoyo emocional y espiritual.
En total han sido 9 sesiones aproximadamente de 60-90´de duración cada una.

8 Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular:
Se han detectado en 2014, 265 niños de 6-14 años con episodio de obesidad o sobrepeso sobre un total de 1960 niños de esa edad lo que supone una cobertura del 13,5 % (13,4 % 2013 , 11,6% 2012 y 8,5 2011). Se ha continuado con la intervención por enfermería de los niños con mayor IMC.

9 Mejora de la cobertura vacunal en niños inmigrantes:
Esta línea de calidad se ha cerrado en este año incluyéndose a los niños de origen extranjero en el programa sistematizado de vacunaciones.

10. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

10.1. Proyecto de promoción de la salud: “Prevención del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes”
Durante 2014 se ha incorporado un nuevo centro de enseñanza primaria: Jose Mª Mir, de modo que , junto con Emilio Moreno Calvete y Andrés Manjón ya son tres los centros incluidos en el proyecto. Se han realizado intervenciones en el aula a modo de seminario de 2 sesiones en alumnos de 6º de primaria realizadas por los médicos residentes de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Esta actividad está coordinada entre los centros escolares, la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y el Centro de Salud Delicias Sur.

10.2. Seminario de prevención cardiovascular
Se realizó en los meses de noviembre de 2014 con la participación de un médico de familia, y tres enfermeras, en la asociación de vecinos Manuel Viola de Delicias. Se realizaron cuatro sesiones sobre los factores de riesgo cardiovascular: alimentación, tabaco, hipertensión arterial y ejercicio físico. Esta actividad está coordinada entre la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y el Centro de Salud Delicias Sur.

10.3. Curso de RCP a alumnos de 4º de ESO: se desarrolló por los médicos residentes de 4º año en el Instituto Jerónimo Zurita en el mes de Diciembre de 2014.Esta actividad está coordinada entre los centros escolares, la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y el Centro de Salud Delicias Sur.

10.6: Intervención sobre prevención de habito tabáquico en alumnos de educación secundaria IES Jerónimo Zurita.
Durante 2014 se ha iniciado esta nueva intervención comunitaria coordinada por 2 médicos de familia del equipo y llevada a cabo por los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de 1º año. Se realizaron cuatro sesiones en aula, con la participación de un miembro de la Asociación de Laringuectomizados ARALVOZ. En 2015 se ha iniciado un nuevo proyecto llevado a cabo también por lo médicos residentes de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Esta actividad está coordinada entre los centros escolares, la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y el Centro de Salud Delicias Sur.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Consolidación del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008:
- El objetivo fundamental es consolidar un equipo renovado de mejora de calidad, en el que estén representados todos los profesionales, que propicie el desarrollo de actividades de mejora de calidad en el equipo y mantenga el sistema de gestión de calidad.

2. Organización del equipo en distintos grupos interprofesionales para llevar a cabo Líneas de mejora:

2.1. Intervención en tabaquismo: para 2015 se pretende:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 464

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.2015

- Mantener las actividades de Intervención Intensiva en las 4 consultas de deshabituación ya existentes con las actuales coberturas, haciendo constar que esta unidad de tabaquismo es referencia en el SALUD y se atienden pacientes de toda la provincia de Zaragoza. Se analizarán las causas de la disminución de pacientes atendidos

2.2. Enfermedades cardiovasculares: monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): se pretende como objetivo para 2015 mantener la realización de esta prueba diagnóstica dada su importancia para el diagnóstico y control de la hipertensión arterial. Se pretende volver a incidir en la importancia de este medio diagnóstico entre los profesionales del equipo.
2.3. Seguridad clínica:
Para 2015 seguir mejorando en la detección y registro de los efectos adversos que sufren los pacientes por la toma de medicamentos . También en relación con la continuación del programa del paciente polimedicado mayor de 75 años.

2.4. .Diabetes:
Durante 2015 se espera definir los indicadores a monitorizar para la mejora de la atención a los diabéticos, teniendo en cuenta que se dan dos nuevas circunstancias, por un lado la constitución del nuevo grupo de mejora de la calidad y la posibilidad de tener a nuestra disposición la nueva herramienta informática a modo de cuadro de mandos que se ha desarrollado para el control del diabético en atención primaria.
2.5. EPOC:
- Continuar con el Servicio de espirometría, mejorando la calidad de éste.
-Consolidar la actividad intentando que no haya demora en las citas.

2.6. Vacunaciones en el adulto:
. . Vacunacion Antigripal.- Para 2015pretendemos mantener y/o mejorar la cobertura vacunal mejorando la información y la cita de la campaña antigripal.
. Vacunación Antineumocócica.- Se ofertara la vacuna a todos los pacientes que residan en centros geriatricos de nuestra Zona de Salud y que no la tengan administrada con anterioridad.
2.7.Gestión del estrés:
Para 2015 se pretende llevar a cabo actividades de docencia e investigación en la Aplicación de Mindfulness/Meditación en el campo de la salud.
2.8 Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular:
Pretendemos darle un nuevo empuje a esta línea definiendo nuevos indicadores de mejora y proponiendo actividades a llevar a cabo tanto por los pediatras como por las enfermeras de pediatría.
2.9. Actividades comunitarias:
-Proyecto de prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: en conjunto con la AA.VV. Manuel Viola, en los colegios Jose Mª Mir, Andrés Manjón y Emilio Moreno Calvete de Educación Primaria . Se pretende mantener este seminario en las aulas a lo largo de 2015
-Seminario de prevención cardiovascular, impartido por tres enfermeras y un médico de familia.
-RCP en Centro de Educación Secundaria Jerónimo Zurita , a cargo de médicos residentes R4 .
-Proyecto de prevención del consumo de tabaco en el alumnos de 1º de Educación Secundaria del IES Jerónimo Zurita se pretende mantener el proyecto ya consolidado.
2.10. Líneas de mejora del proyecto de gestión clínica 2015:
Se espera que la constitución de un nuevo equipo de mejora permita establecer lineas estratégicas que permitan mejorar los resultados del equipo en 2015 ya que como se ha explicado antes la desmotivación en el equipo ha ocasionado un retroceso en los indicadores del contrato de gestión 2014. Esperamos conseguir resultados en las áreas clave: tabaquismo, riesgo cardiovascular, EPOC, diabetes, polimedicados, atención a domicilio, registro en OMI.

2.11 Lineas de mejora en otros procesos administrativos y de satisfacción del paciente
Para 2015 pretendemos mantener el circuito de renovación de la receta electrónica desde el mostrador de admisión para facilitar esta gestión al usuario y evitar el aumento de consultas burocráticas en las consultas del médico de familia, que se ha consolidado en 2014

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Consolidación del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008:
En una primera fase, antes del verano de 2015 se pretende tener formado un nuevo equipo de mejora que aporte nuevas ideas para la motivación del equipo y ponga en marcha las lineas estratégicas de mejora de la calidad . Este grupo será también el encargado de mantener el sistema de gestión de calidad del equipo con la norma ISO.

2. 10 Líneas de mejora:
2.1. Intervención en tabaquismo:
Mantener el equipo que realiza la intevención, realizando al menos 2 sesiones clínicas entre profesionales de medicina y enfermería para mejorar el servicio de atención a la dependencia de tabaco.

2.2. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA):
Realizar una sesión en el equipo para definir las indicaciones de esta prueba diagnóstica tanto para el diagnóstico como para el control de la hipertensión arterial .

2.3. Seguridad clínica: mantener el nivel de notificación de RAM, continuar realizando formación y realizando estudios de investigación de grupos farmacológicos mas frecuentemente usados por nuestros pacientes, y

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 464

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.2015

compararlos con años anteriores, comunicarlo en sesiones clínicas en el centro. Aprovechar la herramienta informática del sistema de notificación SINASP para detectar problemas de seguridad.

2.4. Diabetes:
Se priorizaran por el grupo de mejora los indicadores a monitorizar para la mejora de la atención al paciente diabético. Se expondrán en reunión de equipo y se evaluarán resultados
2.5. EPOC :. -
Sesiones formativas dirigidas a todos los profesionales del centro
Organización de consultas con el objetivo de que nunca exista más de dos meses de demora.
Organizar varias sesiones de educación para pacientes de la manera correcta de dar inhaladores

2.6. Vacunaciones en el adulto:
. Vacunación Antigripal.- Se enviara carta a todos los pacientes del Centro de Salud mayores de 65 años y a los menores de 65 años con patología de riesgo, informándoles de la campaña y asignándoles cita para la administración de la vacuna.
. Vacunación Antineumocócica.- Se requerirá periódicamente y en coordinación con los responsables de las Residencias información sobre los pacientes sin vacunar y que deseen ser vacunados, para programar visita domiciliaria y administrarles la vacuna de acuerdo con las existencias en el Centro de Salud.

2.7. Gestión del estrés:
Una enfermera del equipo desarrollara actividades grupales con objetivos docentes i de investigación en el área de mindfulness/meditación en el campo de la salud.
2.8. Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular:
Se priorizaran por el grupo de mejora los indicadores a monitorizar para la mejora de la atención a los niños con sobrepeso y obesidad . Se expondrán en reunión de pediatría y se evaluarán resultados

2.9. Actividades comunitarias:
- Proyecto de prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: se realizarán 2 sesiones en el aula en las que participarán médicos residentes de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria dirigidas a alumnos de 6º de Primaria de los tres colegios.
-Seminario de prevención cardiovascular: seminario de cuatro sesiones sobre factores de riesgo, alimentación, ejercicio físico y prevención cardiovascular en la infancia.
-RCP en Centros de Educación Secundaria del barrio, a cargo de médicos residentes R4 de Medicina de Familia, en el IES Jerónimo Zurita
-Proyecto de prevención del consumo de tabaco en alumnos de secundaria: se realizarán las cuatro sesiones en el aula a los alumnos de 1º de ESO del IES Jerónimo Zurita, en un nuevo ciclo del proyecto ya consolidado desde 2014.

2.10 Líneas estratégicas con el sector
La constitución del nuevo equipo de mejora de la calidad permitirá planificar reuniones y sesiones clínicas para tratar sobre realización y registro de los procesos clínicos que pretendemos mejorar; tabaquismo, riesgo cardiovascular, EPOC, diabetes, polimedicados, atención a domicilio, registro en OMI.

2.11 Lineas de mejora en otros procesos administrativos y de satisfacción del paciente: Se mantendrá el circuito en el mostrador de admisión para la renovación de la receta electrónica. Se recogerá la hoja de tratamiento en admisión y se citará al paciente en la consulta del médico de familia en modo no presencial. El facultativo realizará la renovación si procede o indicará al paciente una visita presencial en la consulta para indicar una posible modificación en el tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Consolidación del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008:
-RENOVACION DEL GRUPO DE MEJORA DE CALIDAD,compuesto por miembros que representen a todos los profesionales del equipo
- Mantenimiento en 2015 de la certificación con la norma ISO
-Realizar la auditoria interna anual con éxito
-Mantenimiento del sistema de incidencias del cliente:
- Reuniones del consejo de salud
- Valoración de sugerencias y reclamaciones
-Valoración encuestas de satisfacción
-Mantenimiento del sistema de incidencias de los profesionales: valoración de las incidencias internas.
-Seguimiento de las no conformidades: nº de no conformidades resueltas, acciones realizadas para la solución de no conformidades pendientes.

2. 12 Líneas de mejora:

2.1. Intervención en tabaquismo:
-% de coberturas,
-Nº de actos en consultas de deshabituacion
- Nº de pacientes atendidos en consultas de deshabituación
2.2 Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA):

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 464

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.2015

-Numero de MAPA realizados en el periodo
-Evidencia de presencia del resultado de la prueba en el curso clínico de todos los pacientes a los que se les ha realizado
2.3. Seguridad clínica: Tasa de RAM en 2014. Número de sesiones realizadas en el equipo sobre reacciones adversas. Nª de notificaciones en SINASP

2.4.Diabetes: el indicador para esta línea será tener definida la línea de calidad en la atención al diabético con objetivos, actividades e indicadores de evaluación.

2.5.EPOC:
Número de espirometrías realizadas

2.6.Vacunaciones adulto:

. Vacuna Antigripal.- Mantenimiento de la cobertura respecto a la campaña anterior y extensión del sistema de cita por correo al 100% de la población mayor de 65 años.
. Vacunación Antineumocócica.- El mayor numero de los residentes en los Centros Geriatricos pertenecientes al Centro de Salud, tendran administrada la vacuna antineumocócica.
2.7. Gestión del estrés: Evaluación de las actividades docentes y de investigación llevadas a cabo en el áea de mindfulness y meditacion en el campo de la salud.

2.8. Identificación de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular:
El indicador para esta línea será tener definida la línea de calidad en la atención a niños con sobrepeso y obesidad con objetivos, actividades e indicadores de evaluación
2.9. Actividades comunitarias.
-Alcance del proyecto de prevención de consumo de alcohol en el medio escolar
-Realización de seminario de prevención cardiovascular
-Grupos de RCP realizados a alumnos de secundaria
-Alcance del proyecto de prevención del consumo de tabaco en educación secundaria.
2.10. Líneas estratégicas con el sector
El indicador para evaluar será que el grupo renovado de mejora tenga definidos los objetivos, indicadores y actividades a desarrollar en los procesos clínicos que pretendemos mejorar; tabaquismo, riesgo cardiovascular, EPOC, diabetes, polimedicados, atención a domicilio, registro en OMI.

2.11. Lineas de mejora en otros procesos administrativos y de satisfacción del paciente: número de recetas electronicas renovadas con el circuito establecido en mostrador y satisfacción del paciente con el mismo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: JUNIO DE 2015
Fecha de finalización: MAYO 2016
Calendario:
Todas las líneas de mejora con sus objetivos, actividades y medición de indicadores se realizaran a lo largo del periodo indicado

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 396

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE EPILA

2. RESPONSABLE ..... SUSANA MARTINEZ IGUAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALAN BURILLO NURIA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ROYO CHOPO YOLANDA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· AZNAR PEREZ INMACULADA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GOMEZ BERNAL FRANCISCO. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· TEJERO SANCHEZ ARTURO. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hemos pensado en este proyecto de calidad porque en varias ocasiones nos hemos encontrado que en el maletín de urgencias no se encuentra todo el material necesario por no haberse repuesto lo utilizado, lo que supone un gran problema en una situación de urgencia en un domicilio.
El carro de urgencias está lleno de cosas innecesarias lo que dificulta enormemente una actuación rápida.
También hemos encontrado con frecuencia fármacos caducados o sin reponer en la sala de urgencias. Esta situación se puede dar tanto en una consulta no urgente como en la urgente con el consiguiente problema de poder retrasar la instauración de un tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos que no falten fármacos en la sala y que tanto el maletín de urgencias como el carro de paradas se revisen periodicamente para evitar situaciones que puedan poner en compromiso la atención urgente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se ha revisado bibliografía y otros protocolos llevados a cabo en distintos sectores y se ha configurado una lista con el material necesario que debe contener el maletín de urgencias y el carro de paradas, así como los fármacos que debe haber en una sala de urgencias. Se distribuirá a los participantes del proyecto en grupos de dos y se hará una rueda semanal o quincenal. Cada grupo rellenará una hoja de revisión tanto del carro como del maletín y de los armarios de la sala de urgencias, así como una hoja de incidencias en la que se apuntará si falta algún fármaco u otro material o si se sustituye el material caducado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. número de veces que se tiene que reponer el material o los fármacos por caducidad y número de veces que se tiene que reponer el material o los fármacos por no existencia de ellos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde la aprobación del proyecto, de manera indefinida.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 242

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

2. RESPONSABLE ..... OSCAR ESTEBAN JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZABALA GARCIA ANA ISABEL. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· BAILO GAY ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· TARONGI SALINAS BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ PEIRONA BARBARA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· MAINER SANMARTIN PAZ. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MALLOR BERNAD PILAR. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. •La prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en España se estima entorno al 13,8%. Siendo la principal enfermedad crónica y representando un 7% del coste sanitario total del SNS.
•Un paciente con diabetes consume entre 2 y 6 veces más recursos sanitarios directos que los pacientes con otras enfermedades crónicas. Además genera importantes costes indirectos como consecuencia de la morbimortalidad generada.
•Un control adecuado de la enfermedad es clave para reducir la mortalidad y el riesgo de sufrir complicaciones. Por tanto, el mejor control glucémico representa también una utilización mejor y menor de recursos económicos y en todos los niveles asistenciales.
Según muchos estudios, si se manejan con efectividad los niveles de glucemia, HbA1c, lípidos, tensión arterial y se propugnan cambios de estilo de vida, se consigue una mejora de la calidad de vida del paciente y una disminución del costo sanitario que suponen las complicaciones de la enfermedad.
Aun conociendo lo anterior, en un reciente estudio multicéntrico promovido por SEMERGEN, un alto porcentaje de pacientes diabéticos (16%) no tienen ningún dato de HbA1c en el último año, y el control glucémico es muy deficitario. En aquellos pacientes tratados con doble o triple solo el 39% y el 23% respectivamente están con HbA1c = ó < 7%. Aún es más llamativo que de los pacientes tratados con insulina (31% del total tratados), solo el 21% alcanzan los niveles recomendados por los consensos nacionales e internacionales, debido en su mayor parte a un mal ajuste de las dosis.
Existen experiencias en AP, en las que la implantación de un programa de revisión y seguimiento a cargo del Médico y Enfermero consigue una mejora en todos los parámetros y una mayor adherencia al tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c (objetivo individual o general <7,0 % si no se definió el objetivo individual) a las 24 semanas.
Objetivos secundarios:
•Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo general de HbA1c <7,0 % y la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c <7 % o <8-8,5 % conforme al nivel de riesgo.
•Describir la proporción de pacientes que logran una mejoría en la HbA1c de al menos el 0,5 % y 1,0 % con respecto al momento basal.
•Evaluar el impacto de la hipoglucemia sintomática conforme a su frecuencia y severidad sobre el logro del objetivo de HbA1c a las 24 semanas.
•Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c (objetivo individual o general <7,0 % si no se definió el objetivo individual) sin hipoglucemia sintomática.
•Identificar factores basales asociados al fracaso del tratamiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A) DATOS DE PARTIDA (Cada profesional).
1.-Búsqueda activa de los pacientes diabéticos con triple terapia oral en nuestra área de salud.
2.-Revisión mediante corte transversal de su estado actual de control glucémico de HbA1c y análisis de su riesgo cardiovascular.
3.-Establecer el objetivo de HbA1c de forma individualizada según los criterios de la redGDPS.
4.-Seleccionar del anterior grupo de pacientes, los que tienen un mal control glucémico.
B) INTERVENCIÓN SANITARIA.
B1) Intervención formativa-Óscar Esteban y Begoña Tarongi..
•Transmitir al equipo médico y enfermería la situación actual con los resultados obtenidos en “Datos de Partida”.
•Presentar el proyecto de intervención.
•Formar al personal sanitario para la correcta individualización de los objetivos de HbA1c, así como en las guías terapéuticas siguiendo las guías internacionales de la ADA/EASD 2015, redGDPS y guía de tratamiento DM2 de SALUD.
B2) Intervención terapéutica.
Dentro de la práctica clínica diaria y respetando las fechas de control habituales.
•Como grupo control el de los pacientes con triple terapia y control glucémico adecuado, según los criterios de individualización.
•Como grupo de intervención aquellos pacientes en triple terapia y mal control glucémico individualizado.
En ambos grupos se incluirán paulatinamente en la historia datos de edad, duración de la DM, IMC, perímetro de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 242

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

cintura, signos/síntomas de complicaciones diabéticas, hipoglucemias previas o post-intervención, realización o no de ECG y retinografías

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se evaluará el adecuado control de nuestros pacientes según los criterios ADA/EASD 2015 y redGDPS estableciendo comparación entre los valores obtenidos al inicio del estudio y a los 6 meses del inicio de la intervención.
Indicadores: Hb1Ac y mejora del registro de datos en OMI-AP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •1 mes para solicitar y recibir el corte poblacional.
•1 mes para realizar reuniones con el personal de cada centro de salud para informar sobre los actuales criterios ADA/EASD 2015 y redGDPS.
•2 meses para establecer el objetivo individual de cada paciente y adecuación del nuevo tratamiento de cada paciente.
•6 meses para citar a las pacientes y llevar a cabo las actividades pertinentes para cada caso.
•2 meses para evaluar los resultados obtenidos y presentarlos a los equipos participantes.

11. OBSERVACIONES. LOPEZ PEIRONA, BÁRBARA actuará como coordinadora del equipo de enfermería.
Otros cupos participarán aunque no exista espacio físico para incluirlos (médico+enfermera):
Dr.Manuel Botaya + ATS Pilar Mallor-->C.S.Torrero Este.
ATS María Jesús Gil-->C.S. Torre Ramona.
Dr.Javier Sangros González + ATS Ana Diez-->C.S. Torrero Este
Dr. José Manuel Millaruelo Trillo + ATS Teresa Gómez Royo-->CSTorrero Este.
Dr.Fco Aganzo+ATS Belen Corao RuiZ-->CS La Almunia De Doña Godina.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Mejora del control diabético tipo 2.
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 339

1. TÍTULO

REGISTRO DE ALERGIAS EN LOS USUARIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE GALLUR

2. RESPONSABLE ..... SERGIO SERRABLO REQUEJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ PASTORA RAFAEL LUIS. PEDIATRA. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MAYNAR MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL GARCIA ALICIA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· LORENZO RAMIREZ MARIA DACIL. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· ICART GOMEZ JOAQUIN. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· ESPINACH LOSADA ALICIA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· HORENSTEIN DRUCAROF DANIEL ENRIQUE. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Obervando los resultados del Contrato de gestión del 2014 observamos que no cumplíamos el % de pacientes en los que consta de registro de alergías. Nos pareció no solo un tema de calidad en la que deberíamos mejorar sino también de seguridad del paciente, dado que en las historias no conste las alergias a medicamentos podría llegar a prescribir medicaciones que pudieran provocar incidentes de seguridad en los usuarios , incluso con daño. De ahí la importancia par nosotros de este trabajo. Que mejorabamos la calidad, el contrato de gestión y la seguridad de nuestros usarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nuestro objetivo, dado que en los resultaods de evaluación de contrato de gestión del 2014 en % de pacientes en los que consta el registro de alergias deberíamos tener entre un 50 y un 85% y nuestros resultados fueron de un 41,17%. Nuestro objetivo es mejorar dicho porcentaje intentando que el 55% de nuestros pacientes de la Zona Básica de Salud tengan registrado las alergias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las medidas previstas son:
En primer lugar reunión de equipo para que todos los componentes del Equipo sepan como registrar el tema de alergias.
En segundo lugar se preguntará a todo usuario que acuda a consulta sobre las alergias y registrando en OMI. Pare ello también contamos con un médico MAC que en los fines de semana en la atención continuada a los usuarios que acudan también se les preguntará, no quedando limitado a los usuarios que no usen el servicio de atención continuada.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores son dos y dado que no poseemos ya OMI est se hará a través del sistema informático de la Gerencia.
1) % de usuarios que acuden a consulta que tiene registro de alergias con respecto al total de usuarios que usan la atención médica.
2) % de toda la población de la Zona Básica de Salud que tienen registro de alergias con respecto a toda la población de la ZBS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración es la siguiente:
Dar sesión conjunta en Mayo para hablar del programa de mejora. Segundo empezar registro de actividad en Junio. Queremos un corte de indicadores en Enero 2015, Junio 2015, Septiembre del 2015 y Diciembre del 2015 para ir objetivando las mejoras del registro y sino fuera así verificar en donde estamos cometiendo el erro (fallo de registro, no preguntar, etc

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad del usuario

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 677

1. TÍTULO

MEJORAR LA FORMACION Y HABILIDADES DE LOS PROFESIONALES DEL EAP LA ALMUNIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA URGENTE

2. RESPONSABLE ..... MARIA BLESA RAMIREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARANAZ DE MOTTA MARTA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MONTEAGUDO GEMA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL RUBIO MARIA OLGA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ NAVALES MAR. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· SIERRA SANMARTIN PILAR. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La formación continuada de los profesionales sanitarios es una responsabilidad y necesidad tanto desde el punto de vista Institucional como individual por parte del profesional. Los sanitarios que prestamos asistencia en el ámbito rural consideramos que la formación y el mantenimiento de nuestras habilidades para atender urgencias vitales es de gran importancia. Una actuación correcta y rápida aumentará las posibilidades de supervivencia de un paciente en estado crítico.

El EAP de La Almunia atiende a una población estable de aproximadamente 15.000 habitantes, cifra que se incrementa de forma muy importante durante el periodo estival, fundamentalmente por la llegada de población emigrante que acude a la zona por la oferta de trabajo relacionada con las actividades agrícolas.

El servicio de urgencias del Centro de Salud realiza aproximadamente 10.000 asistencias/año, posiblemente menos del 5% de ellas son urgencias graves y aún menor el nº de casos en los que se requiere una actuación crítica, sin embargo, cuando la asistencia de esos casos es precisa, la pacientes confían en que proporcionemos una asistencia rápida, eficaz y de calidad.

EL EAP de La Almunia quiere abordar en este proyecto la mejora de la formación y habilidades de los profesionales en las técnicas de soporte vital básico (SVB), utilización del desfibrilador externo (DEA) y tratamiento farmacológico en el soporte vital avanzado (SVA) y en un programa de actualización de las patologías urgentes más prevalentes y potencialmente graves para el paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general: Garantizar la prestación de una atención sanitaria urgente de calidad a la población atendida en el Centro de Salud de La Almunia mejorando la formación y habilidades de los profesionales del EAP La Almunia.
Objetivos específicos:
a) Mejorar formación y habilidades de los profesionales:
a.1.) Formación externa: Programar antes de 31/12/2015 un taller de SVB, RCP, y SVA, con la colaboración de la Dirección de Atención Primaria de Sector Zaragoza III,
a.2.) Formación interna: Hasta 30 de mayo de 2016, presentar 10 sesiones clínicas por miembros del propio equipo que aborden las patologías mas relevantes y potencialmente graves en el área de urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Formación Externa: Taller de de RCP básica y avanzada.
En coordinación con la DAP del Sector Zaragoza III, organizar un taller en el Centro de Salud de La Almunia dirigido a todos los profesionales sanitarios del Equipo.
2.- Formación Interna: Programa de Sesiones Clínicas por los profesionales del Equipo con los siguientes contenidos:
- Atención al paciente politraumatizado.
- Dolor Torácico. Manejo de Síndrome coronario agudo
- Arritmias y Edema agudo de pulmón.
- Disnea. Reagudización EPOC y Asma bronquial
- Dolor abdominal agudo
- Urgencias diabéticas.
- Síndrome confusional agudo. Intoxicaciones
- Urticaria, angioedema y anafilaxia
- Urgencias pediátricas (I): Bronquiolitis, Laringitis, Asma y Neumonía extrahospitalaria.
- Urgencias pediátricas (II): Convulsión, Intoxicaciones, Urticaria, angioedema. Anafilaxia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Realización del Taller SVB y SVA con docentes del 061 o de otros grupos de formación, antes del 31/12/15
- Encuesta anónima de habilidades y conocimientos a los profesionales del Equipo, antes y después del taller.
- Actas y documentos de las sesiones programadas hasta el 30 de mayo de 2016, con una periodicidad aproximada de una sesión clínica mensual. Los docentes intentarán generar documentos resumen de los temas abordados con objeto de que puedan ser revisados por el resto de compañeros.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto tiene una duración de 1 año con las fechas ya reseñadas.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 677

1. TÍTULO

MEJORAR LA FORMACION Y HABILIDADES DE LOS PROFESIONALES DEL EAP LA ALMUNIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA URGENTE

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 584

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE ORGANIZACION DE SALA DE URGENCIAS DEL CS LA ALMUNIA E IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE REVISION Y REPOSICION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL SANITARIO DEL CARRO DE PARADA Y DE LOS MALETINES 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.
· ABENGOECHEA COTAINA BELEN. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA. ATENCION PRIMARIA
· AGUARON CRESPO MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LISON SILVESTRE. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA. ATENCION PRIMARIA
· LACAMBRA DEITO PILAR. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MONTEAGUDO GEMA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA. ATENCION PRIMARIA
· MELUS GUTIERREZ ANGEL. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA. ATENCION PRIMARIA
· LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las urgencias que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. En la actualidad, casi el 50% de fallecimientos se deben a enfermedades cardiovasculares y de estas, la muerte súbita de origen cardíaco, es la principal complicación. El segundo grupo importante de causa de mortalidad, especialmente en jóvenes, lo constituyen los accidentes de tráfico.
Las posibilidades de supervivencia de la persona afectada dependen de la concurrencia de varias circunstancias, que se han dado en llamar “cadena de supervivencia”. En esta cadena intervienen, entre otros factores, la formación y habilidades de los profesionales ante este tipo de situaciones, el lugar físico donde se produzca el evento, el número de profesionales disponibles para atender la emergencia y como no, la adecuada organización de los medios y materiales necesarios, medicación, material sanitario y aparataje.
EL EAP de La Almunia quiere abordar en este proyecto de mejora uno de los factores enumerados en la cadena de supervivencia:
- La organización de los medios y materiales en el área de urgencias estableciendo un sistema de revisión y reposición de medicamentos y material sanitario del carro de parada y de los maletines de urgencias en el centro de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Para el EAP de La Almunia, la adecuación del área de urgencias a las necesidades asistenciales ha sido una preocupación desde el inicio de su constitución y existen revisiones del contenido en aparataje y medicación del área de urgencias del año 2008 y 2010.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general: Garantizar la prestación de una atención sanitaria urgente de calidad a la población atendida en el Centro de Salud de La Almunia con el mejor aprovechamiento posible de los recursos disponibles.
Objetivos específicos:
Revisar la organización de los medios y materiales en el área de urgencias:

1.) Revisar y actualizar la relación de material sanitario y medicamentos necesarios en el área de urgencias, en el carro de paro y en los maletines de urgencias.

2.) Establecer un mecanismo de revisión y reposición, tanto del material sanitario como de medicamentos, en cada uno de los dispositivos, verificando existencias y caducidades y/o funcionamiento.
3.) Difundir el proyecto a todo el personal sanitario del EAP La Almunia y conseguir la participación de todos en el procedimiento de revisión y reposición.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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 medicamentos y material del carro de parada y de los maletines de urgencia así como la organización física del área de urgencias.
3.- Elaborar hojas de revisión del material del carro de parada y 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.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existencia del documento de consenso elaborado por el EAP que recoja tanto los medicamentos como el material de urgencias y las plantillas de registro de las revisiones, antes del 1 noviembre de 2015.
- 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 noviembre al 15 de diciembre e implementación de medidas correctoras si procede.
- A partir de 1 de enero de 2016 monitorización de los siguientes indicadores con una periodicidad semestral:
Nº de revisiones realizadas en la hoja de registro del carro de parada x 100/ nº total de revisiones

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 584

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE ORGANIZACION DE SALA DE URGENCIAS DEL CS LA ALMUNIA E IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE REVISION Y REPOSICION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL SANITARIO DEL CARRO DE PARADA Y DE LOS MALETINES DE URGENCIAS

programadas
Nº de revisiones realizadas en la hoja de registro del maletín de urgencias x100/nº total de revisiones programadas.
Análisis de las incidencias detectadas por los miembros del Equipo y adopción de medidas correctoras.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Antes del 30 de octubre de 2015 elaboración del documento con el contenido del carro de parada, maletines de urgencias y salas de urgencias. Presentación al EAP y inicio de las revisiones.
Monitorización del proyecto desde el 1 de noviembre al 15 de diciembre de 2015.
Revisión de incidencias.
Puesta el marcha del proyecto definitivo 1 de enero de 2016 con evaluación semestral a partir de esa fecha y de forma indefinida.
Por las características del proyecto de mejora, el objetivo es el mantenimiento en tiempo una vez implementado manteniendo el análisis de los indicadores con una periodicidad semestral, trasladando a todos los miembros del Equipo el resultado de la evaluación.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 646

1. TÍTULO

TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL

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
· AGUDO GARCIA ROSA. ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· SIERRA SANMARTIN PILAR. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· ABENGOECHEA COTAINA BELEN. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· BUENO VALERO ALICIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· BLESA RAMIREZ MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· LACAMBRA DEITO PILAR. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tanto para la organización del centro de salud, como para la continuidad asistencial se necesita que todos los profesionales del centro puedan tener acceso a una información completa y actualizada. En la actualidad la información llega a los profesionales por distintas vías:por e-mail corporativo, correo interno del centro, y una gran parte se cuelga en el tablón del centro.Se reconoce en el EAP una necesidad de crear un espacio virtual, que llamaremos “tablón virtual , aprovechando la infraestructura informática existente,que nos de acceso en tiempo real a la información de forma clara y ordenada.El proyecto se dirige a mejorar la utilización de recursos, mejorar las espectativas de los profesionales, mejorando los procesos organizativos y/o admistrativos. Es un proyecto que involucra a :médicos enfermería,administrativos y atención continuada. Y su importancia radica en que todos los profesionales tienen disponible la información en cualquier momento, aunque se encuentren en consultorios alejados del centro de salud, siempre que se encuentren conectados a la red local

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Lo que se pretende conseguir es que el máximo de información posible se almacene en formato electrónico y que su consulta sea accesible desde todos los puestos de la red local, de forma rápida y fácillEsto es de aplicación en infinidad de aspectos del trabajo diario de un centro de salud, desde la lista de guardias,sesiones, el plano de la zona básica de salud, vacaciones,hasta protocolos y guías clínicas. Indirectamente la creación de este tablón supone un paso adelante en el nivel organizativo del centro

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Conseguir un pequeño espacio en el servidor, asi desde cualquier terminal de nuestra red local podríamos visualizarlo.Solicitar a informática que habilite responsables del tablón,para que solo ellos puedan modificarlo.Planificar con el equipo cuales son los documentos que interesa estén presentes en el tablón Colgar documentos.Poner el enlace en todos los eqipos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. noviembre Ver si se ha creado el tablon
febrero- marzo:% de documentos renovados periodicamente
junio: % de profesionales s

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. junio a octubre 2015: conseguir el espacio en el servidor y reuniones de planificacion con el equipo
octubre 2015 : habilitación de responsables.Se crearán los circuitos para documentos que haya que renovar periodicamente Se adaptarán todos los equipos
noviembre – mayo 2016: Se terminaran de colgar documentos. mantener actualizado
junio 2016. encuesta de satisfaccion

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 201

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 .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TAPIA RUIZ MARIA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. PEDIATRIA
· ROSEL MOYANO VERONICA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. PEDIATRA
· CARBONEL TABUENCA AZAHARA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. PEDIATRIA Y GENERAL
· SANCHEZ LOPEZ MODESTA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. COORDINADORA DE ENFERMERIA
· ROMAN AHIJADO MARIA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. PEDIATRIA YGENERAL
· CANDIAL HERNANDO LAURA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. PEDIATRIA Y GENERAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El registro vacunal adecuado en OMI, debe ser considerado como un parámetro estándar en la calidad asistencial. Sin embargo hemos podido corroborar el deficitario nivel de registro de nuestros pacientes.
El problema ha sido detectado a raíz del análisis de los indicadores de calidad asignados en los distintos equipos de A.P. Alcanzando, nuestro centro de salud , apenas el punto de corte necesario para conseguir mínimos.
Este asunto ha creado malestar generalizado 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.
La situación actual del mismo nos lleva a realizar un estudio descriptivo de los datos de nuestros respectivos cupos mediante un muestreo aleatorio. Obteniendo los siguientes resultados:
De forma global con una muestra n=97 .Tenemos correctamente registrados un 49,48% de la muestra y mal registrados el 50,5%.Por edad bien registrados un 74% de 2 años o menos frente a 23,91% de los mayores de dos años.
En cuanto al segundo indicador,el clicado en revisiones vacunales previas con adecuado registro en una mustra aleatoria de n= 98pacientes observamos que están clicados correctamente el 33,67% de los pacientes frente al 66,32% de los paciente que no están clicados o estan mal.
Las causas atribuidas al deficiente registro son varias:
1.-La “grandeza” de nuestros cupos, que determinan falta de tiempo y acumulo de trabajo . CIAS 1004200203D:1570TIS. CIAS 1004200202P: 1497 TIS y CIAS 1004200201F: 1511TIS (Actualizado a abril de 2015).
2.- El importante volumen de pacientes trasladados que hemos recibido en los últimos años, esto nos genera fallos en los registros, no los padecemos cuando estos pacientes son del mismo sector sanitario, pero si son de otro sector de Aragón , de fuera o extranjeros 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 pacientes 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. Lo nacidos antes de esas fecha no presentan los registros vacunales previos.
5.- El carácter no estable del personal que trabaja en pediatría, cambios frecuentes por bajas de distinta índole.
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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del presente proyecto es alcanzar un registro óptimo en vacunas mejorando la calidad asistencial del paciente pediátrico así como la satisfacción por parte del personal sanitario, para ello nos proponemos.
1.- Llegar a un 98% en pacientes de dos o menores de dos años y al 90% del registro adecuado en los mayores de dos años.
2.- Obtener >de un 90% de clicados en registro vacunal acorde a su registro

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar vamos a realizar un estudio descriptivo transversal de forma global y en diferenciandolos por cupos .
Posteriormente, el responsable del proyecto, ralizará una comunicación de carácter individualizada para poner en conocimiento la situación actual de los registro vacunales en nuestro de Centro de salud. Dicha documentación irá dirigida a todos los componentes del Equipo implicados en el registro de vacunas.
Seguidamente haremos partícipes a los administrativos de nuestro Centro , con el fin de crear una actividad asistencial, que denominaremos Consulta de acogida. Esta consulta irá dirigida a los pacientes procedentes de traslados con el fin de que se les de cita con enfermería para actualizar sus datos y recoger antecedentes.
Se propone actualizar activamente el procedimiento de registro. Revisando el calendario, tanto en las revisiones como en las visitas a demanda (tanto por parte del pediatra como del personal de enfermería). En caso de fallo de registro se pondrán flashes si no están los pacientes y si están se les solicitará a la familia copia de la cartilla de vacunaciones para que se deje en admisión con el nombre del paciente y se se les iran pasando al

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 201

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

personal encargado del registro.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El indicador principal a valorar va a ser el porcentaje de registros adecuados. Dividiendo a los cupos en dos grupos etarios (los de dos años y menores y los mayores de dos años). El segundo indicador que vamos a utilizar es la adecuación del registro al clicado de revisión vacunal previo. Es decir no basta con que esté clicado este recuadro del registro vacunal sino que de forma efectiva esté verificado que el registro es completo.
Este seguimiento y evaluación lo llevaremos a cabo mediante muestreos aleatorios con estudios descriptivos de forma global y desglosando los tres cupos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Estudio descriptivo inicial el 15 de mayo
1 de junio de 2015 iniciaremos la fase informativa del proceso
1 de agosto recopilación de datos y creación de la consulta de acogida
1 de mayo 2016/2017/2018/2019/2020 Análisis de los datos mediante muestreo aleatorio de los diferentes cupos.
1 de junio anual: comunicación de resultados y detección de oportunidades de mejora
Fin del proyecto 1 de mayo de 2020.
La propuesta de finalización del proyecto son 5 años. La justificación de este periodo de tiempo se encuentra en que es un proceso tremendamente laborioso, que exige invertir mucho tiempo así como captar a todos los pacientes que en nuestra zona son muy numerosos, contando además con tiempos de enfermería no dedicados de forma exclusiva a pediatría ya que nuestro personal tiene cupos mixtos . Este tiempo se verá acortado si se consiguen los objetivos antes de lo previsto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes en edad pediatrica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. vacuna
OTRA PALABRA CLAVE 2. registro
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 299

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

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
· ESTEBAN BRUNA AUREA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· GARRALON ORTEGA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· GORDO YAGÜE PIEDAD. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALVO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la seguridad clínica y la Calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en nuestro Centro de salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % 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 Anticoagulantes 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
- Nº de trombosis registradas en pacientes tratados
- Nº de hemorragias leves registradas en pacientes tratados
- Nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (Mayo/junio)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Mayo/junio)
3. Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO (Junio/julio)
4. Trabajo de campo con los pacientes (De Junio a noviembre)
5. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo/junio/ septirmbre)
6. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Septiembr/Octubre)
7. Evaluación de resultados (Noviembre/Diciembre

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 299

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. anticoagulacion oral
OTRA PALABRA CLAVE 2. seguridad clinica
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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 199

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE A DOMICILIO EN EL C.S. MARIA DE HUERVA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GARRALON ORTEGA
· 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.
· FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· FRANCO PORTERO MARINO. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· GORDO YAGÜE PIEDAD. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ LOPEZ MODESTA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cada día son más los pacientes que utilizan insulinas u otras medicaciones subcutáneas como heparinas o bifosfonato parenteral. Algunos de éstos pacientes nos traen el material punzante en botes de cristal y otros lo desechan en la basura de su domicilio con el riesgo biológico que supone.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la seguridad clínica evitando punciones accidentales y contaminación medioambiental por el material punzante utilizado en los domicilios por los usuarios del centro de salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Identificación de pacientes que utilizan material punzante en su domicilio.
Extracción de datos de la receta electrónica proporcionados por el servicio de farmacia de A.P. del sector.
Entrevista con el paciente en la consulta médica o de enfermería para explicarle la importancia de la recogida de residuos biológicos y enseñarle el uso del dispositivo.
Con ocasión de una consulta a demanda o programada.
Entrega del contenedor de residuos a todos los pacientes contactados.
Creación de un registro de los pacientes a los que se entrega y recoge el contenedor.
Datos del paciente
Fecha de entrega
Fecha de recogida
Persona que lo entrega
Persona que lo recoge
Sesión clínica en el E.A.P. para explicar el proyecto y entrega de la hoja de registro a todos los sanitarios para su uso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de personas del E.A.P. que asisten a la sesión clínica.
% de pacientes a los que se entrega contenedor de residuos del total que precisa material de este tipo.
% de envases devueltos al centro de salud para su destrucción del total de los entregados.
% de unidades asistenciales que han participado activamente en el proyecto del total del equipo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.Identificación de pacientes que utilizan material punzante en su domicilio: Mayo y Junio
2.Extracción de datos de la receta electrónica proporcionados por el servicio de farmacia de A.P. del sector: Mayo y Junio
3.Entrevista con el paciente en la consulta médica o de enfermería para explicarle la importancia de la recogida de residuos biológicos y enseñarle el uso del dispositivo: Junio
4.Entrega del contenedor de residuos al mayor número posible de estos pacientes: Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre
5.Creación de un registro de los pacientes a los que se entrega y recoge el contenedor: Mayo, Junio
6.Sesión clínica en el E.A.P. Para explicar el proyecto y entrega de la hoja de registro a todos los sanitarios para su uso: Mayo
7. Evaluación de los resultados: Noviembre y Diciembre

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Seguridad clínica
OTRA PALABRA CLAVE 2. Residuos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 199

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE A DOMICILIO EN EL C.S. MARIA DE HUERVA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 2 Poco
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 176

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA LACTANCIA MATERNA Y DE LA CRIANZA, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA JIMENEZ PEREZ
· 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.
· ROMAN AHIJADO MARIA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· ROSEL MOYANO VERONICA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· CANDIAL HERNANDO LAURA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· HIGUERAS SANJUAN PAULA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· LOZANO JOSA SUSANA. ENFEREMERIA. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· TAPIA RUIZ MARIA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ SANZ MARILUZ. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la leche materna favorece el desarrollo inmunitario e intelectual de los lactantes. Los bebés alimentados con LM, están menos expuestos durante el periodo de lactancia a infecciones respiratorias, digestivas, urinarias, al Síndrome de Muerte Súbita del lactante, y además protege frente enfermedades futuras como asma, alergia, dermatitis atópica, obesidad, enfermedades inmunitarias (Diabetes Mellitus, Crohn, Colitis ulcerosa…), algunas formas de cáncer infantil, ateroesclerosis o Infarto agudo de miocardio en edad adulta.
Es por ello que desde hace 3 años se creó y se viene reuniendo semanalmente un Grupo de Lactancia y Crianza. Las reuniones son todos los martes durante una hora y media.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el número de niños que toman leche de madre en nuestro Centro de Salud, para que puedan beneficiarse de sus múltiples propiedades.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Captación de embarazadas en último trimestre para recomendar su asistencia prenatal al grupo de lactancia.
2. Realizar precozmente la 1ª visita del Recién Nacido para reforzar el establecimiento de la LM y solucionar los primeros problemas que vayan surgiendo, remitiendo para ello al Grupo de Lactancia.
3. Asistencia al Grupo de Lactancia y Crianza de las madres, acompañadas por el bebé, y si lo desean por otro cuidador.
• 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, grietas, sueño…)
• Resolución de problemas y dudas planteadas por las madres lactantes.
• Información práctica sobre técnicas de amamantamiento.
• Información sobre el manejo y conservación de la leche materna.
• Educación para la salud materno-infantil y disminuir la frecuentación a las consultas.
• Control del estado nutricional de los lactantes, especialmente de aquellos de alto riesgo (prematuros, gemelares…)
4. Reforzar los beneficios de continuar con LM en exclusiva hasta los 6 meses y acompañada de otros alimentos hasta los 2 años, en cada una de las Revisiones del Programa de Salud Infantil, realizadas por Pediatra y Enfermera de Pediatría.
5. Encuesta para evaluar el grado de satisfacción de los usuarios y mejoras conseguidas.
6. Sesión con el EAP con el objetivo de poner en conocimiento el proyecto, así como indicar unas pautas comunes de actuación en temas de lactancia, insistir en la derivación de gestantes en tercer trimestre al grupo…
7. Captación de madres donantes para el Banco de Leche Materna.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. % de lactantes de 0-5 meses de edad alimentados exclusivamente con LM.
2. % de lactantes de 0-5 meses que recibieron LM como fuente principal de alimentación.
3. % de niños de 6-23 meses de edad que son amamantados junto a otros alimentos sólidos.
4. % de niños de 0-23 meses no amamantados
5. % de ingresos hospitalarios en lactantes de 0-2 años que recibieron LM exclusiva los primero 6 meses.
6. % de ingresos hospitalarios en lactnates de 0-2 años que nunca recibieron LM.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividades 2015:
1. Captación de embarazadas en último trimestre: de Mayo a Diciembre
2. Realizar precozmente la 1ª visita del Recién Nacido: de Mayo a Diciembre
3. Asistencia al Grupo de Lactancia y Crianza: todos los martes de Mayo a Diciembre
4. Revisiones del Programa de Salud Infantil: de Mayo a Diciembre
5. Encuesta de satisfacción : Noviembre y Diciembre
6. Sesión con el EAP: Julio
7. Captación de madres donantes de leche: de Mayo a Diciembre
8. Evaluación de Resultados: Diciembre

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 176

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA LACTANCIA MATERNA Y DE LA CRIANZA, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 077

1. TÍTULO

TOMA DE DECISIONES PARA MANTENER E INTERRUMPIR EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO FLORDELIS MARCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ PARDO JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· ALQUEZAR GAY DIANA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Tras la revisión de guías de práctica clínica, revisiones sistemática y metanálisis recientes que recoge el artículo publicado por BTA -Cadime Año 2014, Volumen 29 nº 1 http://dx.doi.org/10.11119/BTA2014-29-01 se aporta información útil para la toma de decisiones sobre mantener ó interrumpir los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IAC) y memantina en las personas con enfermedad de Alzheimer y asignadas a nuestros CIAS.
- Aspecto asistencial relevante para una ZBS con una media de cuatro residencias por CIAS médico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ValorarV
Valorar la posible interrupción del tratamiento con donepezilo, galantamina, rivastigmina y memantina cuando la demencia alcanza un estadio muy avanzado:

FAST superior A 7 c
Barthel igual a 0
Infecciones graves y repetidas sin beneficio relevante con el tto.
Disfagia problemática con desnutrición y/o deshidratación.
Ulceras por presión refractarias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Aplicar a todos los pacientes institucionalizados y asignados a nuestros CIAS respectivos con episodio de OMI AP: CIAP: P70
Escala de Deterioro Global GDS-FAST
Índice de Barthel
Responsable - Enfermera asignada al paciente
2.- Aplicar a todos los pacientes NO institucionalizados y asignados a nuestros CIAS con episodio CIAP: P70
Escala de Deterioro Global GDS-FAST
Índice de Barthel
Responsable.- Enfermera y M.A.P.
3.-Toma de decisiones individualizada:
Continuar o interrumpir IAC
Responsable.-M.A.P.
4.-Monitorizar acciones y resultados
Responsable.- M.A.P.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador. 1.-

Nombre:

% de personas institucionalizadas evaluadas /CIAS
Obtencion:

Nº de personas con CIAP P70 en los que se ha aplicado GDS y Barthel en los últimos 12 meses/ Nº de personas con CIAP P70
Objetivo deseado.

85,00%

Indicador. 2.-

Nombre:
% de personas NO institucionalizadas evaluadas /CIAS

Obtención :
Nº de personas con CIAP P70 en los que se ha aplicado GDS y Barthel en los últimos 12 meses/ Nº de personas con CIAP P70

Objetivo deseado :
70,00%

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 077

1. TÍTULO

TOMA DE DECISIONES PARA MANTENER E INTERRUMPIR EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA

Indicador 3.-

Nombre:

% Toma de decisiones registrada en episodio P 70

Formula Obtención:

Nº de registros de toma de decisiones en apuntes del CIAP P 70/ Nº de personas con CIAP P70

Resultado esperado:
80%

Indicador 4.-
Nombre:

%de personas con estadio muy avanzado en tto. con IAC

Fórmula Obtención:

Nº de personas con CIAP P70 con Barthel 0 y GDS FAST>=7c que se mantienen con IAC/ Nº de personas con CIAP P70 con Barthel 0 y GDS FAST>7c

Resultado esperado:
<10

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad 1.- septiembre a diciembre 2015

Actividad 2.- Septiembre 2015 hasta diciembre 2016

Actividad 3.- Septiembre 2015 hasta diciembre 2016

Actividad4.- Noviembre 2015 hasta diciembre 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Paciete con deterioro cognitivo con tratamiento erspecifico
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con deterioro cognitivo con tratamiento especifico

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Atencion a paciente institucionalizado o no con tratamiento especifico
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 114

1. TÍTULO

CONSULTA DEL ADULTO DE PRIMER DIA

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.
· CAVERO PEREZ INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· BELLO GIL ARACELI. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· PULIDO HERRERA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar la implementación de las actividades preventivas en nuestra Zona Básica de Salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 2.-Valorar la situación de los indicadores de calidad del proyecto, fue complicado por la dificultad para obtenerlos, se aprovecho para establecer el punto de partida.

3.-Definir estrategias de actuación.
Por simplificar la obtención de indicadores se decide emplear solo el riesgo cardiovascular, diferenciado en los diferentes estratos de cartera de servicios, ante la posibilidad de no poder conseguir otros datos

4.- 5 .-Establecer proceso, establecer estrategias e Implementar en uno o mas cupos.
Se decide implementar en 2 cupos de enfermería, desarrollando las actividades del servicio de riesgo cardiovascular,

6.-Monitorizar las actividades desarrolladas en los cupos anteriores, detectar problemas y proponer estrategias de mejora.
Se inicia en junio de 2014, presentando los resultados con la evaluación de cartera de servicios.
Se detectan problemas de derivación de medicina a enfermería , así como de la captación de pacientes

7.-Presentar al resto del E.A.P.
Se presenta al E.A.P, en relacion con los resultados de evaluación de cartera de servicios

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detectar factores de riesgo en la población adscrita al centro de salud.
Para plantearnos posteriormente estrategias de mejora asistencial

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Como último punto se implementara en todo el E.A.P. a partir de enero de 2015, con fecha de evaluación correspondiendo con la evaluación de 2015

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador: Cobertura de riesgo cardiovascular

Indicador de evaluación de cartera de servicios
Resultados: mejora superior al 15

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en enero de 2015, fecha de finalización correspondiendo con la evaluación de 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 546

1. TÍTULO

ASISTENCIA AL PACIENTE CON EPOC

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LOMBAR GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· FLORDELIS MARCO FERNANDO. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente E.P.O.C., es un paciente de especial complejidad, tanto por su diagnóstico como por su control y seguimiento correcto y las vertientes que acompañan su tratamiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Conocer nuestra situación actual
Para conocer la situación antes de iniciar el proyecto de calidad partimos de los datos de la evaluación de la cartera de servicios

2.- Recordar en sesión de E.A.P. el servicio, En 2 sesiones clínicas, que se presentaron en el E.A.P. en el mes de febrero

3.- Posteriormente se presentaron Los criterios de calidad de seguimiento y control de las actividades ha realizar, en sesiones clinicas en los meses de febrero y marzo

.4.- Establecer estrategias de implementación de cobertura del servicio, que se presentaron al E.A.P. en mayo

.5.- Implementar el servicio en un cupo, fué elegido el cupo del Dr. Flordelis y su enfermera Luz Pedruzo

6.- Exponer al E.A.P. Los resultados de cobertura Obtenidos en el E.A.P. y de la calidad En el cupo de pilotaje. Se presentaron los datos de cobertura obtenidos mediante los listados de O.M.I. de pacientes incluidos en servicio y se pospuso el resultado final a los resultados de evaluación de cartera de servicios. Hecho dificil de conseguir ya que la población incluida en servicio, para algunos de nuestros cupos era incluso superior a la población asignada a ese cupo y no se pudo conseguir que se modificara ese dato

.- Quedan pendiente, los punto 7 y 8: implementación en todo el E.A.P. y la exposición final de los resultados

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Priorizar la implementación del servicio E.P.O.C en nuestro E.A.P. Con unos requisitos de calidad estandarizados de cumplimentación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La implementación en todo el E.A.P. y el seguimiento de los problemas que se presenten, valoración de causas, posibles medidas de solución y evaluación de estas, será responsabilidad de Maria José Lombar y Miguel Angel Labara
La presentación final de los resultados y valoración del proyecto y pasos a seguir a partir de ese momento, Dr Grima Y Dr. Flordelis

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Cobertura del servicio E.P.O.C - Usando para ello el indicador de cartera de servicios, con un resultado superior al 30 %, del previo.

2.- Espirometrias en pacientes E.P.OC-

Pacientes incluidos en servicios/ nº espirometrias, que deberá ser superior al 70%

3.-Criterios de calidad-

Pacientes en servicio / pacienes con criterios de clasificación, que deberá ser superior al 60

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto continúa desde el año pasado y terminara tras la evaluación de cartera de servicios del año 2015

11. OBSERVACIONES. Queda pendiente modificar la población asignada al servicio11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 546

1. TÍTULO

ASISTENCIA AL PACIENTE CON EPOC

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. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 571

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE PACIENTES DISLIPEMICOS Y DE LA PRESCRIPCION FARMACOLOGICA DE FARMACOS ANTIDISLIPEMICOS EN 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 CARMEN. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· MARIN MURILLO PILAR. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA EZQUERRA ROSARIO. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ GUZMAN TERESA. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· CHECA VILLA ARTURO. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· ROMEO LAMBAN MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN GRACIA GLORIA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia del proyecto:
Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en los países occidentales, pero España presenta una de las tasa de mortalidad más bajas de Europa. A pesar de eso la prevalencia de hipercolesterolemia en la población española entre 35 a 64 años es del 18% similar a la de otros países industrializados y los valores de colesterol total plasmático > 200 mg/dl lo presentan entre el 50 y 70 % de la población (según series).
La patogenia de las enfermedades cardiovasculares es multifactorial (edad, sexo, HTA, dislipemia, tabaquismo y DM) pero uno de los más estrechamente relacionados con la cardiopatía isquémica es la dislipemia y es un factor sobre el que podemos incidir para disminuir el riesgo cardiovascular (RCV) de nuestra población.

Situación de partida y posibles causas:
En nuestra población se observa una alta incidencia y prevalencia de eventos cardiovasculares por lo que creemos que detectando y tratando de manera correcta a nuestros pacientes dislipémicos podemos disminuir el RCV de nuestra población.
Las posibles causas de esta situación son abandono de tratamiento, estilo de vida con ausencia de ejercicio y la desaparición de la dieta mediterránea entre la población.

Revisando los resultados de los indicadores de farmacia hemos detectado entre los trabajadores de nuestra área una baja consecución en la indicación de hipolipemiantes y queremos de manera secundaria revisar las indicaciones de nuestras prescripciones e intentar mejorarlas.
Creemos que puede deberse a que el indicador no diferencia si los pacientes que reciben tratamiento pertenecen al grupo de prevención primaria o secundaria. Queremos describir cuantos de nuestros pacientes deben incluirse en prevención primaria y cuantos en secundaria

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1 - Revisar y actualizar los listados de pacientes con diagnóstico de dislipemia en el EAP Sádaba.
2 - Mejorar el control del perfil lipídico de nuestros pacientes.
3 - Disminuir el RCV de nuestros pacientes.
4 - Definir como es nuestra población dislipémica: cuantos están en prevención primaria y cuantos en secundaria.
5 -Protocolizar una actuación común en todas las unidades asistenciales para la educación y control de los pacientes dislipémicos.
6 – Mejorar la prescripción de fármacos hipolipemiantes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Revisión y actualización de los pacientes introducidos en programa de dislipemia.
2. Realizar sesiones sobre educación y cambios de hábitos de vida en el paciente dislipémico.
3. Revisar prescripción de hipolipemiantes.
4. Realizar sesiones formativas sobre prescripción de fármacos hipolipemiantes.

1 y 3: Individualizada
2: Enfermeras
3: Médicos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. . Indicador de cobertura de programa dislipemia:

Nº de pacientes incluidos en programa de DLP / Nº de pacientes con DLP estimados en la ZBS

. Indicador de pacientes con dislipemia primaria:

Nº de pacientes en prevención primaria / Nº de pacientes con diagnóstico de dislipemia en ZBS

. Indicador de pacientes con dislipemia secundaria:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 571

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE PACIENTES DISLIPEMICOS Y DE LA PRESCRIPCION FARMACOLOGICA DE FARMACOS ANTIDISLIPEMICOS EN EAP SADABA

Nº de pacientes con diagnóstico de dislipemia en ZBS – Nº de pacientes en prevención primaria

. Indicador de prescripción

Nº de pacientes en prevención primaria con tratamiento y RCV > 20 / Nº de pacientes con DLP

. Indicador de resultado

Nº de pacientes con LDL<70 en prevención 2ª / pacientes prevención secundaria

Nº de pacientes con LDL<100 en prevención 1ª / pacientes prevención primaria

Todos los datos se explotaran de OMI con la consiguiente solicitud de datos a la Gerencia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio a Septiembre 2015:
- Obtención y actualización de listados.
- Revisión de prescripción fármacos hipolipemiantes.

Octubre- Noviembre 2015
- Sesiones clínicas y formación

Diciembre 2015
- Corte de datos que determinan los indicadores.
- Cálculo de los indicadores

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. PROYECTO DE MEJORA

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES DISLIPEMICOS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 403

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA UBICACION SALA DE EXTRACCIONES CENTRO DE SALUD UNIVERSITAS Y REVISION DE DUPLICIDADES DE ANALITICAS BIOQUIMICAS EN PACIENTES POLIATENDIDOS

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.
· MORATILLA LOPEZ MARIBEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· CARRIQUIRI MILIAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· APARICIO TORNAY NURIA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -aumento de peticiones de laboratorio al cierre del laboratorio de Inocencio Jimenez
-sala de extracciones pequeña, falta de espacio, ventilacion,hacinamiento, docencia
-mejorar la calidad de trabajo y el bienestar del paciente cuando acuda al centro

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -no duplicidad de analiticas por especialistas y medicina de familia
-unificar criterios con administrativos para una mejor informacion al usuario
-mejora del espacio
-ambiente agradable para el paciente durante su permanencia en el Centro
-musica ambiente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -con ayuda de ordenadores e historias clinicas revision de la duplicidad de bioquimicas
-conseguir dos mesas mas de toma de muestras mediante peticion
-aumentar espacio utilizando otros espacios en el Centro de Salud

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador cuantitativo: Muestra de poblacion >75 años para revision de analiticas en un periodo de 6 meses.
Indicador cualitativo :Colaboracion de personal administrativo con enfermeria y auxiliares de enfermeria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo Mayo 2015 con ampliacion zona de extracciones
Septiembre-Octubre toma de muestras aleatorias de estudio de analisis de bioquimica en pacientes mayores de 75 años.
Noviembre-Diciembre analisis de datos
Enero - Febrero Conclusiones sobre resultados obtenidos
MArzo Plan de mejora

11. OBSERVACIONES. SOLICITAR COLABORACION A SEVICIOS CENTRALES DE BIOQUIMICA11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Polimedicados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 169

1. TÍTULO

IMPLANTAR LA ANALGESIA NO FARMACOLOGICA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS COMO LAS VACUNAS

2. RESPONSABLE ..... PAULA GARVI SOLER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA
· SORIA MARZO ANA. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA
· CANDAU MARIN REYES. ENFERMERA/O. CS UTEBO.
· TRAVER CABRERA PILAR. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA
· GARRIDO VILLANUEVA ANA. ENFERMERA/O. CS UTEBO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Importancia de las vacunas en la prevención de enfermedades.
-Aumento del número de pinchazos en el calendario vacunal durante el 1er año de vida.
- Uso de medidas no farmacológicas (contención, succión no nutritiva y amamantamiento) para aliviar el dolor de las inmunizaciones (nivel de evidencia A y recomendación I).
- Destacar el efecto analgésico de la lactancia materna (tetanalgesia).
- Los sanitarios debemos conocer estas medidas para informar a las familias y para ponerlas en práctica.
- Son intervenciones de bajo coste, sin efectos secundarios y probablemente bien aceptadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de la calidad asistencial, disminuyendo el dolor de las vacunas.
Capacitar a los profesionales del CS en la utilización de medidas no farmacológicas que han demostrado ser eficaces para disminuir el dolor.
Informar a las familias sobre la existencia de estas medidas.
Involucrar a las familias en la atención al niño.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisar la bibliografía.
Informar a los profesionales del CS de la existencia de medidas no farmacológicas que han demostrado ser eficaces para disminuir el dolor.
Formar a los profesionales del CS en la puesta en práctica de estas medidas durante la vacunación.
Poner en conocimiento de las familias la existencia de medidas para disminuir el dolor.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Satisfacción de los padres (escala del 1 al 10).
Porcentaje de actos vacunales en los que se ponen en práctica estas medidas
Porcentaje de padres que no aceptan poner en práctica estas medidas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Revisar recomendaciones de la bibliografía (realizada en marzo 2015)
Dar a conocer a los profesionales (mayo 2015)
Dar a conocer a las familias y puesta en marcha de las recomendaciones (junio 2015)
Evaluar resultados (octubre 2015

11. OBSERVACIONES. El CAV (Comité Asesor de Vacunas) ha puesto en marcha un grupo multidisciplinar para elaborar un documento sobre “Recomendaciones basadas en la evidencia para controlar el dolor en la vacunación”. Este documento incluirá un folleto divulgativo para familias y profesionales.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. analgesia no farmacológica
OTRA PALABRA CLAVE 2. inmunizaciones
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE 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.
· MORENO ASENSIO SANTIAGO. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· TORRES RUBIO FERNANDO. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· VELA CORDON PABLO. MEDICO/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. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la seguridad clínica y la Calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en nuestro Centro de salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 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: Mario Bárcena)

5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las Actividades de la Comunidad. (Responsable: Antonio OTO, Rosabel Villares

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % 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 Anticoagulantes 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
- Nº de trombosis registradas en pacientes tratados
- Nº de hemorragias leves registradas en pacientes tratados
- Nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (Mayo/junio)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Mayo/junio)
3. Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO (Junio/julio)
4. Trabajo de campo con los pacientes (De Junio a noviembre)
5. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo/junio/ septirmbre)
6. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Septiembr/Octubre)
7. Evaluación de resultados (Noviembre/Diciembre

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. anticoagulacion oral
OTRA PALABRA CLAVE 2. seguridad clinica
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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 223

1. TÍTULO

VALDEFIERRO 2015. ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS

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
· GAY GASANZ BLANCA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· PEDRUZO GARCIA LORETO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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.
1.Introducción.
El aumento de la población infanto juvenil en barrios jóvenes como Valdefierro ha supuesto un aumento de las demoras en las citas a consulta de pediatría y de enfermería pediátrica. También se ha observado un aumento del tiempo de espera en la sala de espera hasta acceder a la consulta del pediatra y de la enfermera.
Hemos observado que gran parte de los padres que acuden a nuestras consultas son usuarios de internet y muchos de ellos trabajan.
Ya en estos momentos hay algunos padres que se prestan de buen grado a consultar por teléfono o por correo electrónico ciertos problemas de sus hijos que no requieren exploración física.

2.Oportunidad de Mejora.
PARA LOS PACIENTES:
-MAYOR GRADO DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN RECIBIDA POR LA COMODIDAD DE ACCESO Y SIN TIEMPO DE ESPERA.
PARA LOS PROFESIONALES:
-UN MEJOR USO Y ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO DE CONSULTA.
PARA LA ADMINISTRACIÓN:
-AUMENTO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 3.-Resultados que se espera obtener.

1-MEJORAR EL USO CORRECTO Y RACIONAL DE LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA Y ENFERMER

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 4.Características del proyecto

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.

4? Diseño del correo electrónico y puesta en marcha.

5º PRESENTACIÓN DEL PROYECTO AL CONSEJO DE SALUD

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A través de la Encuesta de Satisfacción del Usuario.
Consejo de salud de Valdefierro.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 223

1. TÍTULO

VALDEFIERRO 2015. ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se pondra en funcionamiento a partir del mes Junio 2015 con la participación del servicio de Admisión y el Consejo de salud de Valdefierro.
Se realizaran sesiones del EAPs. para ver el funcionamiento y si es necesaria alguna modificación del sistema del mismo.
Se evaluara con el Consejo de salud en reuniones ordinarias, que ya se realizan.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Consulta telefónica , consultas por correo electrónico en pediatría.
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 225

1. TÍTULO

VALDEFIERRO 2015. MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA DEL ADULTO, EN LA CONSULTA DE UN EAPS. DISCRIMINACION ENTRE BACTERIANAS Y VIRICAS A TRAVES DEL USO CORRECTO DE LAS ESCALAS DE VALORACION 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. MEDICO/A. CS. VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· VILLARES ANDRES ROSA ISABEL. ENFERMERO/A. CS. VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO PEREZ ARAMENDIA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS. VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· ATANCE MELENDO ESTHER. ENFERMERO/A. CS. VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN. ENFERMERO/A. CS. VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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 (Strep A).
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.

En los EAPs. de nuestro sistema de salud y de forma paulatina, primero en los servicios de pediatría y progresivamente en los de atención de adultos, se vienen realizando los test de detección rápida de StrepA.
Esta técnica que nos permite una detección rápida y que el paciente en la gran mayoría de las ocasiones salga de las consultas con un mayor grado de satisfacción, al serle prescrito un tratamiento con una base más sólida, a través de una prueba diagnóstica, como es la mencionada.
Creemos que esta metodología de atención en este proceso (FAA) mejorará la atención en las consultas de AP. de salud.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 225

1. TÍTULO

VALDEFIERRO 2015. MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA DEL ADULTO, EN LA CONSULTA DE UN EAPS. DISCRIMINACION ENTRE BACTERIANAS Y VIRICAS A TRAVES DEL USO CORRECTO DE LAS ESCALAS DE VALORACION CLINICA Y TECNICAS DE DETECCION

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Resultados que se espera obtener.

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.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizaran sesiones formativas (clínicas), del EAPs para la puesta en funcionamiento de esta asistencia 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.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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 Servivios en AP.
Encuesta de satisfacción del usuario.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Puesta en funcionamiento Abril 2015.
Evaluación a través de sesiones de Equipo cada tres meses.
Evaluación anual del programa Mayo 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Faringoamigdalitis aguda/Adulto/Diagnóstico/Tratamiento/Streptococcus pyogenes/Antibióticos.
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 739

1. TÍTULO

EVALUACION DE UN CURSO DE ACTUALIZACION FARMACOTERAPEUTICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA PRESCRIPCION FARMACEUTICA

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES AZA PASCUAL-SALCEDO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA. MEDICO. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICA. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los indicadores de calidad de prescripción sirven para monitorizar y mejorar la utilización de los fármacos a lo largo del tiempo en Atención Primaria.. En alguno de los indicadores seleccionados por el Servicio Aragonés de Salud se ha observado una tendencia no deseada, que nos ha llevado a buscar herramientas para modificar y mejorar la calidad de prescripción en nuestro sector. La formación continuada es una de las herramientas que pueden mejorar la práctica asistencial. Uno de los aspectos claves es diseñarla de la manera que resulte más atractiva y accesible para los profesionales. La utilidad de este proyecto es valorar la actividad formativa en relación a los cambios en los indicadores de calidad de prescripción con el fin de conocer si ha cumplido las expectativas de los profesionales y ha permitido modificar aquellos aspectos de la prescripción que no se adecuaban a los objetivos propuestos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Objetivo GENERAL
Evaluar el curso y su impacto en la calidad de prescripción de los profesionales que asistieron al mismo.
Establecer las actividades formativas más adecuadas para la mejora de la prescripción farmacéutica

•Objetivos ESPECÍFICOS
?Conocer la valoración global del curso por parte de los profesionales.
?Evaluar el cambio en la calidad de prescripción tras la asistencia y en comparación con profesionales que no asistieron .
?Conocer la utilidad percibida del curso por parte de los profesionales y su aplicabilidad práctica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Como valoración global del curso, se diseña una encuesta sobre aspectos organizativos, contenido de la actividad formativa y grado de satisfacción con la misma. La escala de puntuación oscila entre 1 (puntuación mínima) y 10 (puntuación máxima)

Para evaluar el cambio en la calidad de prescripción, se evalúan indicadores de calidad de la prescripción en relación con los temas tratados, de los profesionales de Atención Primaria que asisten al mismo, antes y después de su realización, y en comparación con otros profesionales que no asisten
Se establecen dos grupos para estudio y comparación:
? Grupo de intervención, incluye los profesionales de Medicina General que asisten al curso.
? Grupo control, incluye el mismo número de profesionales, a los que cuales no se les ha realizado la intervención. Para su elección se siguen criterios de similitud en número de pacientes y proporción de de activos/pensionistas, dando prioridad a los pertenecientes al mismo equipo de Atención Primaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuesta de valoración del curso:
-Porcentaje de profesionales que responden a la encuesta sobre los que asisten al curso
-Puntuación media obtenida en los item incluidos

Indicadores de calidad de prescripción:
Se valoran los periodos preintervención y post-ntervención, a los 3 y 6 meses
Fuente de datos: Sistema de información de consumo farmacéutico extrahospitalario en Atención Primaria
Los indicadores de calidad de prescripción medidos son:
Osteoporosis
Consumo de bifosfonatos en mujeres. DHD (Dosis diarias definidas por mil habitantes y dia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Extracción de datos para monitorización de indicadores de calidad:
En Marzo 2015 se monitorizó la preintervención. En Junio 2015 se realiza la extracción de datos del periodo postintervención a los 3 meses y en Septiembre de 2015 se obtendrán los del periodo postintervención a los 6 meses
En Septiembre 2015 análisis de datos
Octubre 2015. En función de los resultados obtenidos se proponen la continuidad o modificación de actividad formativa a realizar en Noviembre 2015, que será nuevamente evaluada

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 739

1. TÍTULO

EVALUACION DE UN CURSO DE ACTUALIZACION FARMACOTERAPEUTICA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA PRESCRIPCION FARMACEUTICA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Calidad prescripción
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 472

1. TÍTULO

UTILIZACION DE METFORMINA Y SU RELACION CON EL DAÑO RENAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRABLO REQUEJO SERGIO. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ RUBIO FRANCISCA. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· CABRERIZO PEREZ DAVID. INFORMATICO/A. DAP ZARAGOZA 3. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La metformina es un fármaco recomendado con primera línea en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Es el único antidiabético que ha mostrado beneficios en términos de morbi-mortalidad en pacientes diabéticos, y ha sido utilizada de forma segura durante más de 50 años beneficiando a un gran número de personas. Alrededor de una cuarta parte de todos los pacientes con DM2 pueden desarrollar nefropatía diabética, y suele ser una casa común de fallo renal en estos pacientes. La utilización de metformina está limitada en función del daño renal, especialmente por el riesgo de provocar acidosis láctica, pero este riesgo es muy bajo, por lo que dejar de utilizar metformina en pacientes con deterioro renal leve, podría llevar a una infrautilización de metformina, sin ningún beneficio para estos pacientes.

Tras revisar los datos de filtrado glomerular en diabéticos del sector Zaragoza III en el año 2014, se observó que en un elevado porcentaje de ellos, no aparecía registrada esta información en OMI-AP. Para resolverlo, se incluyó el filtrado glomerular como un parámetro más en la analítica básica de cualquier paciente con diabetes tipo 2. Esta información estará disponible a partir de 2015 y nos permitirá evaluar la utilización de metformina en función de este parámetro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disponer de datos de filtrado glomerular en todos los pacientes diabéticos.
Revisar la adecuación de la utilización de metformina al grado de daño renal en los pacientes diabéticos.
Conocer cuantos pacientes diabéticos tipo 2 con filtrado glomerular (FG) entre 30-45 mL/min están en tratamiento con metformina.
Conocer cuantos pacientes diabéticos tipo 2 con FG entre 30-45 mL/min están en tratamiento con otros antidiabéticos orales (ADO).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Incorporar el dato de FG a la analítica básica de pacientes diabéticos.
Extraer la información del tratamiento de pacientes diabéticos tipo 2.
Analizar los tratamientos antidiabéticos y relacionarlos con los datos de de filtrado glomerular.
Informar a los médicos de su perfil de utilización de antidiabéticos y su adecuación a la función renal en sus pacientes diabéticos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % Pacientes diabéticos en los que se dispone del dato de FG.
% Pacientes diabéticos en tratamiento con metformina y un filtrado glomerular >45 mL/min.
% Pacientes diabéticos en tratamiento con metformina y un filtrado glomerular 30-45 mL/min.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Extracción de datos para revisar el porcentaje de pacientes diabéticos con FG registrado en OMI-AP: Junio 2015 y diciembre de 2015.
Extracción de datos de tratamiento antidiabético: Junio y diciembre 2015.
Análisis de datos: enero 2016.
Difusión de resultados: Marzo-Abril 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 1 Nada
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 048

1. TÍTULO

GESTION DE ENFERMERIA EN LAS CONSULTAS DE NEUROLOGIA DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ, ORIENTADA AL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... HORTENSIA PALOMAR MACARRON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ RUFAS MARIA DEL ROSARIO. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. NEUROLOGIA
· IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· SANTOS LASAOSA SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· LARRODE PELLICER PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· SANCHEZ VALIENTE SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· LOPEZ DEL VAL JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· MAURI LLERDA JOSE ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El problema es la existencia de demoras en la entrega de resultados de pruebas diagnosticas, con el consiguiente riesgo para la salud del paciente.
La importancia viene dada en que es fundamental disminuir los riesgos derivados de la atención, ya que al mejorar el proceso organizativo y alministrativo (citación y esperas), mejora la seguridad del paciente .

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir los riesgos derivados de la atención, implantando mecanismos de alerta cuando el resultado de las pruebas diagnosticas puede tener impacto en la salud del paciente.
Reducir la no compadecencia de los pacientes, al ser citados directamente desde la consulta y con un intervalo de tiempo muy corto con respecto a la realización de la exploración complementaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º Registro sistemático de las pruebas diagnósticas solicitadas en cada visita. Reponsable: DUEs.
2º Revisión de las pruebas diagnósticas realizadas y seguimiento antes de que el paciente acuda a la consulta. Responsable: DUEs.
3º Consulta de los resultados (si procede) con el neurólogo. Responsable: DUEs y Neurólogos.
4º Decisión de necesidad de revisión ordinaria/preferente/urgente. Responsable: DUEs y Neurólogos.
5º Si citación urgente/preferente: contacto telefónico con el paciente. Responsable: DUEs.
Si citación ordinaria: DUEs organizan agendas con Servicio de citaciones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. .Número de resultados de exploraciones complementarias que se revisan cada semana del total de exploraciones solicitadas.
.Número de exploraciones complementarias patológicas detectadas del total de exploraciones revisadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Marzo 2015
Finalización: Marzo 2016
Cronograma:
.Registro diario a partir de la fecha de inicio de las exploraciones complementarias solicitadas.
.Revisión semanal con seguimiento de los resultados de las exploraciones complementarias realizadas.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. riesgos
OTRA PALABRA CLAVE 2. demora
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. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 205

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD PARA PACIENTES DEL C.R.P. NTRA SRA DEL PILAR

2. RESPONSABLE ..... ISABEL DIAZ VILLARROYA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· FERRER ESTEBAN VICTORIA. TRABAJADORA SOCIAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· SANCHEZ VELILLA ROSA. MEDICO DE FAMILIA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· BIELSA ARANDA PILAR. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· BELASTEGUI ALDAN ALMUDENA. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· MIR FERNANDEZ CRISTINA. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· GASCON CASTILLON OSCAR. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La falra de actividades terapeuticas en el centro orientadas a

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Grupos de saildas de paciemtes .
2- Actividades de ingremento de los usuarios del centro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones del equipo cada mes y medio. Recabar informacion general de las actividades. Determinar que pacientes pueden participar en cada una de las actividades y que implicaciones puede tener para el usuario

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tanto por ciento de los pacientesque que pueden desarrollar cada actividad.
El tanto por ciento de los pacientes que han realidado las actividades y el aprobechamiento de las mismas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 18 meses. Iniciandose el 1 de junio del 2015 y finalizando el 1 de enero del 2017. De las cuales son 8 meses para la elaboracion de las actividades y 10 meses para la emplantacion.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 099

1. TÍTULO

INTRODUCCION AL EJERCICIO FISICO EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA ALONSO V DEL C.R.P DEL PILAR

2. RESPONSABLE ..... NOELIA HERAS ALONSO
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFUENTE GUMIEL DOLORES. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· JUAN GONZALVO NATIVIDAD. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· CAMPO CAMPO ANA ISABEL. PSICOLOGO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· LARA GUISADO EMMA LUZ. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· LAGUNA MARTINEZ CRISTINA. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· EMBID GENE GEMMA. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· SAINZ SAGRARIO. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes con TMG (trastorno menta grave) que ingresan en la UME (unidad de media estancia) del CRP tienen una nula actividad física o deportiva. Tras tiempo de abordarlo como objetivo de trabajo individualizado en los PIR, (programa individualizado de rehabilitación)y vistas las dificultades de los pacientes para tal fin, se vio la necesidad de abordar la actividad fisicay/o deportiva como un grupo de Terapia Ocupacional. Son multiples las consecuencias de la falta de actividad fisica en el paciente con TMG, no solo las propias de la enfermedad psiquiatrica como la falta de motivacion para hacer actividades en general, y el aislamiento personal, si no tambien consecuencias fisicas como la obesidad, y la mala forma fisica en gereral que redunda en problemas metabólicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que los pacientes que ingresan en la UME tengan la oportunidad de experimentar la sensación del ejercicio fisico continuado o regular, asi como la sensación de bienestar que proporciona el uso de los deportes acuaticos.
Evitar el aislamiento y la inactividad de este colectivo de pacientes.
Tambien que los pacientes del CRP del pilar sea usuarios de los recursos comunitarios del barrio de las delicias, siendo por tanto un proyecto inclusivo y participativo en la comunidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Con una frecuencia semanal los pacientes irán a la piscina cubierta acompañados por la Terapeuta Ocupacional. Ello implica más actuaciones del resto del equipo. Preparación de listas semanales, información en las reuniones y objetivos del PIR, gestión del dinero con la trabajadora social, de tarjetas ciudadanas, compra o preparación del material necesario (chanclas, gorros, bañadores y toallas, gafas de nadar…..), tambien hay que guardar la comida del medio dia, ya que los pacientes llegan mas tarde a comer ..etc.. lo cual implica al personal de enfermería y auxiliares de enfermería.
Previamente se ha contactado con la gerente de la piscina cubierta para presentar el proyecto, ver la opcion mas ventajosa económicamente para los usuarios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tablas y registros de asistencia semanales.
Indicadores porcentuales globales e indicadores porcentuales nominales.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero y febrero de 2015 contacto con la responsable de administración de la piscina para ver la viabilidad del proyecto, con la dirección del CRP para informarle de las actuaciones a seguir.
Información al equipo de la UME y pacientes.
Febreo a marzo de 2015 hacer listas de pacientes interesados ,preparación de material de cada paciente.
Marzo 2015 comienza la actividad.
Hasta marzo de 2016 para tener una valoración global y fiable de la implantación de esta actividad.

11. OBSERVACIONES. Es un proyecto con un beneficio ulterior al alta hospitalaria de los pacientes de la UME. El generar una afición nueva que puedan llevar a cabo sin acompañamiento una vez estén en sus casas. Evitando así el aislamiento social y la falta de actividad física de este colectivo.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Salud fisica
OTRA PALABRA CLAVE 2. Evitar aislamiento personal
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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 099

1. TÍTULO

INTRODUCCION AL EJERCICIO FISICO EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA ALONSO V DEL C.R.P DEL PILAR

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 035

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS NIVELES SANGUINEOS DE CLOZAPINA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

2. RESPONSABLE ..... ANDRES MARTIN GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIDALLER ESCUDERO OLGA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSICOGERIATRIA
· LAGUNA MARTINEZ CRISTINA. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME
· ABAD BOUZAN CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· PIREZ MORA GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· POLO PALACIOS ISABEL. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME
· BIESA FERNANDEZ SAGRARIO. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME
· ZAPATA VILLARREAL ALBA. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. UME

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La clozapina es un fármaco aprobado en España para el tratamiento de la esquizofrenia resistente pero también ha demostrado su utilidad en otros procesos psiquiátricos de evolución tórpida. En Aragón no se realiza habitualmente la determinación sanguínea de los niveles de clozapina.Con esto conseguimos un doble objetivo,conocer la adherencia al tratamiento y el nivel óptimo de dicha sustancia en sangre para evitar los efectos secundarios dosis dependientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer en cada paciente con TMG tratado con clozapina el nivel sanguíneo de dicha sustancia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Difusión entre los profesionales de salud mental del sector la posibilidad y el método de solicitar dicha analítica(hay que pedirlo en hoja de solicitud de pruebas analíticas a laboratorios externos.
Tras 2 meses de instauración del fármaco,una vez alcanzados niveles estables se procedra a la analítica.
Se modificará la dosis según los niveles obtenidos bien por mala adherencia o para prevenir efectos secundarios

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de psiquiatra y enfermeras de salud mental que conocen la posibilidad de realizar dicha analítica
Número de pacientes con TMG y clozapina a los que se realiza la analítica de niveles de clozapina
Número de pacientes con niveles bajos de clozapina
Número de pacientes con niveles altos de clozapina

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Difusión Septiembre 2015

Duración Octubre 2015-Septiembre 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con TMG en tratmiento con clozapina

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 165

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE NOTIFICACION DE ERRORES DE MEDICACION EN EL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL (CRP) NRA SRA DEL PILAR

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO MARTINEZ CRESPO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LANZAN SANCHO MARIA TERESA. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. DIRECCION MEDICA
· BELIO SEBASTIAN OLMOS. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. DIRECCION ENFERMERIA
· BERASTEGUI BALDAN MARIA ALMUDENA. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· VILLAROYA LACILLA MARIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· MARTIN GRACIA ANDRES. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA
· MORELLON SANCHO CRISTINA. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. FARMACIA
· QUEROL NASARRE AURORA PILAR. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La utilización de medicamentos es un proceso complejo que implica a varios profesionales sanitarios. Este proceso puede dar lugar a errores de medicación, con la posible repercusión sobre la evolución clínica del paciente y sus correspondientes consecuencias sobre el sistema sanitario.

Es fundamental para prevenir los errores de medicación analizarlos como errores del sistema y no como errores individuales.

Una cultura de seguridad no punitiva ayudaría a que los errores sean notificados, analiza

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Crear un sistema de notificación de errores de medicación a nivel de la institución, centralizado en el Servicio de Farmacia.
- Analizar los errores de medicación más comunes que se producen en la institución.
- Tras el análisis de los errores, proponer medidas que ayuden a disminuirlas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - En una primera etapa de sensibilización el Servicio de Farmacia divulgará el proyecto con la ayuda de la Dirección médica y de la Dirección de enfermería. Para ello se harán 2 sesiones clínicas sobre errores de medicación.
- Un equipo multidisciplinar se reunirá para crear una hoja de notificación de errores de medicación.
- Los facultativos presentes en el grupo analizarán los errores notificados y las causas de los mismos.
- Se propondrán acciones de mejora en función del análisis realizado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Celebración de las sesiones clínicas para sensibilización a cerca del proyecto.
- Reunión del grupo de mejora para la creación de la hoja de notificación de errores.
- Hojas de notificación presente en los controles de enfermería.
- Número de notificaciones recibidas.
- Reuniones para el análisis de los errores detectados.
- Propuestas realizadas en función del análisis realizado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Junio 2015 Etapa de sensibilización. Sesiones clínicas y presencia de la hoja de notificación en controles de enfermería.
- Diciembre de 2015. Análisis de los errores notificados y propuestas de medidas que mejoren los errores
- Junio 2016. Nuevo análisis de errores y propuestas de medidas.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 1 Nada
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 187

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIAS Y USUARIOSDEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MIR FERNANDEZ
· Profesión ..... AUXILIAR DE ENFERMERIA
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO CASTILLON OSCAR. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSICOGERIATRIA
· DIAZ VILLARROYA ISABEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
· FERRER ESTEBAN VICTORIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSICOGERIATRIA
· BIELSA ARANDA PILAR. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSICOGERIATRIA
· GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSICOGERIATRIA
· SANCHEZ VELILLA ROSA. MEDICO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSICOGERIATRIA
· BELIO SEBASTIAN OLMOS. ENFERMERO/A. CRP NTRA SRA DEL PILAR. PSICOGERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se detecta falta de documentos o manual donde se información para entregar a familias y usuarios en las visitas al domicilio antes del ingreso y durante la estancia en el centro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la información y atención a los usuarios y familiares durante su estancia en la unidad de psicogeriatria del CRP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones del equipo mensuales.Recabar información general del CRP desde administrativa, 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.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de familias a las que se les entrega la guia de información al ingreso
% de familias que observamos conocen las normas durante el ingreso

Cuestionario de 3 items sobre el manual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 18 meses. Inicio Junio 2015 finalización enero 2017
8 meses para la elaboración de la guia y 10 meses para su implantación.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 331

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES EN LA RED DE SALUD MENTAL AL SERVICIO DE COMEDOR DEL C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR

2. RESPONSABLE ..... PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUNARRIZ JIMENEZ ARANTXA. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. SERVICIO DE COMEDOR
· SANCHEZ MATEO OLGA. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. SERVICIO DE COMEDOR
· PITAR MARTINEZ PAULA. TCAE. CRP NTRA SRA DEL PILAR. SERVICIO DE COMEDOR
· FERRER DUFOL CARMEN. PSIQUIATRA. CRP NTRA SRA DEL PILAR. SERVICIO DE COMEDOR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de comedor es un servicio único en Zaragoza y provincia que lleva un seguimiento diario de los pacientes ambulatorios de la red de salud mental. El proyecto pretende definir unos criterios de admisión al recurso dado que las plazas son limitadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es disponer de un protocolo donde se establezca un método, claro, objetivo y específico de derivación de pacientes para este servicio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El equipo formado por Psiquiatra, TO y TCAE, recibirá los informes de derivación que serán utilizados para valorar la idoneidad o urgencia de la demanda de recurso para el usuario según los criterios establecidos en el protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El recurso está concebido para ser una oferta que permita el mantenimiento en la comunidad de personas con TMG. Este criterio es por tanto condición obligatoria de la derivación y por tanto no se incluye en el protocolo, que se concibe como instrumento para valorar la utilidad de la asistencia a este servicio y la urgencia en atender la demanda. Se utilizará por tanto como indicadores la adecuación en la aceptación del usuario a los criterios definidos más abajo.
1. Capacidad económica
2. Grado de independencia en AVDs
3. Red y apoyos familiares
4. Domicilio cercano al Centro

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo-junio-julio:
1. Diseño del protocolo
2. Información a los recursos de salud mental derivadores
Septiembre
3. Implementación del protocolo

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastorno mental grave

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 442

1. TÍTULO

PREVENCION SECUNDARIA CARDIOVASCULAR PRECOZ

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SILVA ROJAS SILVIA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· MARTINEZ LA BUENA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· GRADOS SASO DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· GAYAN ORDAS JARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· PINILLOS FRANCIA GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· CASANOVA ESTEBAN PAOLA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· ANDRES SANCHEZ ARTURO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Detectamos entre los pacientes y familiares ingresados en planta de Cardiología una necesidad de conciencia personal con la propia enfermedad y enfermedad de su familiar. El impacto emocional sufrido tras un evento agudo cardiológico supone una necesidad de aprendizaje y solventar muchas dudas. Hacer que el paciente y los familiares sean partícipes de su cuidado y tomen parte activa desde el primer momento de las consideraciones que tiene que tener en cuenta tras un evento cardiológico agudo. En definitiva, iniciar la prevención secundaria de manera intensiva desde el centro hospitalario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se llevó a cabo periódicamente charlas educacionales en la propia planta de Cardiología del HCU Lozano Blesa para pacientes y familiares. En estas charlas se explicaba lo primordial y básico de la patología cardiovascular, los factores de riesgo y las consideraciones post-evento. De igual manera se contesta a toda duda expuesta por los asistentes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Consideramos que se trata de un aspecto fundamental en nuestros pacientes. Lo que se pretende conseguir es mejorar la atención al paciente, iniciar precozmente la prevención secundaria (dado que está demostrado que la actuación en este sentido en los primeros momentos genera mayor impronta en el paciente).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La manera con la que se ha venido realizando esta tarea ha sido mediante charlas educacionales y resolución de dudas in situ. Consideramos primordial esto y por ello se continuará realizan semanalmente la charla educacional. De igual manera se pretende realizar una grabación de la presentación lo más clarificadora posible para poder retransmitirlo a través del canal interno del hospital. De dicha manera la difusión de la prevención secundaria se podrá hacer extensible a cualquier paciente del centro hospitalario. Los responsables de realizar las charlas presenciales semanales continuarán siendo, como ha sido hasta el momento actual, los residentes del servicio de Cardiología.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como indicador de calidad se pasará una breve encuesta a los asistentes a las charlas presenciales para que evalúen la utilidad y satisfacción de la actividad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las fechas previstas son una charla semanal en planta de Cardiología sin fecha de finalización prevista. Lo antes posible se llevará a cabo la grabación del formato audiovisual para su retransmisión a través de canal interno del HCU Lozano Blesa.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 335

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA MONITORIZACION DEL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES ALLENDE BANDRES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAGREDO SAMANES MARIA ASUNCION. FARMACEUTICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. FARMACIA
· SALVADOR GOMEZ TRANSITO. FARMACEUTICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. FARMACIA
· ARRABAL TORCAL PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. FARMACIA
· ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU. FARMACEUTICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. FARMACIA
· RUIZ LAIGLESIA FERNANDO. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. MEDICINA INTERNA
· DEL PINO JIMENEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. UNIDAD DE CODIFICACION Y DOCUMENTACION CLINICA
· TORCAL GOMEZ CARLOS. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS DE INFORMACION. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Recientemente se está iniciando un programa de optimización de antimicrobianos (PROA) en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Para establecer el punto de partida en cuanto a consumo de antimicrobianos, realizar el seguimiento del consumo y monitorizar el impacto de las intervenciones de control que se van a realizar se hace necesario establecer un protocolo que permita estandarizar la medición para que los datos obtenidos sean fiables y puedan compararse en el tiempo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Proporcionar información estandarizada sobre el consumo de antimicrobianos.
2. Potenciar el uso racional de los antimicrobianos a través de intervenciones realizadas desde el grupo de optimización de antibióticos PROA
3. Estandarizar la medida del consumo de antimicrobianos
4. Analizar las tendencias de consumo antimicrobiano

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Fuente de datos: Farmatools
Periodicidad: Trimestral
Se realizará el cálculo de:

Numeradores:
Gasto de antimicrobianos (euros)
Dosis Diarias Definidas (DDD)
Número de Unidades

Denominadores:
Estancias
Altas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. DDD/ estancias
DDD/ altas

Gasto de antimicrobianos/ 100 estancias
Gasto de antimicrobianos/100 altas

Número de unidades / 100 estancias
Número de unidades/ 100 altas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Año 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 762

1. TÍTULO

EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR ALONSO ESTEBAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REMACHA TOMEY BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad la enfermedad celíaca (EC) es un proceso frecuente, siendo la enfermedad crónica intestinal más frecuente en España, estimándose una prevalencia del 1%.
El único tratamiento constatado para controlar la EC, se basa en la instauración y cumplimiento exhaustivo (estricto y de por vida) de una dieta exenta de gluten (DEG).
Es de vital interés la importancia que tiene la prescripción de dicha terapia nutricional en la medida que propicia la recuperación clínica del paciente, a la vez que fomenta la prevención de posibles complicaciones y disminuye el riesgo de asociación de otras enfermedades de carácter autoinmune.
La realización de la dieta terapéutica de forma correcta va a ser factor determinante en el curso y la evolución de la enfermedad siendo fundamental por ello establecer como objetivo fundamental el logro de la adhesión al tratamiento, no sólo en el momento de su instauración sino con carácter permanente.
En una enfermedad crónica, el paciente y la familia, necesitan un conjunto de actuaciones que derivan del conocimiento de la misma y del tratamiento; requiriendo autocontrol y autoadaptación al nuevo status.
En la actualidad, los pacientes recién diagnosticados no cuentan con ningún tipo de educación terapéutica especializada. La implementación de un proceso educativo llevado a cabo por enfermeros cualificados en la EC, favorecería en gran medida la adhesión a la dieta terapéutica, que como ya se ha mencionado anteriormente, es la única opción eficaz que controla esta enfermedad cuyos diagnósticos van aumentando exponencialmente.
Resulta imprescindible lograr que los afectados superen el proceso de adaptación al nuevo estatus y se adhieran a la terapia dietética, sin que ello afecte su calidad de vida.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adquisición por parte de los pacientes de los conocimientos y habilidades necesarias para el manejo de la E C.
- 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

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación del grupo de trabajo
-Identificación de necesidades de la población adulta celiaca del sector III
- Revisión bibliográfica
- Captación de la población a través de la consulta de EC del HCU “Lozano Blesa” de Zaragoza.
- Organización de la educación terapéutica:
- Destinatarios: Dirigido a pacientes celíacos adultos recién diagnosticados
- Inscripción: Se realizará en la consulta de EC del HCU.
- Programación de la educación terapéutica:
- Contenido:
E C (etiopatogenia, cronicidad).
Consecuencias de la falta de adherencia a la dieta.
Qué es el gluten y donde se encentra.
Cómo realizar una dieta equilibrada exenta de gluten.
Identificación de los alimentos según su contenido en gluten.
Conocer el etiquetado de los alimentos y su significado.
Importancia de la contaminación cruzada.
Adquisición de competencias de autocontrol y de autoadaptación al nuevo estatus.
Sesiones:
Realización de dos talleres teórico-prácticos a todos los pacientes de dos horas de duración cada uno de ellos, con un máximo de 15 personas / familiares por taller.
Realización de dos talleres a la semana durante una tarde, pudiéndose ampliar en función a la demanda asistencial o si se pudiese ampliar a otro rango de edad.
- Evaluación de la formación: indicadores
- Seguimiento del paciente

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - 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 E C.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2015: inicio de captación de pacientes.
Mayo 2015: inicio de los talleres

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 762

1. TÍTULO

EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. celíacos/familiares recién diagnosticados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 659

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA INFORMATICA PARA PUBLICAR LOS ESTUDIOS URODINAMICOS EN LA BASE DE DATOS RELACIONAL DEL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HCU

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
· ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MARTIN MONTAÑES MANUEL EMILIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· UCAR TERREN ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MONZON ALEBESQUE FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de UROLOGÍA del Hospital Clínico Universitario se practican Estudios Urodinámicos mediante programa informático específico, no relacionado ni compatible con los sistemas utilizados en la red corporativa. Esto supone un problema ante la imposibilidad de acceso inmediato y directo a nuestros estudios por parte de los urólogos que se encuentran pasando consulta desde otras ubicaciones, fuera de nuestra Unidad. Se propone la creación de una herramienta informática que ofrezca esta posibilidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera acceso directo e inmediato al contenido de nuestros Estudios Urodinámicos, por parte de los Urólogos de nuestro Servicio:
- evitando utilización de papel.
- garantiza la recepción del estudio por el urólogo en consulta.
- evita duplicidad de solicitudes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de Ficha Informática.
- Incorporación de la misma a la Base de Datos Relacional del Servicio de Urología del HCU.
- Exportación/Importación del contenido de los Campos de trabajo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existencia de Link en Base de Datos Relacional.
- Cumplimentación de los Campos definidos en , al menos, el 80% de los estudios realizados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Creación de la Ficha Informática a finales de septiembre de 2015.
- Incorporación a la Base de Datos Relacional a finales de octubre de 2015.
- Cumplimentación de los informes informáticos a partir de noviembre de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 606

1. TÍTULO

ENTREGA AL PACIENTE EN LA CONSULTA DE PRIMER DIA DE ONCOLOGIA MEDICA DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FARMACOS ONCOLOGICOS QUE PUEDE RECIBIR SEGUN SU PATOLOGIA CONCRETA

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ANDRES CONEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MURILLO JASO LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· LAMBEA SORROSAL JULIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· GALAN CERRATO NIEVES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· YUBERO ESTEBAN ALFONSO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· PUJOL OBIS EDUARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· TORRES SAIZ ALICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· ISLA CASADO DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Servicio de Oncología se utiliza una amplia variedad de fármacos que va aumentando de año a año: citostáticos, antiangiogénicos, fámacos antidiana...
Los efectos secundarios de estos tratamientos son muy diversos.
En la consulta de Primer día de Oncología se informa detalladamente al paciente de las características del tratamiento farmacológico que se les va administrar y de los efectos secundarios que puede producir. Pero el paciente muchas veces no es capaz de retener toda esta información y puede quedarse con dudas que le generan más inseguridad y ansiedad.
En el Hospital de día y en la Segunda visita en Oncología se detectan estos problemas.
Proponemos crear una documentación sencilla con información sobre los efectos secundarios de los fármacos que se van a administrar a los pacientes por patologías: Neoplasia de Mama, Neoplasia de Pulmón, Neoplasia de Colon…
Esta documentación se puede entregar en la Consulta de Primer día de Oncología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la calidad de la atención al paciente en la Consulta de Primer día de Oncología.
Esta consulta suele ser muy difícil para el paciente. Lo normal es que se encuentre muy nervioso y a veces no sea capaz de retener toda la información que se le da: diagnóstico, pronóstico, tratamiento, plan a seguir…
Nuestro objetivo es facilitar al paciente este primer contacto con nuestro Servicio dando una información sencilla por escrito de los efectos secundarios de los fármacos que va a recibir. El fin es que salga de la Consulta con la seguridad de que se lleva un documento informativo que puede leer con más tranquilidad en otro momento.
Con esto se intenta evitar también que el paciente tenga que recurrir:
- A otras fuentes menos fiables (otros pacientes, familiares, profesionales no cualificados…)
- A las compañeras de enfermería del Hospital de Día donde no suelen haber ni tiempo suficiente, ni se puede dar la información con la confidencialidad deseable en estos casos.
- De nuevo a la consulta de Oncología para consultar asuntos sobre la toxicidad de los fármacos que no les han quedado claros.

Al tiempo que se mejora la atención al paciente se disminuirán las consultas innecesarias en el Hospital de Día y en la Consulta de Oncología Médica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Redactar documentos por patologías con los efectos secundarios de cada fármaco. Los documentos serán redactados por los oncólogos médicos responsables de cada patología.
Dra Isla: Neoplasia de Pulmón, Tumores de Origen desconocido
Dra Escudero: Neoplasia de Colon, Tumores neuroendocrinos
Dras Andrés y Murillo: Neoplasia de Mama
Dr Lambea: Neoplasia ORL, Neoplasia Renal, Neoplasia de Tiroides
Dr Pujol y Dra Galan: Neoplasia cerebral, Sarcomas, Melanomas, Neoplasias Urológicas
Dr Sáez Cusí: Neoplasia esófago-gástrica, Neoplasia de Páncreas, Tumores Germinales, Neoplasia de Próstata
Dr Yubero: Neoplasias Ginecológicas
Esta información escrita la entregará el oncólogo al paciente en la Consulta de Primer día.
En la Segunda visita se dará al paciente una breve encuesta de satisfacción que cumplimentará y entregará ese día.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de Documentos informativos entregados /Nº de Primeras visitas en Oncología
- Nº de Encuestas de satisfacción realizadas /Nº de Segundas visitas

El Oncólogo responsable del paciente será el encargado de registrar los documentos entregados en su consulta y de recoger las encuestas de satisfacción de los pacientes.
El responsable de su análisis será el coordinador de este proyecto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De Junio/15 a Septiembre/15 se redactarán los documentos informativos y se diseñará la encuesta de satisfacción para el paciente. (Dra. Andrés/Dra. Murillo)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 606

1. TÍTULO

ENTREGA AL PACIENTE EN LA CONSULTA DE PRIMER DIA DE ONCOLOGIA MEDICA DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FARMACOS ONCOLOGICOS QUE PUEDE RECIBIR SEGUN SU PATOLOGIA CONCRETA

De Octubre/15 a Marzo/16. En ese tiempo se realizará la entrega de documentación informativa y las encuestas de satisfacción de la segunda visita en Oncología. (Oncólogo responsable de cada caso concreto)
En abril /16 se realizará la evaluación de las encuestas de satisfacción (Dra. Andrés). Si la satisfacción de los pacientes supera el 70% se continuará con la entrega de esta documentación el la Consulta de Primer día de Oncología del HCU “Lozano Blesa” de forma asistencial. Es decir, se adoptará esta práctica en la rutina de trabajo de la consulta.
Los documentos informativos serán revisados de forma anual por sus autores.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Paciente no pediátrico (>15 años)
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 520

1. TÍTULO

REALIZACION DE PULSIOXIMETRIAS NOCTURNAS ANTE LA SOSPECHA CLINICA DE SINDROME DE APNEA-HIPOAPNEA DEL SUEÑO (SAHS), EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR OTROS MOTIVOS

2. RESPONSABLE ..... LAURA ANORO ABENOZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COSTAN GALICIA JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· PEREZ TRULLEN ALFONSO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· GRAJEDA JUAREZ JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· SANDINO TRECEÑO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) es una enfermedad cada vez más prevalente en nuestro medio. La prueba diagnóstica de elección para esta patología es la poligrafía cardiorrespiratoria nocturna pero existe una importante demora en la realización de la misma en nuestro área sanitaria, por lo que proponemos la realización de pulsioximetría nocturna en pacientes hospitalizados por otros motivos, en los que además se detecte clínica compatible con SAHS.

La pulsioximetría nocturna es una prueba a tener en cuenta en el proceso diagnóstico del Síndrome de Apnea-Hipoapnea del sueño ya que, junto a la clínica, permite descartar SAHS o establecer un diagnostico de alta probabilidad de SAHS que deberá confirmarse posteriormente con poligrafía cardiorrespiratoria nocturna.

La pulsioximetría nocturna es una prueba no invasiva, sencilla y de bajo coste que se puede realizar tanto a pacientes ingresados como ambulatorios.

Un porcentaje importante de los pacientes ingresados tanto en Neumología como en otras especialidades médicas (Medicina Interna, Cardiología, Neurología...etc), presentan además de la clínica secundaria al proceso que motivó el ingreso, clínica sugestiva de Síndrome de apnea-hipoapnea del sueño, lo que motiva un importante número de interconsultas hospitalarias. Esta patología puede tanto empeorar la situación clínica aguda, como contribuir al desarrollo y agravamiento de otras comorbilidades si no se lleva a cabo un diagnóstico de certeza que permita instaurar un adecuado tratamiento.

La pulsioximetría nocturna permite identificar aquellos pacientes subsidiarios de iniciar un tratamiento con VMNI durante el ingreso hospitalario, evitando de esta forma la demora en el proceso diagnóstico y previniendo complicaciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos del proyecto son:
-Realizar pulsioximetrías nocturnas en pacientes hospitalizados que presenten alta sospecha clínica de SAHS.
-Descartar SAHS con la consiguiente disminución en la lista de espera para la realización de poligrafía cardiorrespiratoria nocturna.
-Determinar en qué casos sí está indicado realizar poligrafía cardiorrespiratoria a posteriori.
-Establecer tratamiento con VMNI durante el ingreso en los casos en exista indicación para el mismo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Difusión de cuestionario clínico y test de hipersomnia diurna (Epworth) en los servicios de Medicina Interna, Cardiología y Neurología que permitan, de forma objetiva, establecer un diagnóstico de alta sospecha de SAHS.
-Realización de pulsioximetría nocturna a los pacientes hospitalizados que cumplan criterios.
-Lectura y análisis del registro por especialistas en Neumología expertos en trastornos respiratorios del sueño.
-Según resultados de pulsioximetría descartar SAHS, solicitar poligrafía cardiorrespiratoria nocturna para confirmar el diagnóstico o bien establecer tratamiento con BIPAP/CPAP durante el ingreso hospitalario.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará registro de:
-Número de pulsioximetrías analizadas.
-Número de tratamientos establecidos durante el ingreso hospitalario.
-Número de poligrafías cardiorrespiratorias noctunas evitadas (con la consiguiente reducción de la lista de espera para la realización de esta prueba).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Julio 2015 a Julio 2016.
Cronograma:
-Julio 2015 difusión de cuestionarios clínicos y test a las diferentes especialidades médicas implicadas.
-Agosto 2015 a Julio 2016 puesta en marcha del proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 520

1. TÍTULO

REALIZACION DE PULSIOXIMETRIAS NOCTURNAS ANTE LA SOSPECHA CLINICA DE SINDROME DE APNEA-HIPOAPNEA DEL SUEÑO (SAHS), EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR OTROS MOTIVOS

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 128

1. TÍTULO

EVACUACION BLOQUE QUIRURGICO EN SITUACION DE EMERGENCIA. INSTAURACION PROGRAMA DE SIMULACRO ANUAL

2. RESPONSABLE ..... PABLO BALTANAS RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO GARCIA MARINA SOLEDAD. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
· HOJAS GASCON GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RIOJA ZUAZU JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· GIMENO GARCES LUCIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUIZ TORRES BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el momento actual nos encontramos ante una deficiencia clara en los protocolos de actuación y entrenamiento de los profesionales sanitarios vinculados en bloque quirúrgico.
En caso de una alarma general y evacuación de pacientes que se encuentran sometidos a anestesia y procedimientos quirúrgicos es preciso una atención especial y un entrenamiento por parte de celadores, auxiliares, enfermería, y facultativos para una sistemática y protocolizada actuación de evacuación en momentos de pánico. Se propone un plan de mejora en el adiestramiento del protocolo así como la implantación anual de un simulacro en unas del bloque quirúrgico para dotar a nuestro personal de conocimiento y metodología practica en caso de evacuación.
El simulacro tiene que estar autorizado y supervisado por dirección médica, responsable del cuerpo de bomberos, responsables de calidad, jefes de intervención, jefes de emergencia coordinadores de quirófano y supervisión de enfermería.
Será realizado por los equipos de primera intervención del bloque quirúrgico al completo en situación similar a la cotidiana realizando una llamada al centro de control de alarmas y comunicaciones, con una alarma parcial seguida de una alarma general, incorporando a los grupos de acción rápida y aplicando las normas de prevención y pautas de conductas según protocolo existente. Se finalizara con la realización de una evacuación completa, incorporando a los servicios de urgencias e intensivos que asumirán la recepción de los pacientes. La duración será de una hora previa al comienzo de la actividad quirúrgica programada sin provocar modificación ni disminución de esta. La localización será el ala B del bloque quirúrgico central.
El simulacro se realizara previa impartición de protocolo de actuación en los distintos servicios vinculados

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Existe un plan de emergencia y autoprotección en bloque quirúrgico del Hospital lozano Blesa con capacidad de mejora

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Entrenamiento en situación de emergencia de todo el personal involucrado basándose en simulacros anuales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Simulacro : plan de evacuación donde los grupos comprometidos son: facultativos, supervisión de enfermería, jefe de celadores, coordinadores de bloque quirúrgico, responsable de calidad, grupos de acción rápida, servicio mantenimiento del hospital, grupo de bomberos, dirección medica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se coordinara entre los equipos vinculados un plan de actuación claro y adecuado el cual será distribuido y estudiado por todo el personal y las secciones. El periodo fijado sera de un año. Una al año se realiza un simulacro de evacuación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. el comienzo sera una vez sea aceptado el proyecto. se reuniran todas las partes para desarroyar el rpotocolo de actuacion en el bloque quirurgico

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. evacuacion quirofano
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 064

1. TÍTULO

UNIFICACION DE ESPACIOS DE IMPLANTE Y TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA PROSTATICA

2. RESPONSABLE ..... NATIVIDAD BASCON SANTALO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VELILLA MILLAN CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· GARCIA ROMERO ALEJANDRO. RADIOFISICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· ARBEJ PEREZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· ORTEGA PARDINA PABLO. RADIOFISICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· TORRES SAIZ ALICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD BRAQUITERAPIA Y AISLAMIENTO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Generalidades

La Braquiterapia prostática es un tratamiento indicado en pacientes con cáncer de próstata. El objetivo es administrar al paciente una dosis elevada de radiación en el volumen prostático minimizando la dosis en los órganos sanos próximos. La técnica fue puesta en marcha en el año 2010 y en ella participan anestesistas urólogos , oncólogos radioterápicos y médicos radioterapeiutas.

Oportunidad de Mejora seleccionada

El implante de Braquiterapia se realiza en la actualidad en el quirofano de urologia por no disponer de espacio suficiente en el radioquirofano de Braquiterapia planta menos 1

la tecnica consiste en consiste en la colocación de unas agujas rigidas por via transperimeal en todo el volumen prostático con el paciente anestesiado. El proceso se realiza con control ecografico permanente. Com posterioridad se realiza una planificación del tratamiento on line con el planificador Vitesse 3.0. esto permite realizar correcciones del implante en tiempo real.
El paciente debe ser trasladado en la mesa de Braquiterapia dotada de unas ruedas desde la planta 0 a la planta menos 1. El enfermo debe permanecer en la misma posición evitando movimientos que puedan modificar la estructura del implante.

Durante el traslado el paciente sigue anestesiado y debe ser acompañado por el anestesista

En el Bunker del radioquirofano de la planta menos 1 se realiza la conexión de las agujas del paciente a la unidad e tratamiento con tubos de transferencia. Con la información del tratamiento del paciente se procede al lanzamiento de la fuente y con ello a la irradiación de la prostata
Tras el proceso se retira el implante y el paciente es trasladado a la habitación esperando a ser dado de alta tras la retirada de la sonda y confirmación de la primera miccion sin problemas

Intentamos disminuir el tiempo que el paciente permanece anestesiado y disminuir riesgos derivados de su traslado y de modificaciones en el implante realizado durante este traslado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2013 llevamos a cabo el proyecto PLANIFICACION 3D “EN VIVO” DEL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA. Como fruto de ese proyecto se analizaron los resultados de los primeros 43 pacientes tratados con la tecnica obteniendose una toxicidad aguda de solo el 16 % han presentado toxicida aguda en forma de rectorragia, disuria , hematuria y obstrucción aguda. El el 89.7 % estan en respuesta completa . En el curso del proyecto se valoró el tiempo invertido en la realizacion del implante , y se obtuvo la conclusion de que fue posible disminuir el tiempo total gracias a la implementacion de planificacion 3 D on line , en el propio quirofano. En la linea del estudio estamos considerando opciones que permitan disminuir tiempo de realizacion de la tecnica y posibles riesgos para el paciente

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo

Pretendemos unificar en un solo espacio el lugar en el que se realiza el implante de Braquiterapia de prostata y se administra el tratamiento de braquiterapia

Objetivos a conseguir son los siguentes

A) Optimizar recursos materiales
a. Liberar el quirófano de urologia que está ocupando en la actualidad para realizar la técnica trasladando la técnica al actual Bunker del cobalto de la planta menos 2
b. Evitar traslado de material desde la planta menos 1 a la planta 0 de esteper, mesa de Braquiterapia, ordenadores, agujas para el implante , gradilla.
B) Optimizar recursos humanos . Existe una enfermera y una auxiliar en el radioquirofano esperando el traslado del paciente desde el quirofano de urologia. Este personal posee licencia y adiestramiento especifico para realizar el tratamiento. La realización del implante en el quirofano de urologia esta duplicando los recursos,

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 064

1. TÍTULO

UNIFICACION DE ESPACIOS DE IMPLANTE Y TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA PROSTATICA

ya que esta enfermera y auxiliar podrian intervenir en el implante
C) Ahorro de tiempo
a. Se eliminaria el tiempo que se invierte en el traslado del paciente de la planta o a la menos 1 sobre la mesa de Braquiterapia,

D) Disminucion de riesgos de movilización del implante
a. Tras la colocacion de las agujas y planificación de tratamiento el enfermo se conectaria a la unidad de tratamiento que estaria ubicada en el mismo lugar evitando desplazamientos
E) Disminucion de riesgos de movilización del paciente bajo anestesia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. METODO
1) Enviado informe a la subdireccion Medica comentando las demandas actuales
2) Realizacion de reunion de los especialsitas implicados para comentar vias de abordaje y ventajas para todos lso implicados en concepto de recursos materiales y humanos
3) Consulta directora gestion sobre idoneidad del Bunker de Cobalto prara realizar este tipo de aplicaciones, ya confirmada
4) Elaboracion de informe al consejo de seguriada nuclear por parte de Fisica para la modificacion de la ubicacion del equipo , pendiente

5) Contacto con la empresa suministradora de las fuentes de Iridio para la retirada de la fuente de cobalto , traslado de unidad de tratamiento (de la planta menos 1 a menos 2 (en curso)

6) Integracion de anestesista de forma puntual cuando se requiera para el proceso previa interconsulta de urologia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
INDICADORES

* Numero de implantes realizados en un año
* Tiempo total de la realizacion del implante, planificacion y tratamiento.

EVALUACION
Reunion mensual del equipo de mejora para evaluar estado del plan y pendientes

SEGUIMIENTO
Prevision de inicio tratameintos en la nueva ubicacion en 4 meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. * En 3 meses : valoracion de idoneidad ara iniciar tecnica en nueva ubicacion

En 6 meses : valoracion de implantes realizados y tiempos invertidos

En un año: Idem

11. OBSERVACIONES. + La realizacion de esta tecnica de tratamiento reduce los huecos de maquina ocupados por el paciente de cancer de prostata en 16 por paciente. En la actualidad se habrian generado con esta tecnica 832 huecos (52 pacientes). dada la obsolescencia de los recurso actuales parece prioritario potenciar tecnicas que puedan liberar hucos para que puedan tratarse pacientes que no tiene otras opciones
* La unificacion de areas hace previsible una creciente demanda de esta tecnica que no puede ser absorbida en las condiciones actuales
* En la actualidad se estan realizando estudios Fase II el el tratamiento de cancer de prostata de bajo riesgo que podrian suponer sustitucion de la actual braquiterapia con semillas de coste es elevado debido al fungible que requiere en torno a los 3000 euros por paciente por esta tecnica11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. braquiterapia
OTRA PALABRA CLAVE 2. mejora recursos
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 306

1. TÍTULO

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION DEL PACIENTE QUIRURGICO

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.
· NASSAR MELIC NADIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· JIMENEZ MARTINEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BOILLOS CALVO MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ-SERRANO ARTIGAS MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A día de hoy no hay un protocolo establecido en la forma de informar sobre la situación de la paciente que se va a someter a una intervención quirúrgica en nuestro Servicio. Al finalizar al acto quirúrgico los cirujanos acuden a la planta de hospitalización de Ginecología en búsqueda de los familiares para informar sobre lo sucedido durante la intervención sin disponer de un espacio de intimidad donde informar con claridad e intimidad y habitualmente no se tiene pleno conocimiento del grado de parentesco o relación del acompañante al que se está informando.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Obtener mayor grado de confidencialidad en la información médica de los pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Dado que la paciente tiene pleno derecho a la confidencialidad de su información, se propone que el día previo a la intervención la paciente decida a quien desea que se informe sobre su estado o lo acontecido durante la intervención.
La paciente asignará una persona que será la que reciba la información mientras la paciente no está consciente. El nombre de la persona de contacto que nos facilite constará con nombres y apellidos en la historia clínica junto con las prescripciones facilitadas al ingreso. Dicho nombre también constará en las instrucciones de enfermería .
Cuando la intervención finalice se informará al control de enfermería de Ginecología. La enfermera encargada de dicha paciente, que conocerá el nombre de la persona elegida para recibir la información, avisará al acompañante seleccionado para que acuda al Despacho Médico que se encuentra en la Planta de Ginecología.
Los cirujanos acudirán a dicho despacho y de manera individualizada y con la intimidad que otorga un despacho médico será informado.
Durante el periodo de hospitalización , dado que la paciente está consciente, la información será siempre administrada a la paciente o si ella lo desea a la persona elegida como contacto.
El resto de acompañantes que soliciten información serán remitidos a la paciente, para que sea ella la que decida a quien desea informar.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de acompañantes elegidos para obtener la información que consten en la historia clínica.

Porcentaje de acompañantes correctamente informados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se comenzará a informar de la manera propuesta a partir del 1 Julio de 2015 hasta 31 de Marzo del 2016.

Si el mecanismo de información a acompañantes parece adecuado se establecerá definitivamente

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Confidencialidad, intimidad

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente que ingresa para cirugía ginecológica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CONFIDENCIALIDAD
OTRA PALABRA CLAVE 2. PACIENTE QUIRURGICA
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. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 161

1. TÍTULO

SISTEMA DE PREFERENCIAS PARA LA PROGRAMACION QUIRURGICA DE LA BIOPSIA PROSTATICA

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.
· NAVARRO GIL JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· CHAVEZ GUZMAN ANA ISABEL. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· PLAZA ALONSO CRISTINA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Europa, el cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia sólida más frecuente, con una incidencia de 214 casos por 1.000 varones, superando en número a los cánceres de pulmón y colorrectal. Además, el CaP constituye actualmente la segunda causa más frecuente de mortalidad por cáncer en los varones. Desde 1985, se ha producido un ligero aumento del número de muertes por CaP en la mayoría de los países.
Los principales instrumentos diagnósticos para obtener indicios de CaP son el tacto rectal, la concentración sérica de PSA y la ecografía transrectal. El diagnóstico definitivo del Ca de próstata se basa en la presencia de adenocarcinoma en muestras de biopsia de próstata realizada en paciente que presentan elevación sérica de PSA por encima de 4 o tacto rectal sospechoso.
Hay factores de riesgo conocidos que se asocian con mayor riesgo de CaP. El análisis de nuestra base de datos de más de 1000 biopsias nos ha llevado a confirmar ciertos datos clínicos y analíticos que aumentan el porcentaje de casos de biopsias positivas. Por lo que se plantea la priorización en estos casos en concreto. Estos factores son: aumento de la edad, origen étnico (mayor riesgo en raza negra), herencia (con un familiar de primer grado de CaP el riesgo se duplica), Densidad de PSA > 15 (el 42% tendrán de CaP), índice PSA libre/total <0,10 (el 49,5% tendrán CaP), PSA Total > 20 (el 69,5% tendrán CaP).
Se estima que aproximadamente un 25% de las biopsias de próstata realizadas en pacientes con elevación de PSA y/o TR sospechoso serán positivas para CaP. El diagnóstico temprano de la patología mediante la biopsia de próstata es preciso para detectar la enfermedad en estadíos tempranos con mejor pronóstico e índice de curación. Por lo que a todos los pacientes se les incluye en Lista de espera quirúrgica (LEQ) con prioridad alta con el objetivo de poder llevar a cabo esta prueba diagnóstica en el primer mes desde su inclusión en lista.
Actualmente en nuestro servicio hay 90 biopsias de próstata en LEQ: de esas 8 con más de 6 meses en lista de espera y 29 con más de tres meses. En 2014 de 245 realizadas 162 estuvieron en lista de espera más de 100 días.
Pero como la elevación de PSA no es sinónimo de CaP dado que es un marcador con escasa sensibilidad (35%) puede aparecer elevado en muchos varones debido a otras causas (HBP, prostatitis…) que se incluyen en LEQ para descartar patología maligna. El elevado número de pacientes candidatos a biopsia de próstata dificultad su realización en el primer mes desde que se indica.
Por lo que el objetivo de nuestro programa consiste en priorizar las biopsias de próstata de aquellos pacientes con mayor probabilidad de padecer CaP de acuerdo a los factores clínicos y analíticos previamente descritos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No procede

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Programar y priorizar las biopsias de próstata que se incluyen en lista de espera quirúrgica en función de criterios médicos de mayor probabilidad de diagnóstico de cáncer. El objetivo es realizar la biopsia de los pacientes que cumplan criterios de mayor riesgo de Ca de próstata en el primer mes de su inclusión en lista de espera quirúrgica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El urólogo en la consulta en el momento de rellenar la ficha de inclusión en lista de espera quirúrgica de un paciente al que se le indica una biopsia de próstata deberá anotar una prioridad P1 en los pacientes que cumplan uno o varios de los criterios clínico-analíticos de mayor probabilidad de Ca de próstata para priorizarlos respecto de las otras biopsias incluidas en lista de espera quirúrgica.
Siendo los criterios los siguientes:
- Tacto rectal sospechoso.
- PSAT >20 (en paciente de menos de 70 años).
- Índice PSA L/T <0,10.
- PSAD >0,15.
- ASAP en AP de biopsia previa.
- Antecedentes familiares de Ca de próstata.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Existe una base de datos informática en el servicio donde se recogen los datos de las biopsias de próstata realizadas: edad del paciente; PSA, ratio L/T, hallazgos tacto rectal, volumetría prostática…. Uno de los datos que recogemos es el número de días que el paciente ha estado en lista de espera quirúrgica. Los datos se recogen en una ficha en el momento de realizar la biopsia de próstata para luego ser introducidos en la base de datos.
El objetivo es utilizar la base de datos para monitorizar cuántos días está cada paciente en lista de espera quirúrgica hasta que se le realiza la biopsia de próstata en función de los criterios clínicos y analíticos también recogidos en la base de datos y así comprobar que existe concordancia entre el tiempo de espera y el

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 161

1. TÍTULO

SISTEMA DE PREFERENCIAS PARA LA PROGRAMACION QUIRURGICA DE LA BIOPSIA PROSTATICA

riesgo de padecer CaP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración inicial del proyecto sería inicialmente a lo largo del 2015, pudiendo prolongarse en el tiempo en base a los resultados que se vayan obteniendo.

Se pretende revisar la base de datos de biopsias de próstata del servicio de forma trimestral tras haber comenzado con la priorización para comprobar que se está cumpliendo el objetivo de que los pacientes con mayor riesgo de padecer CaP no esperan más de un mes a la biopsia. Y exponer trimestralmente los datos obtenidos en la sesión del servicio.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 071

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN CIRUGIA GINECOLOGICA

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.
· REPOLLES LASHERAS SIRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ MORAN CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LEAL CARIÑENA CONCEPCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BESCOS SANTANA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NASSAR MELIC NADIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ORNAT CLEMENTE LIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Gracias a los recientes e importantes avances en las tecnologías de la información y de las comunicaciones la historia clínica se transforma. El protocolo quirúrgico, de obligada cumplimentación en caso de intervención quirúrgica, es un documento de la historia clínica que facilita información fundamental acerca de todos los aspectos clínicos sucedidos durante el acto quirúrgico.
La cumplimentación del protocolo quirúrgico informatizado permite la integración de la información en relación con el acto quirúrgico en la historia clínica electrónica. Asimismo, además de mejorar la legibilidad del documento y la accesibilidad de toda la información allí contenida en cualquier ubicación sanitaria cuando con posterioridad sea requerida, permite su posterior utilización con fines de investigación o de valoración de distintos aspectos quirúrgicos. Aunque en nuestro centro, algunos servicios utilizan el protocolo quirúrgico informatizado, su práctica no está generalizada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Aumento de la legibilidad de los protocolos quirúrgicos.
2. Facilitar desde cualquier ubicación el acceso a la información de todos los aspectos clínicos sucedidos en la intervención quirúrgica.
3 Mejora de la atención a los pacientes al incrementar la información concreta de la que se dispone.
4. En caso necesario archivo de imágenes de la intervención quirúrgica dentro del protocolo quirúrgico para poder ser consultadas con posterioridad.
5. Estudio de diversos aspectos o variables de los protocolos quirúrgicos informatizados con fines de estudio o investigación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Valoración de las intervenciones quirúrgicas ginecológicas que más frecuentemente se realizan.
2. Elaboración de plantillas base para protocolos quirúrgicos más frecuentes y de los aspectos que especialmente debemos recoger en éstos .
3. Colaboración con el Servicio de Informática para poder desarrollar estas plantillas base en el programa HpDoctor de modo efectivo.
4. Difusión en el Servicio de los protocolos quirúrgicos informatizados para que sean conocidos y el modo en el que deben ser utilizados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de plantillas base de protocolos quirúrgicos a utilizar
2. Porcentaje de protocolos informatizados frente al total de las intervenciones quirúrgicas realizadas
3. Establecer modo de prueba en las primeras 50 intervenciones quirúrgicas para detectar necesidad de mayor número de plantillas base, o errores en los puntos recogidos en los protocolos, o aspectos que no se tuvieron inicialmente en cuenta o interpretación errónea por los usuarios

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo de 2015 Formar grupo de trabajo.
Mayo 2015: Contacto con el Servicio de Informática.
Junio –Agosto de 2015: Creación de las plantillas base de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en nuestro Servicio.
Septiembre 2015: Integración del protocolo quirúrgico informatizado en el programa HpDoctor.
Octubre de 2015: Valoración de los primeros protocolos quirúrgicos informatizados con el fin de detección de problemas y resolución.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Intervenidas quirúrgicamente

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 071

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN CIRUGIA GINECOLOGICA

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 103

1. TÍTULO

INFUSION DE HIDROETILALMIDON 6% 130/0,4 PARA LA PREVENCION DE HIPOTENSION INTRAOPERATORIA EN CESAREA ELECTIVA

2. RESPONSABLE ..... RUBEN CASANS FRANCES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ PASCUAL LETICIA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA LECINA ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALESON HORNO GEMA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· FRANCO ABAD MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· FERRER FERRER MARTA LUCIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PELIGERO DEZA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BONA GRACIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mortalidad materna asociada con la anestesia se reduce en forma sustancial (aproximadamente, en 80%) cuando no se utiliza anestesia general para la cesárea. Los posibles riesgos y complicaciones asociados a la técnica general para cesárea incluyen fallo en el manejo de la vía aérea, asistencia respiratoria o intubación, broncoaspiración de contenido gástrico, trauma oral, faríngeo o laríngeo, náuseas y vómito postoperatorios, lactancia retardada y sedación del neonato.
Con la anestesia regional, la madre y su hijo pueden compartir la experiencia del parto con todas las implicaciones emocionales derivadas, se disminuye la necesidad del uso de opiáceos sistémicos en el postoperatorio y se evitan los riesgos descritos para la técnica general.
Las ventajas de la anestesia espinal incluyen su simplicidad en la técnica, el rápido inicio de su acción, la baja frecuencia de fallas, la utilización de volumen y concentración mínima del fármaco, lejos de la dosis tóxica sistémica y adecuada relajación muscular durante la cirugía, convirtiéndola en el método de elección para la mayoría de cesáreas electivas y una proporción importante de cesáreas de urgencia.
El efecto secundario más frecuente de la anestesia espinal es la hipotensión, que a menudo se acompaña de náuseas o vómitos, o ambos. La hipotensión es un efecto adverso frecuente en la población obstétrica y si es severa puede asociarse con riesgos graves para la madre (pérdida de la conciencia) y para el feto (falta de oxígeno y daño cerebral).
Aunque existe variabilidad en la definición de hipotensión para pacientes maternas con anestesia neuroaxial, la mayoría de los autores la define como disminución del 20% al 30% de la presión arterial sistólica, al compararla con los valores iniciales, previos a la colocación de fármacos en el neuroeje, o valores absolutos de presión arterial sistólica inferiores a 90-100 mmHg.
Cuando se utiliza la técnica de anestesia subaracnoidea para la cesárea, se espera alcanzar el nivel sensitivo T4 que permita un periodo intraoperatorio cómodo para el paciente y el ginecólogo, disminuyendo el riesgo de conversión a anestesia general, el uso de medicación parenteral y la insatisfacción del paciente con la técnica anestésica.
Esto explica que sea prácticamente inevitable que el paciente presente simpatectomía farmacológica total.
Además, las embarazadas presentan un desequilibrio autonómico que explica una hiperactividad simpática relativa que las hace más susceptibles de presentar hipotensión por bloqueos neuroaxiales. No debemos olvidar que estas pacientes, ocasionalmente, están sometidas a ayuno muy prolongado.
La incidencia de hipotensión por bloqueo espinal en la población general (no embarazada) es de 33%. En mujeres embarazadas es superior a 90% (según la definición usada), y se ha convertido en el efecto adverso más frecuente por la intervención descrita.
La revisión de 75 ensayos (4624 mujeres) encontró que ningún método previene completamente la hipotensión, pero la incidencia se reduce al administrar líquidos intravenosos, fármacos como efedrina o fenilefrina y al comprimir las piernas con vendas, medias o botas inflables.
Un reciente meta-análisis(1) demostró la existencia de una reducción del riesgo absoluto de hipotensión del 16% (CI95%=9-22%) al infundir coloides frente a cristaloides antes de la realización de la cesárea. Así mismo, se comprobó que dicha reducción cuando el coloide era Hidroxietilalmidón 6% 130/0.4 (HEA) era del 19% (CI95%=6-32%). Esa reducción se demostraba al infundir 0,5l de coloide (RR=0,72; CI95%=0,58-0,91) pero no al infundir 1l (RR=0,97; CI95%=0,53-1,43).
1. Ripollés Melchor J, Espinosa A, Martínez Hurtado E, Casans Francés R, Navarro Pérez R, Abad Gurumeta A, et al. Colloids versus crystalloids in the prevention of hypotension induced by spinal anesthesia in elective cesarean section. a systematic review and meta-analysis. Minerva Anestesiol. 2014 Dec 11; in press

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo de este proyecto de mejora de calidad es disminuir la tasa de hipotensión intraoperatoria de las pacientes sometidas a cesárea electiva mediante la infusión de 500ml de hidroxietilalmidon al 6% antes del establecimiento del bloqueo neuroaxial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Durante el proceso de la canalización de la vía periférica a la paciente se sustituirá el cristaloide habitual por 500ml de HEA 6%, el cual se infundirá de forma previa a la instauración del bloqueo neuroaxial. El resto de la práctica perioperatoria no sufrirá modificaciones. En caso de aparición de hipotensión, quedará a criterio del anestesiólogo su tratamiento. Se registrarán los casos de hipotensión.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 103

1. TÍTULO

INFUSION DE HIDROETILALMIDON 6% 130/0,4 PARA LA PREVENCION DE HIPOTENSION INTRAOPERATORIA EN CESAREA ELECTIVA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes tratadas con HEA previa a cesárea electiva Porcentaje de hipotensiones intraoperatorias.

Se tomará como referencia el porcentaje de hipotensiones demostradas por el meta-análisis anteriormente citado (46%).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio-Finalización (con fines de evaluación de efectividad de medida): 4º trimestre 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 499

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE BACTERIEMIAS POR S. AUREUS Y CANDIDEMIAS (PROA-BACTERIEMIA)

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER CASTILLO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEL PINO JIMENEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DOCUMENTACION Y CODIFICACION CLINICA
· CECILIO IRAZOLA ALVARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· LACAMBRA BLASCO ISAAC. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· LUQUE GOMEZ PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
· PAÑO PARDO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA
· SAGREDO SAMANES MARIA ASUNCION. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las bacteriemias por S. aureus (BSA) y las candidemias (C) son infecciones graves que tienen asociada una morbimortalidad significativa que depende de las circunstancias del paciente y del abordaje diagnóstico/terapéutico realizado.

El abordaje diagnóstico debe incluir:
a) Rápida identificación del microorganismo y de su sensibilidad a los antimicrobianos
b) Evaluación del foco de origen y de las complicaciones en el momento del diagnóstico

El abordaje terapéutico debe incluir:
a) Selección del tratamiento antibiótico considerando los datos “in vitro”, la penetración en el foco de infección, la comorbilidad y el impacto en la resistencia antibiótica
b) Definición de la duración del tratamiento antibiótico, que depende de la evolución clínica, analítica, del foco de infección y de la probabilidad de recurrencia
c) Consideración de otros procedimientos terapéuticos fundamentalmente reparación o drenaje quirúrgico o percutáneo

Sin embargo la gran dispersión de los pacientes con BSAC en el hospital dificulta este abordaje integral porque contribuye a:
• Que la experiencia y conocimiento de los profesionales de los Servicios de origen acerca de los aspectos diagnóstico-terapéuticos mencionados sea altamente variable
• Que existan dificultades significativas en la transmisión eficaz de información relevante

La implementación de conjuntos de medidas diagnósticas y terapéuticas basadas en la evidencia (bundles) se ha demostrado útil para facilitar un abordaje integral de las BSAC obteniendo mejores resultados en aspectos tan relevantes como la mortalidad asociada.

La oferta de una asesoría especializada en BSAC es una oportunidad para formar a los prescriptores de antibióticos en los principios de uso responsable de antimicrobianos, de forma individualizada, repetida y mediante una actividad basada en supuestos clínicos, elementos esenciales para conseguir cambios en el comportamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo 1º
• Mejorar el pronóstico de los pacientes con BSAC.

Objetivos 2º
• Contribuir a la formación de los médicos del HCUZ en los principios de utilización óptima de antimicrobianos
• Monitorizar la adecuación de los protocolos de tratamiento antimicrobiano del HCUZ a la realidad epidemiológica
• Validar localmente una aproximación multidisciplinar de mejora de la calidad de la asistencia a pacientes con infecciones que podría servir para otras enfermedades infecciosas (EE.II.) y para mejorar la utilidad clínica de nuevas pruebas microbiológicas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Fase 1. Constitución del equipo de trabajo

• Integrado por 2 microbiólogos, 2 expertos en EE.II., 1 intensivista, 1 cardiólogo (ecocardio), 1 farmacéutico (programa PROA) y 1 facultativo de Codificación y Documentación.

Fase 2. Puesta a punto de las herramientas y dinámica de trabajo

El equipo de bacteremias (EB) deberá:
• Definir las medidas a incluir en las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de BSAC
• Elaborar material educativo sobre el manejo diagnóstico y terapéutico de BSAC
• Definir las variables a registrar

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 499

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE BACTERIEMIAS POR S. AUREUS Y CANDIDEMIAS (PROA-BACTERIEMIA)

Fase 3. Oferta de soporte especializado para la asistencia a pacientes con BSAC

- Con cada BSAC, además del proceso habitual de notificación al servicio peticionario, el microbiólogo contactará con alguno de los clínicos del EB
- Éstos, tras registrar los datos disponibles, contactarán con el facultativo responsable del enfermo y tras discusión de las particularidades del caso, recordarán las medidas incluidas en el bundle correspondiente. Además se ofertará a los facultativos la evaluación formal de los pacientes con bacteriemias/candidemia a través de una interconsulta reglada.
- Las decisiones sobre las medidas diagnósticas y terapéuticas serán tomadas por el facultativo responsable, según su criterio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de resultado (se compararán con los de los pacientes con BSAC durante el año previo):
- Mortalidad (7, 14, 28 días y 3 meses)
- Duración de la estancia hospitalaria (global y UCI)
- Reingreso relacionado en los 3 meses siguientes
- Proporción de pacientes:
1. con ecocardiograma realizado durante el episodio (antes de la suspensión del tratamiento antibiótico)
2. en los que se ha realizado “hemocultivos de control”
3. con C en los que se ha realizado examen de fondo de ojo
4. con BSA sensibles a meticilina tratados (tratamiento definitivo) con ß-lactámicos antiestafilocócicos (cloxacilina/cefazolina)
5. con C por cepas sensibles a fluconazol tratados con fluconazol (tratamiento definitivo)
- Coste del tratamiento antimicrobiano

Indicadores de proceso:
Proporción de pacientes con BSAC en los que:
- el EB ha contactado con el facultativo responsable.
- se realiza interconsulta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se pretende que esta acción sea mantenida en el tiempo, pudiendo plantearse una ampliación de criterios de inclusión a otros microorganismos

Cronograma
Fase 1: 06/15
Fase 2: 07-09/15
Fase 3: 09/15-
Fase 4: 03/16

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Bacteriemia
OTRA PALABRA CLAVE 2. PROA
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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 170

1. TÍTULO

INFORME SOBRE LOS RESULTADOS DEL CRIBADO DE TOXOPLASMOSIS EN LA EMBARAZADA

2. RESPONSABLE ..... ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENITO RUESCA RAFAEL. 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
· SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BELLES BELLES ALBA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BUENO SANCHO JESSICA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SANCHEZ BERNAL MARIA JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Toxoplasma gondii es un parásito que puede causar infección congénita cuando se adquiere durante el embarazo.
La determinación de IgG específica anti-toxoplasma forma parte de las pruebas de cribado que se realizan durante el embarazo para detectar a las mujeres susceptibles, sobre las que aplicar las recomendaciones higiénico-sanitarias oportunas con el objeto de prevenir la infección congénita.
En la actualidad, no conocemos el número de dichas gestantes susceptibles de contraer la infección durante el embarazo ni cuál es la tendencia en la evolución de la prevalencia de toxoplasmosis en dicho grupo poblacional.
El objetivo es determinar la prevalencia de la infección en mujeres embarazadas durante el periodo comprendido entre el año 2000 y 2014 y su evolución a lo largo de ese tiempo.
Indicaciones.
La determinación de la IgG anti-toxoplasma durante el embarazo se realiza en los siguientes casos:
Gestantes en el primer trimestre de gestación para conocer el estado inmunitario frente a Toxoplasma gondii. En caso de ser positiva, se admite que la paciente está inmunizada, y la serología de toxoplasmosis no se volverá a repetir en lo que resta de embarazo.
En el caso de que el resultado sea negativo y por lo tanto, susceptible de infección durante el resto de la gestación, se realizará control en el segundo y tercer trimestre con el fin de detectar una seroconversión y por ende, la posibilidad de que el feto se vea afectado debido a una toxoplasmosis congénita.
Evaluaremos la prevalencia media de la toxoplasmosis en las gestantes así como su tendencia en el periodo de tiempo señalado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Todavía no se ha obtenido ningún resultado.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocer la prevalencia de toxoplasmosis y su evolución en la población de gestantes atendidas en el sector III de Zaragoza.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para realizar el análisis de la información obtenida se generará una base de datos, mediante la exportación de los datos demográficos de los pacientes y de los resultados de todas las pruebas serológicas según el protocolo de embarazo existente en las que se haya solicitado IgG de toxoplasmosis.

La exportación se realizará mediante el programa informático “Modulab Laboratorio versión 2.2.04” (Werfen Group - IZASA) que es el que se utiliza en nuestro hospital para la gestión de los Servicios Centrales.

La base de datos será depurada revisando los nombres de los pacientes, el sexo y la edad y la condición de gestante.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores.
• Detección de gestantes inmunizadas con IgG anti-toxoplasma positiva.
• Detección de gestantes susceptibles de infección con IgG anti-toxoplasma negativa.
• Publicación de datos en la web del HCU Lozano Blesa.

Evaluación y seguimiento.

• Registro de los resultados de IgG anti-toxoplasma en mujeres embarazadas pertenecientes al sector III de Zaragoza durante el periodo de estudio.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde el 1 de junio hasta la finalización de la convocatoria se realizará la revisión sistemática de las analíticas objeto de estudio.

11. OBSERVACIONES. El estudio se basará en el análisis de los resultados de todas las embarazadas, no de una muestra de las mismas, con lo que los datos obtenidos reflejarán la situación real de nuestra zona de influencia.

La "n" analizada será la suficientemente grande para que nuestros resultados sean exportables a la Comunidad Autónoma de Aragón.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 170

1. TÍTULO

INFORME SOBRE LOS RESULTADOS DEL CRIBADO DE TOXOPLASMOSIS EN LA EMBARAZADA

·EDAD. MUJERES EN EDAD FÉRTIL
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PREVALENCIA
OTRA PALABRA CLAVE 2. TOXOPLASMOSIS
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 2 Poco
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 682

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REEDUCACION DIABETOLOGICA GRUPAL PARA PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS TIPO1

2. RESPONSABLE ..... PILAR CRESPO MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AZNAR MONTAÑES MARINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CALVO GRACIA FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. INTRODUCCIÓN:
El hecho de que la diabetes mellitus sea una enfermedad crónica que puede—y debería— ser controlada por la propia persona, pone de relieve la importancia de las acciones y programas educativos dirigidos a las personas afectadas y a su entorno. En este sentido, diferentes estudios han confirmado que la formación adecuada de pacientes y familiares favorece el control óptimo de la enfermedad y la sensación de bienestar. De hecho, en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, podemos leer que: «la atención y la educación se encuentran entre los aspectos más importantes en la lucha contra la diabetes». La mejora en el control de la misma está vinculada a mejoras en la calidad de vida y en la supervivencia.

OPORTUNIDAD DE MEJORA:

En las revisiones periódicas de algunos de los pacientes diagnosticados de DM tipo 1 vistos en nuestras consultas se detecta, a través de los resultados de análisis clínicos y evaluación de las mediciones de glucemia capilar que el paciente realiza en el domicilio, un mal control metabólico.
Situación actual: pacientes diagnosticados de DM tipo 1 con un mal control metabólico y, por tanto, con un mayor riesgo de aparición de complicaciones a corto y largo plazo que si estuviesen bien controlados.
El mal control metabólico está en relación con:
- Estilo de vida no saludable.
- Mala adherencia al plan de alimentación adecuado para pacientes con DM.
- Olvido de las habilidades adquiridas en el momento del debut: técnicas de autoanálisis, autoinyección.
- Abandono de la práctica de las mismas.
- Deficientes conocimientos / inseguridad para el autocontrol de su enfermedad.

El proyecto es útil porque supone un refuerzo de la ED “de supervivencia” recibida por los pacientes en el momento del debut de su diabetes y una oportunidad para realizar una Educación Diabetológica más avanzada que hace posible formarles en la autogestión, en la adaptación del tratamiento a su propia enfermedad y a las actividades de su vida diaria y, por tanto, mejora su calidad de vida. Consecuentemente disminuye el gasto sanitario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es la implementación de un programa estructurado y progresivo de Educación Diabetológica dirigido a pacientes y familiares.

La puesta en marcha del programa permite:
- Sensibilizar al paciente de la importancia de conseguir y mantener un buen control metabólico para reducir el riesgo de complicaciones a corto y largo plazo y poder disfrutar de una mejor calidad de vida.
- Aumentar el nivel de conocimientos y las habilidades del paciente y capacitarle para la toma de decisiones en las diferentes situaciones a las que tiene que hacer frente en su día a día, consiguiendo con ello un mejor control metabólico y, por tanto, una disminución del riesgo de complicaciones.
- Disminuir el número de consultas médicas de urgencia y de ingresos hospitalarios debidos a complicaciones agudas de la DM (hipoglucemias, cetoacidosis

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Captación de candidatos a la educación grupal en las revisiones periódicas en consulta (médica o de enfermería).
- Propuesta al paciente de participar en el programa.
- Realización de un test de conocimientos previo a las sesiones educativas.
- Formación de grupos homogéneos (edad, tiempo de evolución de la Diabetes, conocimientos previos…) de 5 pacientes.
- El programa consiste en la realización de 4/5 sesiones que serán impartidas por las enfermeras de la consulta de Educación Diabetológica. Las sesiones tendrán una parte teórica en la que partiendo de conceptos básicos sobre la Diabetes se irá avanzando para revisar los puntos clave del autocontrol (tratamiento farmacológico, plan de alimentación y ejercicio) y la actuación ante complicaciones a corto plazo (hipoglucemias, hiperglucemias y cetosis). Esta parte teórica incluirá también información para autogestión de la diabetes en situaciones especiales (enfermedad intercurrente, celebraciones, comidas fuera de casa, salidas nocturnas, alcohol, tabaco…) y el cuidado de los pies. Todo ello se realizará con apoyo de medios audiovisuales. Habrá también una parte práctica en el tema de alimentación y se trabajará con alimentos reales para enseñar a contabilizar las raciones de carbohidratos de la dieta.
- Realización de un test de conocimientos una vez finalizado el programa.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 682

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REEDUCACION DIABETOLOGICA GRUPAL PARA PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS TIPO1

- Evaluación de los resultados de la educación transcurridos 6 meses de la finalización del programa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
- Cifra promedio de glucemia los 6 meses anteriores a las sesiones y los 6 meses posteriores a las mismas.
- Cifras de glucemia: Desviación estándar en los mismos periodos.
- Determinación de Hemoglobina glicosilada en los mismos periodos.
- Número de hipoglucemias leves/graves en los mismos periodos. Número de visitas médicas / ingresos hospitalarios por este motivo.

Seguimiento:
- Entrevista.
- Determinación en la propia consulta de HbA1c.
- Descarga de datos de glucómetro.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: Julio 2015
Finalización: Agosto 2015
1 sesión semanal

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 544

1. TÍTULO

DIFUSION DE LOS "TALLERES TEORICO PRACTICOS EN EL CUIDADO DE ESTOMAS DE ELIMINACION PARA PACIENTES Y FAMILIARES" AL AMBITO DE ATENCION PRIMARIA

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.
· SANZ PLUMED ANA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SISAMON GIL ROSA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SOLER LANZUELA PACO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El equipo de enfermería de cirugía general B del Hospital Clínico Lozano Blesa,detectó la necesidad de formación y atención continuada especializada a los pacientes ya dados de alta con un estoma de eliminación.
Observamos que, pese al esfuerzo realizado hasta el momento con la puesta en marcha de los talleres, la difusión es quizá todavía reducida a los pacientes hospitalizados en el momento, y otros profesionales(cirujanos,primaria), nos manifestaron la escasa información de la que disponían para los pacientes en las consultas de seguimiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Presentamos éste proyecto como ampliación del proyecto del año 2013: "Talleres teórico prácticos en el cuidado de estomas de eliminación para pacientes y familiares".
Las actividades realizadas hasta la fecha:
1. Se reestructuró el equipo integrante de los anteriores proyectos debido a cambios en la plantilla del hospital.
2. Evaluación de la formación dada en los talleres, durante su estancia hospitalaria y en el tríptico informativo elaborado en los anteriores proyectos.
3. Elaboración de una encuesta para detectar las prioridades en cuanto a formación expresadas por los pacientes y familias.
4. Entrega de las encuestas a los pacientes participantes actualmente en los talleres, próximos al alta, y en las primeras visitas de seguimiento médico en la consulta de cirugía, para detectar sus necesidades.
5. Recogida y análisis de los datos obtenidos.
6. Elaboración de un plan de difusión de la información acerca de los talleres formativos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo es dar a conocer nuestros talleres formativos al entorno de Atención Primaria, de manera que el paciente tenga un soporte especializado al que recurrir, como complemento a la consulta individual.
Mejorar la atención a pacientes y familia, ampliando un proyecto de Educación para la Salud.
Mejorar el grado de seguridad y la autonomía de paciente y familia.
Mejorar el grado de comunicación entre Atención Primaria y Especializada, sobre el cuidado de pacientes con estomas digestivos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En la labor de difusión nos estamos implicando los enfermeros que componemos el grupo del proyecto de mejora con la colaboración de otros profesionales del servicio.
-Envío de carteles y tarjetas informativas a los centros de salud del sector.
-Diseño de una nota informativa dirigida a los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) de AP y de consultas externas de cirugía.
-Información a profesionales sanitarios de los centros de salud de nuestro sector mediante correo electrónico, y envío de nota informativa a coordinador médico y de enfermería de los equipos.
-Reuniones informativas en los centros de salud ofreciendo información complementaria a la nota y carteles.
-Diseño de una encuesta dirigida a profesionales sanitarios para sondear el conocimiento de la existencia de nuestro taller.
-Diseño de una encuesta de satisfacción dirigida a pacientes participantes en nuestro taller provenientes de atención primaria, así como a los profesionales que les han derivado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número y porcentaje de pacientes que participan en nuestros talleres provenientes de Atención Primaria.
-Encuesta de satisfacción a pacientes y familiares.
-Porcentaje de profesionales de atención primaria conocedores de la existencia de nuestros talleres (encuestas).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Puesta en marcha del proyecto: marzo 2015.
-Diseño del nuevo cartel informativo. Marzo 2015.
-Creación de una dirección de correo electrónico para recibir y resolver dudas/consultas. Marzo 2015.
-Redacción de nota informativa acerca de nuestro taller dirigido a profesionales sanitarios de consultas externas y de Atención Primaria. Mayo 2015.
-Envío de dicha nota a través de la dirección de enfermería. Mayo-Junio 2015.
-Concertar reuniones informativas acerca de los talleres con el personal Sanitario de Atención Primaria y consultas externas. Mayo a diciembre 2015.
-Envío de encuesta de evaluación de la difusión y de encuesta de satisfacción a profesionales: Diciembre2015 a

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 544

1. TÍTULO

DIFUSION DE LOS "TALLERES TEORICO PRACTICOS EN EL CUIDADO DE ESTOMAS DE ELIMINACION PARA PACIENTES Y FAMILIARES" AL AMBITO DE ATENCION PRIMARIA

junio 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 649

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA ESPECIFICA DE ENDOMETRIOSIS

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL DIAZ VEGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOU MERCADE ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. GINECOLOGIA
· ROLDAN RIVAS FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. GINECOLOGIA
· ELIA GUEDEA MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA COLO-RECTAL
· CIA BLASCO PEDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA-CLINICA DOLOR
· BERGES MUNSURI VISITACION. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. QUIROFANO
· FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOLOGO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La endometriosis enfermedad crónica durante la edad reproductiva se caracteriza por la presencia y desarrollo de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, que responden a los esteroides ováricos. Tiene una prevalencia de al menos un 10% de la población femenina en edad fértil. Los síntomas más comunes son: dismenorrea, dispareunia, infertilidad y dolor pélvico crónico. Las manifestaciones clínicas son variables, no guardando relación directa con la extensión, requiriendo a veces varias intervenciones quirúrgicas, siendo en ocasiones mutilantes y con complicaciones, sin conseguirse, en todos los casos, un tratamiento curativo.

Uno de los problemas que nos encontramos es el retraso en el diagnóstico y tratamiento. Una valoración precoz de las mujeres con endometriosis podría evitar la evolución de la enfermedad y evitar sus graves consecuencias.

El servicio de Obstetricia y Ginecología, conocedor de la problemática de las pacientes con endometriosis, ha fomentado la creación de una consulta específica de endometriosis, con la finalidad de mejora en el manejo de este grupo de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Generar una guía de actuación para mejorar el diagnóstico temprano y la calidad de las pacientes con endometriosis con los siguientes objetivos:

1) Conseguir una adecuada coordinación entre atención primaria y atención especializada, para derivar ante la sospecha de endometriosis a la consulta específica.
2) Desde la consulta específica: Determinar el grado de endometriosis.
•Leve: Remitirla a control a atención primaria, con el manejo adecuado.
•Deseo genésico: Remitirla a la unidad de esterilidad y reproducción.
•Grave: Evaluarla en la unidad multidisciplinar.
3) Generar en el hospital un equipo multidisciplinar de diferentes unidades para el manejo de la endometriosis severa.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Para una correcta coordinación con atención primaria, generar una guía e itinerario de las pacientes con sospecha o diagnosticadas de endometriosis.
2) Puesta en funcionamiento de una consulta específica de endometriosis. Valorar el número facultativosos y consultas necesarias.
3) Unidad multidisciplinar: Para la atención de casos de endometriosis profunda de gran complejidad, se requiere la participación y coordinación los siguientes profesionales:
•Ginecología.
•Cirugía colo-rectal
•Urología.
•Radiología.
•Clínica del dolor.
•Esterilidad y reproducción.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a) Indicadores de actividad.
-Origen de las pacientes derivadas con endometiosis.
-Pacientes que requieren tratamiento médico o quirúrgico.
-Pacientes que requieren evaluación por otras unidades (equipo multidisciplinar)
-Relación Tratamiento médico / Tratamiento quirúrgico.

b)Indicadores de calidad
-Número de consultas / paciente.
-Mejora en la calidad de vida con tratamiento médico.
-Mejora calidad vida con tratamiento quirúrgico
-Nº de tratamientos quirúrgicos evitados con los tratamientos médicos.

c)Evaluación y seguimiento:
-Trimestral: Evaluación del procedimiento, de los indicadores de actividad y calidad.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 649

1. TÍTULO

CREACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA ESPECIFICA DE ENDOMETRIOSIS

-Anual: Aportación de los datos estadísticos con los indicadores de actividad y calidad y presentación de los mismos en la sesión clínica del servicio

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Primer trimestre: Puesta en marcha de la consulta de endometriosis. Valoración y posible corrección de los indicadores de actividad y calidad.
-Segundo trimestre: Puesta en marcha de la unidad multidisciplinar. Obtención datos semestrales de los índices de actividad y calidad. Valorar posibles correcciones en el procedimiento de actuación.
-Finalizar el año: Presentación de datos, índices de actividad y calidad en la sesión clínica del servicio, en la comisión de calidad del servicio y comunicación final a la unidad de calidad del hospital

11. OBSERVACIONES. No es necesario ninguna inversión económica.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Edad reproductiva
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Guia actuación endometriosis
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 142

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO XAVIER ELIZALDE BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· AMBROJ NAVARRO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MARTIN MONTAÑES MANUEL EMILIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· ROBERTO ALCACER ANA TERESA. MEDICO MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· UCAR TERREN ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MONZON ALEBESQUE FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· CEITEGUI COSCOLLA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) afecta a la mitad de los varones mayores de 50 años. Una cifra que se incrementa hasta el 80% a partir de los 80 años. Se trata de la enfermedad de la próstata más frecuente, de una de las causas de ingreso hospitalario más común entre los españoles y del primer motivo de consulta en los servicios de urología. La Urología Funcional es una disciplina de la Urología que está adquiriendo un mayor protagonismo y proyección en los últimos años. El crecimiento de la Urología Funcional es paralelo al mayor interés de los profesionales sanitarios sobre patologías relacionadas con la la disfunción miccional. La flujometría miccional (registro del volumen de orina evacuada por unidad de tiempo (ml/s)) permite hacer una aproximación diagnóstica de la obstrucción de tracto urinario inferior. La cirugía en pacientes con hipertrofia benigna de próstata obtiene óptimos resultados en aquellos pacientes con obstrucción del tracto urinario inferior secundaria a adenoma prostático. La realización de la flujometría miccional tras la cirugía es un procedimiento obligado que permite evaluar los resultados obtenidos en comparación con los valores flujométricos previos a la cirugía y detectar aquellos pacientes en los que la cirugía no ha sido efectiva. Con este objetivo hemos diseñado un proyecto de optimización en el manejo de esta patología, esencial para poder tomar ulteriores decisiones y el seguimiento de los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del estudio va a ser mejorar el control de los pacientes con HBP, estandarizando y facilitando el diagnóstico, y por consiguiente el adecuado tratamiento, siguiendo las directrices de la Asociación Española de Urología y European Association of Urology. Permitirá la racionalización de pruebas complementarias, técnicas diagnósticas y tratamientos de urología funcional con alto impacto en la calidad asistencial. Es especialmente importante recalcar que el estrecho contacto con el paciente con disfunción miccional y sus problemas, la atención integral y la aplicación de tratamientos específicos adecuados a la patología funcional subyacente, tendrán como resultado una mayor eficacia y satisfacción del paciente y sus familiares. Como consecuencia de se espera:
• Acortar los circuitos de los pacientes.
• Reducir el número de consultas externas.
• Mejorar la información del proceso de cada paciente.
• Mejorar la atención integral al paciente con hiperplasia benigna de próstata.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizaremos una estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP. Se excluirá a los pacientes portadores de sonda vesical permanente. Se prestará mayor importancia a aquellos pacientes sometidos a cirugía de la hiperplasia benigna de próstata, en relación al seguimiento posterior. Especialmente importante será que todos los pacientes citados en la Unidad para la realización de flujometrías, se les habrá instruido para acudir en las condiciones adecuadas, evitando la necesidad de suspensión de estudios y necesidad de reprogramar a los pacientes. Nos serviremos de la actual agenda de estudios de flujometría miccional para incorporar en la misma estos pacientes, ocupando estos días de trabajo de la Unidad. Una vez en marcha el modelo de solicitud será responsabilidad de todos los miembros del Servicio realizar una adecuado seguimiento. Según el resultado se procederá a remitir al paciente a la consulta de origen para valorar el resultado, instaurando el tratamiento si fuera necesario acortando el proceso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Flujometría miccional prequirúrgica en pacientes con hiperplasia benigna prostática. (estándar= >90%)
Tasa de flujometría obstructiva tras cirugía por hipertrofia benigna de próstata (HBP). (estándar = 5%)
Tasa de incontinencia urinaria tras cirugía por hiperplasia benigna prostática. (estándar =1%)
Estos indicadores serán medidos pre y postoperatoriamente sobre todos los pacientes sometidos a cirugía por HBP durante el periodo evaluado, obteniéndolos de las solicitudes archivadas en la unidad de urodinámica y revisión de protocolos quirúrgicos en la base de datos File Maker del servicio de Urología.
Criterios de exclusión: Pacientes portadores de sonda vesical

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Dado que ya se dispone del flujómetro, del lugar y personal adecuado para llevarlo a cabo, así como la base de datos de protocolos quirúrgicos, es factible comenzar en cuanto se estandarice para lo que se necesitará el primer trimestre. El programa debería continuarse durante al menos 2 años, con monitorizaciones, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente del Servicio.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 142

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Hiperplasia Benigna de Próstata
OTRA PALABRA CLAVE 2. Flujometría
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... TERESA ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA
· 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
· ABASCAL RODA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· CANTIN GOLET AMPARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· RIVAS JIMENEZ MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· GRANADOS CARLOS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· COLAS SANZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La urticaria y el angioedema son frecuentes motivos de consulta, no sólo en alergología, sino también en Atención Primaria y en urgencias; en concreto, el angioedema, se está convirtiendo en un problema creciente entre la población más añosa.
Se trata de un cuadro que cursa a episodios de inicio impredecible y que potencialmente pueden amenazar la vida del paciente, por lo que afecta a la calidad de vida de los mismos.
Además existen estudios, desarrollados en España, que describen la repercusión económica del angioedema, nada desdeñable, por el mayor absentismo laboral que presentan, que es mayor que en todos los pacientes que sufren alergias
Se estima que el 20% de la población experimentará un episodio en algún momento de su vida.
En nuestro Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Zaragoza, a lo largo del año 2014, se atendieron 122 pacientes con angioedema (13 casos pediátricos, menores de 14 años, y 109 en adultos, es decir, pacientes mayores de 14 años) de 124.740 urgencias que pasaron por dicho servicio en el mismo período.
El interés de esta enfermedad radica en la heterogeneidad y en la gravedad potencial del cuadro clínico, lo que dificulta su diagnóstico, y en la necesidad de un tratamiento precoz y específico, según el mediador inflamatorio que lo desencadene, con el fin de evitar complicaciones. Su pronóstico mejorará con el tratamiento adecuado administrado de forma precoz.
En el servicio de urgencias el médico debe guiarse únicamente por la historia clínica y la exploración física, con los medios habituales en este ámbito, para establecer un diagnóstico de sospecha y administrar un tratamiento adecuado. Esto puede llevar a una variabilidad en el manejo de estos pacientes. Para disminuir la misma se propone elaborar un protocolo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el manejo del angioedema agudo en el servicio de urgencias, de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible, reduciendo al mínimo el fracaso terapéutico y los costes económicos que acarrean.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se propone la elaboración de un protocolo de manejo del angioedema agudo en Urgencias, con un algoritmo de decisión diagnóstico– terapéutico, contrastado con la evidencia científica actual, y su posterior difusión al personal sanitario implicado en el manejo de esta patología, a través de sesiones clínicas impartidas tanto a FEAs, MIR, ATS como a celadores, para posteriormente comenzar a aplicarlo a los pacientes que acudan al servicio de urgencias con angioedema agudo. Ademas colocaran posters en la unidad de vital, boxes de observación y de cirugía, ubicaciones donde se atienden a este tipo de pacientes, con el algoritmo impreso.
También se propone elaborar dípticos de bolsillo con el algoritmo, que se repartirán después de cada sesión a los profesionales involucrados en la asistencia de estos pacientes.
Tras un año de la aplicación del protocolo, se revisarán los resultados obtenidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se proponen los siguientes indicadores para la monitorización e implementación del protocolo:
1.
Numerador: Nº de pacientes que acuden a urgencias con crisis de angioedema a los que se realiza anamnesis que incluye los siguientes aspectos: antecedentes familiares, antecedentes personales y tratamiento farmacológico actual x 100
Denominador: Nº total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

2.
Numerador: Nº de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema sin diagnóstico previo, que son derivados al alta al servicio de alergología para su diagnóstico definitivo x 100
Denominador: Nº total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

3.
Numerador: Nº de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema con compromiso orofaringeo, sin diagnóstico previo, que no responde a tratamiento antihistaminérgico, y que reciben tratamiento con fármacos anti- bradicinérgicos x 100

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Denominador: Nº total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

4.
Numerador: Nº de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema con compromiso orofaringeo, con diagnóstico previo de angioedema bradicinérgico, que reciben tratamiento antibradicinérgico x 100
Denominador: Nº total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

El responsable de la obtención de los indicadores, será el gestor del protocolo. La fuente de datos será la historia clínica informatizada en el programa PCH de urgencias.
La periodicidad de su obtención, anual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Creación del grupo de trabajo de angioedema: Enero 2015.
- Elaboración del protocolo: Hasta Junio 2015.
- Elaboración de posters y dípticos de bolsillo durante Julio y Agosto 2015.
- Sesión clínica a los adjuntos de urgencias, residentes y personal de enfermería: En Septiembre 2015, en la cual se comenzarán a repartir los dípticos.
- Colocación de pósters: en Septiembre 2015
- Inicio de la aplicación del protocolo: Septiembre 2015
- Revisión de resultados: Septiembre 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con angioedema

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. angioedema
OTRA PALABRA CLAVE 2. manejo
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 024

1. TÍTULO

APLICACION DE UNA HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES A LOS QUE SE INICIA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ALVARO FLAMARIQUE PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA NOAIN ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· ABASCAL RODA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· MARTINEZ GIL RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· GAY GASANZ BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· RAMIREZ NATALIA DIAZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· TARI FERRER ELVIRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) es una modalidad de soporte respiratorio que permite aumentar la ventilación alveolar sin necesidad de invasión artificial de la vía aérea.
Reduce la morbimortalidad de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, disminuyendo la necesidad de intubación orotraqueal (IOT) y evitando las complicaciones secundarias a la misma.
Su empleo está cada vez más extendido en los Servicios de Urgencias hospitalarios como el nuestro, pero con una situación de partida no protocolizada.
La VMNI necesita un seguimiento cercano de los pacientes durante las primeras horas de su implantación y una colaboración intensiva entre el personal médico y de enfermería.
Nuestro proyecto pretende mejorar la asistencia a estos pacientes,a través del programa informático puesto clínico hospitalario (PCH) de uso en todos los Servicios de Urgencias del SALUD y con la incorporación de una ventana específica para el registro de parámetros para pacientes a los que se inicia VMNI en nuestra Unidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Realizar un registro correcto a través del programa informático PCH
2.Implantar un protocolo de seguimiento y cuidados de estos pacientes durante su estancia en Urgencias.
3.Reducir la necesidad de IOT y/o ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos de este tipo de enfermos.
4. Disminuir su morbimortalidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación del personal de enfermería adscrito a la Sala de Observación de nuestra Unidad (SOU): material y dispositivos disponibles, monitorización, manejo de las posibles complicaciones
2. Registro de pacientes que han recibido VMNI en nuestra Unidad incluyendo hoja de valoración de enfermería
3. Monitorización de indicadores de proceso y resultado.
4.Análisis de los resultados con retroalimentación al personal implicado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de pacientes que han precisado VMNI según indicación: insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, hipercápnica o paliativa.
2. Porcentaje de registros correcto en PCH de pacientes a los que se ha iniciado VMNI.
3. Porcentaje de Gasometrías arteriales realizadas tras 1-2 h de colocación de la VMNI
4. Porcentaje de pacientes en los que se inicia VMNI que precisan intubación orotraqueal (IOT) en su seguimiento.
5. Porcentaje de pacientes en los que se inicia VMNI que precisan ingreso en UCI en su seguimiento.
6. Porcentaje de exitus durante su estancia en urgencias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se establece una duración inicial del proyecto de 1 año:
1.Inicio del registro de pacientes con monitorización de indicadores a partir del 1 de julio del 2015 con revisión trimestrales.
2.Presentación de resultados enjulio de 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 091

1. TÍTULO

MAPA DE RIESGOS DE LA ATENCION URGENTE. HERRAMIENTA DE PREVENCION APLICADA A NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO GARCIA NOAIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AMORES ARRIAGA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· GOMEZ BITRIAN JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· DE LOS MARTIRES ARMINGOL IRENEO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· SIERRA BERGUA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Un Mapa de Riesgos es una representación gráfica que evidencia las características, especificaciones y elementos que integran un proceso y las circunstancias con probabilidad potencial de producir un daño o distorsionar los resultados previstos y sobre los cuales se puede actuar para minimizar su impacto.

Una de las estrategias contempladas en el Programa SEMES-Seguridad Paciente es la posibilidad de diseñar y proporcionar una herramienta de prevención para los Servicios de Urgencias, mediante la creación de un Mapa de Riesgos (MR) de la Atención Urgente, entendiendo, como tal, un instrumento de conocimiento de los riesgos y de los daños probables o comprobados de el ámbito del proceso asistencial en Urgencias.

La lectura crítica de las informaciones sintéticas obtenidas mediante la aplicación de un MR debe permitir la programación de planes de intervención preventiva y correctiva, así como la verificación de su eficacia una vez implementados.

El MR supone una herramienta de gestión de riesgos que sin duda puede ayudar de manera complementaria a la consecución de los objetivos de mejora continua de la calidad y de la seguridad del paciente en los SU.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Emisión de informes sobre los riesgos importantes y graves detectados
2. Aportación de recomendaciones de controles de detección y/o sugerencia de acciones de mejora
3. Seguimiento de las acciones de mejora seleccionadas
4. Autoevaluación continua
5. Establecer comparación o Bechmarking con otros centros

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El Mapa de Riesgos de la Atención Urgente contempla inicialmente un total de 1364 riesgos entre ocho procesos relacionados con la asistencia urgente: 1-llegada, 2-admisiones, 3-triaje, 4-visita de enfermería y médica, 5-pruebas complementarias, 6-tratamiento, 7-observación, 8- destino. Asimismo, los procesos de pruebas complementarias y destino se subdividen en varios subprocesos. El proceso de pruebas complementarias se subdivide, por su mayor frecuencia de realización, en: laboratorio, diagnóstico por imagen y práctica de ECG. El proceso de destino se subdivide según criterio de posible destino al alta en alta a domicilio, ingreso hospitalario, traslado a otro centro hospitalario o ingreso a quirófano. En total suponen un total de 13 procesos/subprocesos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Informe de los riesgos de la Unidad según procesos
2. Informe de los riesgos de la Unidad según su criticidad (IPR)
3. Seguimiento de las acciones de mejora asociadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se establece una duración inicial del proyecto de 1 año.
Presentación de resultados con propuestas de líneas de mejora en junio de 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Mapa de Riesgos
OTRA PALABRA CLAVE 2. IPR
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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 091

1. TÍTULO

MAPA DE RIESGOS DE LA ATENCION URGENTE. HERRAMIENTA DE PREVENCION APLICADA A NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 193

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO SISTEMA DE VERIFICACION DE TRATAMIENTOS DE IMRT BASADO EN HDV INCLUYENDO ESTUDIO RETROSPECTIVO

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.
· ORTEGA PARDINA PABLO. RADIOFISICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· SERRANO ZABALETA SONIA. RESIDENTE RADIOFISICA HOSPITALARIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· MILLAN CEBRIAN ESTHER. RADIOFISICA HOSPITALARIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· ALBA ESCORIHUELA VERONICA. RESIDENTE TECNICO RADIOFISICA HOSPITALARIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· LUENGO TOLOSA ELENA. TECNICO RADIOFISICA HOSPITALARIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· FERRER GONZALEZ LUISA. TECNICO RADIOFISICA HOSPITALARIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· VALENCIA JULVE JAVIER. ONCOLOGO RADIOTERAPICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La verificación de tratamientos de IMRT en radioterapia ser realiza en la actualidad de manera previa al tratamiento. Si dicha verificación no cumple los criterios de tolerancia establecidos se clasifica como un positivo, y la planificación ha de ser replanteada o el tratamiento corregido. Si los criterios se cumplen, la verificación se considera un negativo y el tratamiento puede comenzar. En todo análisis clasificador se busca reducir el número de falsos positivos y de falsos negativos, aumentándose por tanto la sensibilidad y la especificidad de la prueba. Hasta la fecha se utiliza un sistema de verificación basado en medida con cámara de ionización en un punto y comparación de planos de dosis calculados y medidos con métricas de similaridad entre distribuciones planares. El nuevo software COMPASS (IBA dosimetry), ha sido adquirido por el Servicio de Física a través de un proyecto conjunto con la escuela de ingenieros y permite un análisis de la verificación en términos de histograma dosis volumen (HDV), que es precisamente la herramienta clínica que permite al médico especialista decidir si un plan de tratamiento es aceptable o no, acercando mucho más la valoración clínica al resultado del sistema clasificador.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con el nuevo software se espera reducir el tiempo de verificación de los tratamientos y reducir el número de falsos positivos y falsos negativos. Además es posible analizar de manera retrospectiva muchos de los pacientes verificados hasta ahora con otros sistemas y establecer comparaciones con la nueva verificación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Es necesario caracterizar las unidades de tratamiento del acelerador Oncor en el sistema Compass a partir de medidas experimentales. Posteriormente se realiza la puesta en marcha con el cálculo y verificación de una serie de casos tipo. Con el nuevo sistema se irradiarán todos los pacientes (unos 60 de diversas localizaciones), que han sido previamente verificados con otros métodos para realizar un análisis comparativo retrospectivo.
Se establecerán los criterios clínicos necesarios para definir las métricas de evaluación, en colaboración con el Servicio de Oncología Radioterápica del HCUZ.
Se evaluará el número de positivos encontrado con el nuevo sistema, así como la especificidad y sensibilidad de la nueva técnica de verificación.
Se evaluará el tiempo por paciente necesario con el nuevo sistema.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tiempo de verificación de un tratamiento, hasta ahora establecido en una media de 3 horas, 1 hora para las medidas y 2 horas para el análisis de las mismas, siendo especialmente larga la verificación plano a plano con análisis gamma. Se espera reducir el tiempo de verificación a apenas 1 hora, tiempo de irradiación más tiempo de análisis.
Número de positivos en la verificación y reducción de los falsos positivos y negativos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma:
Enero-Febrero 2015 Caracterización en el equipo Compass de las Unidades de tratamiento y Calibración del detector MatrixX
Marzo-Diciembre 2015 Medida y evaluación de planificaciones de pacientes de forma retrospectiva y actuales
Noviembre-Diciembre 2015: Análisis estadístico de los resultados obtenidos. Análisis discriminante basado en métricas obtenidas con los HDV.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 193

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO SISTEMA DE VERIFICACION DE TRATAMIENTOS DE IMRT BASADO EN HDV INCLUYENDO ESTUDIO RETROSPECTIVO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Verificacion pacientes radioterapia IMRT
OTRA PALABRA CLAVE 2. Sensibilidad y especificidad
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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 1 Nada
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 235

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA VIA CLINICA SOBRE EL REINICIO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL PACIENTE NEUROQUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEL RIO PERRZ CLARA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· CORNUDELLA LACASA ROSA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA
· BARRENA GONZALEZ CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· MARTINEZ LAZARO BEATRIZ. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA
· PALOMERA BERNAL LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA
· RODRIGO PARADELLS RODRIGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años, debido al aumento de la esperanza de vida, se ha producido un incremento de patología neurotraumatológica en pacientes mayores de 65 años. La mayor parte de estos pacientes, presentan pluripatología de base que en muchos casos requiere tratamiento anticoagulante crónico.
El traumatismo craneoencefálico incluye una serie de patologías como son los focos contusivos, hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural, hematoma subdural y hematoma intracraneal, todas ellas susceptibles de agravarse por el tratamiento anticoagulante.
Para realizar un correcto tratamiento médico o quirúrgico, y evitar complicaciones neurológicas durante la evolución de estos pacientes, es importante un correcto manejo de la medicación anticoagulante, suspendiendo inicialmente dicho tratamiento y reiniciandolo en el momento idóneo para evitar complicaciones.
La reintroducción del tratamiento anticoagulante en estos pacientes es un tema controvertido, ya que no existen unas pautas estandarizadas. Por todo esto creemos que es importante para mejorar la asistencia a estos pacientes y minimizar las complicaciones, establecer unas recomendaciones para unificar en todos los pacientes la reintroducción del tratamiento anticoagulante.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el momento actual, aún no se ha puesto en marcha ninguna de las actuaciones para estandarizar en todos nuestros pacientes la reintroducción del tratamiento anticoagulante tras sufrir patología neuroquirúrgica.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Unificar en todos nuestros pacientes los criterios para reintroducir el tratamiento anticoagulante en los pacientes que han sufrido patología neuroquirúrgica, para minimizar el riesgo de sufrir complicaciones hemorragicas durante la evolución de dicha patología

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de una vía clínica a través del Trabajo en equipo de los Servicios de Hematología y Neurocirugía
Valoración del paciente neuroquirúrgico por parte de Hematología durante el ingreso.
Al alta coordinar seguimiento por parte de los dos servicios y revisar al paciente en cortos periodos de tiempo.
Según las pruebas neuroradiológicas, estado clínico del paciente y patología previa reiniciar tratamiento anticoagulante.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de la vía clínica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio septiembre 2015
Mayo 2016, finalizacióm

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ANTICOAGULACION
OTRA PALABRA CLAVE 2. NEUROCIRUGÍA
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 741

1. TÍTULO

ACCIONES DE MEJORA PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACION: INSULINA Y SALBUTAMOL INHALADO

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.
· SANCHO SERRANO MARIA ANTONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA
· SANCHEZ MARTELES MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· BUENO LOZANO GLORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· YAGÜE ALVAREZ PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· MOLINER LAHOZ JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· GIL RUIZ CLARA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La insulina es un medicamento de alto riesgo en los hospitales según el listado del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP).
El ISMP y otras organizaciones dedicadas a la seguridad del paciente insisten en la necesidad de establecer procedimientos explícitos para reducir el riesgo de errores cuando se manejan estos medicamentos. Entre otras acciones el ISMP recomienda estandarizar su prescripción, almacenamiento, preparación y administración, así como limitar el número de presentaciones y de concentraciones disponibles.
Durante el año 2014, se formó un grupo multidisciplinar de trabajo para realizar una revisión de los tipos de insulina, marcas comerciales disponibles en ese momento en el hospital, y de las comercializadas en España, disponibilidad de viales y plumas, isoapariencia, recomendaciones para evitar errores de medicación, coste hospitalario y repercusión en el ámbito ambulatorio. Además de planificar su difusión al personal sanitario del hospital. En la actualidad se ha hecho su difusión entre el personal.

El otro medicamento incluido en el proyecto de mejora es el salbutamol para inhalación: la elección de este medicamento en el proyecto es por el número de errores de medicación detectados en el hospital, a lo largo de toda la cadena del medicamento, desde su prescripción hasta su administración.
Así como las demás presentaciones de medicamentos para inhalación, se presentan en ampollas de administración única, en las que no es necesario el uso de jeringuillas para su dosificación (a pesar de su frecuente utilización según lo observado), no pasa así con el salbutamol. La presentación actual disponible en el hospital es en envase multidosis de 20mL, con una concentración de 5mg/mL..
Por todo esto sería necesario, realizar formación en la seguridad de uso de ampollas para inhalación sin el uso previo de jeringuillas, y el cambio de la presentación de salbutamol inhalado a ampollas de unidosis. Este cambio de presentación lleva consigo un cambio en la concentración de salbutamol, por lo que el cambio va acompañado de una gran labor de información.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir errores de medicación con los medicamentos de este proyecto: insulinas y salbutamol para inhalación en Hudson
- insulina: revisar el grado de implantación de las nuevas recomendaciones de insulinas en el hospital.
- salbutamol: evitar errores de prescripción, transcripción, dispensación y administración de salbutamol inhalado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - INSULINA: Revisión de movimientos de almacén de farmacia según recomendaciones, es decir, un mayor movimiento de viales que de plumas, siempre y cuando exista la presentación comercial. (Mercedes Gimeno)
Revisión de peticiones de insulinas fuera de guía (Tránsito Salvador)
Reuniones del grupo para comprobar grado de implantación y medidas de mejora en caso necesario.
- SALBUTAMOL:
1- Revisar presentaciones comerciales disponibles (Mercedes Gimeno)
2- Seleccionar presentación de salbutamol que mejor se adecue a nuestras necesidades (todo el grupo de trabajo)
3- Al haber un cambio en la concentración y ya que en la actualidad la mayoría de prescripciones se realizan por volumen, se tendrá que realizar una correcta difusión por todo el hospital, ya que es un medicamento usado en mayor o menor medida en todos los servicios. (todo el grupo de trabajo).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % compras insulinas fuera de guía
Este indicador se obtiene del programa informático del Servicio de Farmacia.

- % consumo viales/consumo plumas (sólo en aquellas que exista su presentación en vial: Novorapid, Lantus, Insulatard)
Este indicador se obtiene del programa informático del Servicio de Farmacia.

- Análisis de errores de medicación notificados al SINASP o detectados a través del programa de unidosis.
Se obtiene bien del programa de notificación SINASP, o bien del registro de intervenciones farmacéuticas de la prescripción electrónica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Obtención de indicadores de insulinas por trimestre (enero-marzo, abril-junio, julio-sept).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 741

1. TÍTULO

ACCIONES DE MEJORA PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACION: INSULINA Y SALBUTAMOL INHALADO

- Primera quincena Octubre 2015: Difusión dentro del grupo de dichos indicadores
- Segunda quincena Octubre 2015: Reunión del grupo para valoración de indicadores de insulinas y si necesario planificar acciones de mejora.

-Septiembre 2015: Revisión de presentaciones de salbutamol para inhalación disponibles en España, presentación comercial y coste.
- Septiembre 2015: presentación de conclusiones de apartado anterior al grupo y decisión de la selección.
- Septiembre 2015: planificar difusión en el hospital.
- Octubre-Noviembre 2015: Cambio de salbutamol inhalado y difusión por el hospital.

11. OBSERVACIONES. Se envío el proyecto el viernes 22 mayo, siendo aceptado al finalizar el proceso de inscripción online. A las 14:30 se recibió un mail para rehacer la solicitud, ya que se superaban los 5000 caracteres, motivo por el cual lo reenvío hoy.11. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 735

1. TÍTULO

ADECUACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA PARA PACIENTES QUE RECHAZAN LA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ATENDIENDO AL PRINCIPIO DE AUTONOMIA DEL PACIENTE

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.
· MOZOTA DUARTE JULIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CALIDAD
· RAMIREZ GASCA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· CHARLO BERNARDOS MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
· BALTANAS RUBIO PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA
· SANTANDREU LACASA SILVIA. SUPERVISORA. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. AUSENCIA DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ADAPTADOS A LOS PACIENTES QUE RECHAZAN TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS. DICHA CARENCIA OCASIONA NO PODER GARANTIZAR LA ASISTENCIA DE DICHOS PACIENTES EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ADECUACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE ANESTESIA DE NUESTRO HOSPITAL ATENDIENDO AL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE PARA AQUELLOS PACIENTES CAPACES Y MAYORES DE EDAD QUE RECHACEN LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MODIFICAR LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE NUESTRO SERVICIO EN COLABORACIÓN CON EL SERVICIO DE CALIDAD DE NUESTRO HOSPITAL PARA GARANTIZAR LA ASISTENCIA DE DICHOS PACIENTES EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÁS HABITUALES DE NUESTRO CENTRO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % DE PACIENTES QUE SE BENEFICIAN DE ESTA ADAPTACIÓN DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. AÑO 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES QUE RECHAZAN TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 686

1. TÍTULO

EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES

2. RESPONSABLE ..... GONZALO HERRAIZ GASTESI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TELLO MARTIN ANGELA. MEDICO/A. CS ILLUECA. PEDIATRIA A.P
· LALANA JOSA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS OLIVER. PEDIATRIA A.P
· OLIVAN OTAL MARIA PILAR. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. PEDIATRIA A.P
· MONEO HERNANDEZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. PEDIATRIA A.P
· LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. PEDIATRIA A.P
· CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· GARIN MORENO ANA LUZ. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. PEDIATRIA A.P
· CARO REBOLLO JOSEFINA. MEDICO/A. CS OLIVER. PEDIATRIA A.P

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pediatras nos encontramos en una posición privilegiada para intervenir en las primeras etapas del consumo y de la exposición al humo de tabaco que puede afectar al niño desde el comienzo de la concepción. Nos encontramos en una posición única de prevenir e intervenir en el consumo del tabaco al contar con la ventaja de establecer una relación prolongada con las familias.

Por este motivo se hace cada día más importante la inclusión de la relación con el tabaco en la historia clínica y fomentar, desde la consulta pediátrica, al hogar como un espacio libre de humo.

Podemos decir que son muchos los niños que fuman con cierta regularidad al respirar el humo de los cigarrillos de sus padres. Varios estudios evidenciaron concentraciones perceptibles de cotinina en saliva y orina de lactantes expuestos en el hogar al humo de tabaco. De todos los sistemas afectados, las vías respiratorias son las más perjudicadas.

Es menester insistir en la relación del humo de tabaco ambiental (en la casa, en el automóvil) y la salud del niño. Es necesario concienciar a los padres sobre las consecuencias que tiene el tabaquismo paterno o materno en la salud de sus hijos, los peligros resultantes de la exposición al humo de tabaco ambiental y el aumento de la probabilidad de que se inicie el tabaquismo entre los hijos de fumadores.

Y todo esto puede llevarse a cabo desde las consultas de pediatría.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocer si los pediatras abordan de forma adecuada los consejos antitabaco con el fin de evitar que el niño se convierta en fumador pasivo.
- Conocer si influyen en el manejo del consejo antitabaco variables tales como sexo, edad o años de trabajo entre los diferentes pediatras de atención primaria.
- Conocer si influye en el consejo anti tabáquico a padres el propio hábito tabáquico del pediatra.
- Mejorar los conocimientos previos entre pediatras para el consejo antitabaco y aportar herramientas útiles para su utilización en las consultas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de encuesta para conocer aptitudes y actitudes de los pediatras de AP de Aragón con respecto al niño como fumador pasivo.
- Envío de encuesta para cumplimentar on-line a todos los pediatras de AP que pertenecen a la lista de correo de la Asociación de pediatras de Aragón de AP.
- Recopilación de información de utilidad para pediatras y material divulgativo para padres sobre el problema del niño como fumador pasivo.
- Taller divulgativo y presencial dirigido a todos los pediatras de AP de Aragón para abordar el problema del niño como fumador pasivo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº pediatras que contestan a la encuesta on-line/ total pediatras lista de correo

Nº pediatras que acuden al taller formativo/total pediatras lista de correo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2015: Cada profesional recopila material y puesta en común a través de correo electrónico con el resto de componentes del equipo de mejora.

Junio 2015: Reunión del grupo. Distribución de tareas y valoración de material disponible para su consenso.

Septiembre 2015: Envío encuesta on line a través lista de correo pediatras de AP de Aragon. 2º envío a los 15 días.

Octubre 2015: Valoración de resultados encuesta on line.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 686

1. TÍTULO

EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES

Enero 2016: Preparación del taller. Distribución de temas. Herramientas útiles en consulta y manejo del consejo antitabaco para padres.

Marzo 2016. Taller formativo presencial dirigido a pediatras de AP.

11. OBSERVACIONES. El Equipo está formado por profesionales de distintos Sectores de SALUD11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 090

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO: PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL HABITO TABAQUICO EN LOS TRABAJADORES DEL SECTOR III

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.
· ZUECO GARCIA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA DEL TRABAJO
· ARIPES TORRES PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SANTAMARIA MORENO LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· CEBOLLERO MANZANARES ESPERANZA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud de nuestra sociedad. Como sanitarios deberíamos tener alta concienciación sobre el tema, comprender la importancia de mantener una buena calidad del aire de nuestros centros sanitarios, y trabajar proactivamente para la disminución del hábito tabáquico.
Por otro lado, el fumador es un enfermo dependiente a una sustancia, que precisa ayuda, dado que la deshabituación es difícil y las recaídas frecuentes. Además del consejo clínico que le damos en vigilancia de la salud, podemos dar un paso más y derivarle a una consulta de deshabituación tabáquica.
Asimismo, podemos fomentar la cesación del hábito tabáquico mediante actuaciones dirigidas a la totalidad de la población trabajadora de nuestros centros, impulsando estilos de vida y concienciando sobre los problemas asociados al tabaquismo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Deteccción del porcentaje de trabajadores fumadores, su intención de abandono del hábito y su sensibilidad respecto al cumplimiento de la Ley, mediante el desarrollo y emisión de una encuesta sobre hábito tabáquico, en dos vertientes: Una dirigida a los trabajadores que hayan acudido por algún motivo a nuestro Servicio de Prevención, realizada de manera presencial y otra on-line, dirigida a todos los trabajadores del Sector III.
Sensibilizar a los trabajadores por medio de una campaña informativa del Día Mundial sin Tabaco.
Ofertar ayuda especializada a los trabajadores que deseen dejar de fumar.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Promoción de la salud en el trascurso de la vigilancia sanitaria de los trabajadores y derivación a la consulta de deshabituación si lo desea
Constitución de un grupo de trabajo para el desarrollo de la encuesta sobre hábito tabáquico e intenciones de abandono a la población trabajadora del sector III y colaborar en el diseño de las actuaciones a realizar y estudio de resultados.
Propuesta de celebración del Día Mundial sin tabaco, realizando actividades durante la semana previa:
- Diseñar y colocar carteles con mensajes dirigidos a la prevención del hábito tabáquico para la Campaña del Día Mundial Sin Tabaco.
- Colocar una presentación sobre prevención del hábito tabáquico y la promoción del respeto de los espacios sin humo en la intranet del HCU y de Atención Primaria del Sector.
- Poner unas mesas en las entradas al hospital el día 29 de mayo de 2015, en colaboración con la Asociación Española contra el Cáncer.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de la encuesta y publicación de resultados en la intranet.
Realización de las actividades de la Campaña del Día Mundial sin Tabaco.
Nº de trabajadores derivados / Nº de trabajadores fumadores en Vigilancia de la Salud.
Nº de trabajadores que han dejado de fumar / Nº de trabajadores derivados.
Nº de trabajadores que han recaído/ Nº de trabajadores que han dejado de fumar

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 01/01/2015 Fecha de finalización:31/12/2015
Calendario:
- Desarrollo de la encuesta: febrero de 2015.
- Propuesta de cumplimentación de la encuesta a todos los usuarios del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: marzo - agosto de 2015.
- Campaña Día Mundial sin tabaco: 25-31 de mayo de 2015.
- Explotación de los datos estadísticos de las encuestas: Último trimestre de 2015.
- Datos de la consulta de deshabituación: 31 de diciembre de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 090

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO: PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL HABITO TABAQUICO EN LOS TRABAJADORES DEL SECTOR III

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Trabajadores
OTRA PALABRA CLAVE 2. sanitarios
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 594

1. TÍTULO

¿PODEMOS MEJORAR LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS EN LA UCL?

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGEL JULIAN ANSON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CERVERA APARICIO PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· PEÑA NEBRA ANA CARMEN. ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· ANDREU GIRAL MARIA ELENA. ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCL
· DIAZ TORRES MARIA ROSARIO. ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCL
· PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· INDA LANDALUCE MERCEDES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. INMUNOLOGIA
· BARRA PARDOS MARIA VICTORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tanto en revisiones habituales de las solicitudes y su registro por parte de administrativos, como por incidencias registradas en los distintos laboratorios o, incluso, hallazgos casuales, se constatan errores en alguno de los datos registrados, tanto demográficos como en las pruebas solicitadas.
Según el error, las consecuencias pueden ser desde graves, afectando a la seguridad del paciente, hasta interferir en el manejo de muestras en el laboratorio y en la correcta entrega de resultados

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1 Eliminar errores en el registro de solicitudes en la UCL

2 Mejorar el manejo del sistema informático del laboratorio (del software utilizado en el registro

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1 Llevar a cabo reuniones con el personal que realiza el registro de solicitudes recordando que:
- el correcto registro incide en la seguridad del paciente

2 Realizar sesiones formativas en las que:
- se recuerde el manejo correcto del software (localización de pruebas y perfiles, distinguir los distintos motivos y tipos de cancelación, envío de resultados)
- se incida en evitar los errores detectados (registro correcto del centro de extracción, tipo de paciente, no duplicidad de pacientes en la base de datos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: número de errores de registro detectados en la revisión realizada en el Laboratorio de Inmunología. Periodicidad: mensual.

Indicador 2: número de errores de registro detectados en la revisión realizada en el Laboratorio de Bioquímica. Periodicidad: mensual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015 a Junio 2016

Junio 2015: formación en seguridad del paciente, 1 sesión semanal hasta completar la asistencia de todo el personal.

Octubre2015 a Junio 2016: 2 sesiones semanales de 30 minutos, dirigidas al personal administrativo, en las que se repasarán los aspectos del sistema informático que dan lugar a mayor número de errores (catálogo de pruebas, incidencias de muestras y contenedores, datos demográficos

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 281

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LAVILLA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SANCHEZ YANGÜELA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ALGARATE CAJO SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VITORIA AGREDA ASUN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyen una serie de patologías causadas por virus, bacterias, hongos, protozoos y ectoparásitos, en las que la transmisión sexual es relevante desde el punto de vista epidemiológico. Son un importante problema de salud pública, tanto por su magnitud como por sus complicaciones, si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.
El informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad "Vigilancia epidemiológica de las ITS 1995-2013" ya señaló un descenso de infecciones por gonococo o sífilis hasta los años 2000-2001, y desde entonces un ascenso continuo. Los datos aportados por el SIM (Sistema de Información Microbiológica) coinciden con el sistema EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria) en describir un aumento constante desde 2002 para patógenos como gonococo, Chlamydia trachomatis y herpes genital.

En este sentido, en la práctica diaria observamos que la gran variedad de muestras clínicas relacionadas y de patógenos a diagnosticar por distintas métodos, genera dudas y consultas frecuentes desde atención primaria al servicio de Microbiología.

Las muestras requieren ser recogidas y transportadas de acuerdo a especificaciones exactas para asegurar la validez de los resultados.

Desde el laboratorio de Microbiología pretendemos acercar a los Centros de Salud (CS) información que puede ser relevante para un mejor aprovechamiento de las muestras en cuanto a la toma, modo de conservación, adecuación, etc… Para ello se enviará a los coordinadores de los CS un documento aclarando cuestiones que son objeto de consultas telefónicas frecuentes, para difundirlo entre los miembros de los Equipos de Atención Primaria (EAP).

Del mismo modo, si el EAP lo considera conveniente, en el escrito se ofrecerá la posibilidad de realizar charlas explicativas en los CS dependientes del Hospital Clínico Universitario, con médicos, matronas, enfermería, etc. Para ello se desplazaran al centro correspondiente una o varias personas del Servicio de Microbiología aprovechando los momentos de sesiones clínicas o cuando se considere más oportuno por el equipo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Difundir el manual de toma de muestras y la cartera de servicios.
2.- Mejorar la informción proporcionada al clínico para el abordaje adecuado de las ITS.
3.- Orientar sobre las pruebas microbiológcas óptimas en cada caso, teniendo en cuenta que el diagnóstico de las ITS debe plantearse de un modo integral
4.- Disminuir las incidencias en la recogida, transporte y procesamiento de muestras microbiológicas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Difusión mediante documento escrito.
- Charlas informativas con los eqipos de Atención Primaria que lo consideren conveniente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de documentos enviados / total de Centros de Salud dependientes del HCU * 100.

Número de charlas informativas realizadas en los CS / número de CS que las soliciten * 100.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015 a Junio 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. DIAGNOSTICO
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 281

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 435

1. TÍTULO

ADAPTACION Y APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN LA CIRUGIA MAYOR Y ONCOLOGICA EN GINECOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION LEAL CARIÑENA
· 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 MORAN CARMEN. MEDICO/A. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR LOZANO BLESA. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años el manejo perioperatorio de los pacientes intervenidos de cirugía electiva está en proceso de cambio.
Hasta hace poco tiempo se basaba en hábitos y experiencia adquiridos en la práctica médica, más que en hechos demostrados científicamente.
Su fundamento se basaba en esperar la recuperación de las funciones fisiológicas modificadas por la agresión quirúrgica y farmacológica, en base a la reserva orgánica individual.

Por otro lado se demuestra que prácticas como la analgesia intravenosa para control del dolor, en especial con opioides, el retraso en el inicio de la alimentación hasta la aparición del peristaltismo evaluado de manera subjetiva y el reposo en cama son factores de riesgo que favorecen el incremento en los días de estancia hospitalaria y en los costos de atención

El protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery, por sus siglas en inglés: Recuperación Acelerada Después de Cirugía) tiene sus orígenes a partir de la década de los 90, cuando dos grupos de investigadores presentaron diferentes propuestas para mejorar la evolución postoperatoria de los pacientes intervenidos de cirugía electiva, de la que destaca, entre otras, la importancia de la información proporcionada al paciente y su participación como parte integral de la recuperación postoperatoria.

Surgieron también los programas de rehabilitación multimodal (RHMM), también llamados Fast-Track. En base a estos principios, medidas tradicionales en la práctica anestésica/quirúrgica como el ayuno preoperatorio prolongado, la preparación mecánica del colon y el uso de sonda nasogástrica para descompresión no se recomiendan.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La filosofía principal del protocolo ERAS es reducir el estrés metabólico causado por el trauma quirúrgico y al mismo tiempo apoyar la recuperación temprana del paciente. A su vez, esta actuación sobre factores implicados en la respuesta biológica a la agresión impacta en las complicaciones postoperatorias, y disminuye la estancia hospitalaria y los costos de hospitalización

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Abordaje preoperatorio con base en protocolo ERAS

Es recomendable implementar las siguientes intervenciones:
Asesoría preadmisión: proporcionar información verbal y escrita al paciente describiendo lo que se va a realizar durante todo el ingreso y estancia hospitalarios, resolviendo dudas y haciéndole partícipe del proceso. La información y educación preoperatoria mejora la satisfacción de los pacientes, incluso disminuye la ansiedad y favorece el control del dolor postoperatorio

• Evitar ayunos prolongados: se recomienda un ayuno a sólidos de seis horas antes de la intervención quirúrgica y un ayuno a líquidos hasta dos horas antes de la inducción anestésica
El ayuno preoperatorio breve de dos horas es seguro, ya que no aumenta la broncoaspiración y además mejora el bienestar del paciente al disminuir la sensación de sed.

• Carga de carbohidratos: un ayuno preoperatorio breve junto a la ingesta preoperatoria de carbohidratos reduce la respuesta catabólica, disminuyendo la resistencia a la insulina.

• Evitar preparación intestinal: desde hace más de un siglo en la cirugía de colon electiva la falta de preparación colónica se había asociado a un aumento en la dehiscencia de las anastomosis como una complicación, por lo que la preparación mecánica intestinal se consideraba un método efectivo para prevenir la dehiscencia de la anastomosis y la infección de herida quirúrgica. Posteriormente, se ha demostrado que los pacientes con resección de colon y sin preparación no tienen un incremento de la morbilidad ni la mortalidad. Se trata de un procedimiento seguro ya que no aumenta el riesgo de dehiscencia de la anastomosis ni las infecciones de herida quirúrgica. Sin embargo, el beneficio de la preparación del intestino en cirugía rectal es todavía controvertido.

• No usar premedicación: no se recomienda el uso de medicación
preoperatoria con ansiolíticos ni analgésicos. La evidencia científica confirma el nulo beneficio de la analgesia preoperatoria para mejorar el dolor postoperatorio.
Evidencia reciente no ha mostrado beneficio del empleo de ansiolíticos en el preoperatorio

• Profilaxis antimicrobiana: se recomienda profilaxis antibiótica intravenosa que consiste en una dosis única

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 435

1. TÍTULO

ADAPTACION Y APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN LA CIRUGIA MAYOR Y ONCOLOGICA EN GINECOLOGIA

de antibióticos, cubriendo microorganismos aerobios y anaerobios, administrada previa a la incisión quirúrgica.
En cirugías prolongadas (más de tres horas) o en cirugías con importantes pérdidas hemáticas (mayor a 1,500 mL) debe administrarse una segunda dosis.
• Tromboprofilaxis: todos los pacientes deben recibir profilaxis de trombosis venosa profunda con heparina de bajo peso molecular, debido a su facilidad de uso y al bajo riesgo de complicaciones hemorrágicas
Su uso se prolongará un mes tras la cirugía debido al riesgo incrementado de complicaciones trombóticas por un estado de hipercoagulabilidad.
El uso de heparina junto con la colocación de medias de compresión mecánica durante la intervención quirúrgica ha demostrado ser la terapéutica más efectiva como profilaxis antitrombótica

2) Abordaje transoperatorio con base en el protocolo ERAS
Durante el transoperatorio se recomienda implementar las siguientes medidas:
• Anestesia, analgesia epidural, anestésicos de acción corta: la analgesia epidural ha demostrado que directamente atenúa la respuesta de estrés postoperatorio, disminuye el dolor dando como consecuencia una mejora de la función pulmonar por no presentar restricción durante la respiración por el dolor, y promueve el retorno de la función intestinal bloqueando la actividad simpática y consecuentemente, reduciendo el íleo. Por ello, todos los pacientes sometidos a cirugía por laparotomía deben recibir analgesia epidural.
Sin embargo, se han descrito efectos adversos. El bloqueo del sistema nervioso simpático puede favorecer la hipotensión por vasodilatación. También se ha observado un incremento de retenciones de urinaria.
El uso de anestésicos de corta acción favorece la recuperación inmediata del paciente tras la cirugía.

• Mantener normotermia: durante la intervención quirúrgica, la colocación de una manta térmica y la administración de líquidos intravenosos a temperatura controlada (mayor a 37 °C) reducen las infecciones de herida, las complicaciones cardíacas en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares y la hemorragia, y consecuentemente, la necesidad de transfusiones.

• Evitar sobrecarga hídrica: el uso no racional de líquidos intravenosos favorece la sobrecarga hídrica y por lo tanto el incremento del peso corporal, fuga de agua al tercer espacio y edema tisular, eventos que se asocian a una mayor morbimortalidad y consecuentemente a una mayor
estancia hospitalaria. Se ha demostrado que el balance hídrico positivo es factor de riesgo independiente de complicaciones cardiorrespiratorias y retarda la recuperación de la peristalsis. Por este motivo, se debe realizar una hidratación ajustada a pérdidas hemáticas e insensibles.
Se recomienda la administración de un volumen fi jo de cristaloides para el mantenimiento del balance hídrico; y quedan reservados los coloides en caso de inestabilidad así como para reemplazar las pérdidas hemáticas

• Tipo de incisión: se recomienda realizar incisiones transversas u oblicuas, debido a que reducen el dolor y los problemas respiratorios. Pero existe controversia en la literatura. Una revisión sistemática de la Cochrane concluye que debe ser decisión del cirujano responsable ya que no existe suficiente evidencia científica para recomendar un tipo de incisión u otro. Un estudio reciente randomizado y doble ciego no recomienda la incisión horizontal, en éste se comparan 101 pacientes con laparotomía vertical contra 99 pacientes con laparotomía horizontal. Concluye que no existen diferencias entre los grupos en cuanto a niveles de analgesia requerida, complicaciones pulmonares, estancia hospitalaria, hernias postincisionales en el seguimiento a un año ni en la mortalidad.
Aunque sí detecta un aumento significativo de la incidencia de infección de herida quirúrgica en el grupo con laparotomías transversas.
Son necesarios nuevos estudios para determinar si existe un abordaje con firmes ventajas.

• Evitar el uso de drenajes: la colocación de drenajes dentro de la cavidad abdominal tradicionalmente colocados para evacuar restos hemáticos o colecciones postoperatorias no previenen morbilidad postoperatoria. Además, pueden causar molestia al paciente y retrasar la movilización precoz.

3) Abordaje postoperatorio con base en el protocolo ERAS
Las recomendaciones emanadas del protocolo ERAS en este periodo son:

• Retirada temprana de sondas y catéteres: se recomienda
la retirada temprana del catéter epidural y posteriormente de la sonda vesical con el objetivo de evitar la retención urinaria.

• Analgesia y anestesia epidural: el uso de analgesia postoperatoria multimodal consiste en analgesia epidural y endovenosa. La analgesia epidural se mantiene durante 48 horas y posteriormente se retira el catéter. El uso de opiáceos se asocia a retraso en el retorno de la función intestinal normal, por lo que se reserva el uso de éstos como analgesia de rescate.
Los pacientes intervenidos con abordaje laparoscópico presentan menor dolor postoperatorio, por lo que se reducen las necesidades analgésicas y es mástemprana el alta hospitalaria

• Evitar uso de sonda nasogástrica: se debe evitar el uso de sonda nasogástrica. Si es necesaria la descompresión gástrica intraoperatoriamente , una sonda nasogástrica puede utilizarse temporalmente y siempre se retirará al final del procedimiento quirúrgico. Hay evidencia de que el uso rutinario de sonda nasogástrica

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 435

1. TÍTULO

ADAPTACION Y APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN LA CIRUGIA MAYOR Y ONCOLOGICA EN GINECOLOGIA

retrasa la recuperación de la función intestinal, incrementa el riesgo de complicaciones pulmonares y prolonga la estancia hospitalaria, sin evitar los vómitos, la distensión abdominal ni las dehiscencias de anastomosis. Además, la sonda nasogástrica en el postoperatorio causa molestia al
paciente, por lo que puede retrasar su movilización precoz.

• Reinicio temprano de la dieta: tradicionalmente, la dieta oral se iniciaba coincidiendo con la aparición del peristaltismo,
generalmente varios días después de la intervención quirúrgica. El inicio tardío de la dieta se basaba en que el ayuno prolongado podía disminuir el riesgo de dehiscencia.
El protocolo propone iniciar la dieta a las cuatro horas de la intervención quirúrgica. También se han comprobado que la ingesta precoz es segura, disminuye las complicaciones
postoperatorias y reduce la estancia hospitalaria. Además, la tolerancia a la dieta parece un mejor indicador de recuperación de la función intestinal normal que la presencia del peristaltismo. Incluso periodos cortos de inmovilización en el postoperatorio pueden causar morbilidad.

• Movilización temprana: la inmovilización desencadena una cascada de eventos como es el aumento en la resistencia a la insulina, disminuye la fuerza muscular, empeora la función respiratoria disminuyendo la oxigenación de los tejidos e incluso aumenta el riesgo de tromboembolismo.
Se aconseja dos horas fuera de la cama el mismo día de la cirugía, y seis horas los días sucesivos. Por lo que es recomendable continuar la estimulación de los pacientes para la movilización.
Los criterios de alta hospitalaria coinciden en todos los protocolos establecidos. Los tres criterios fundamentales son una tolerancia a la dieta sólida, una analgesia oral eficaz y una correcta movilización del paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se va a realizar un 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

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio:Mayo-2015 Fecha de finalización:Diciembre-2015
Calendario:Mayo: Puesta en común con el servicio de anestesia del protocolo para su implantación en nuestras pacientes.
Junio: 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.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. cirugía oncológica ginecológica
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 085

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA POTOPERATORIA PARA LA CESAREA BASADO EN EL BLOQUEO GUIADO POR ECOGRAFIA DE LOS NERVIOS ILIOHIPOGASTRICO E ILIOINGUINAL

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.
· MARIN ZALDIVAR CLARA. MIR 3º. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RIVERO SALVADOR TAMARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· OROS LOPEZ DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DEL CAMPO DEL CAMPO FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PELLEJERO HINOJOSA SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BONA GRACIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PELIGERO DEZA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El manejo inadecuado del dolor postcesárea, puede afectar de forma significativa al bienestar de la madre y del neonato; esto es debido a que en presencia de dolor: se retrasa la ambulación, el tiempo de inicio de la ingesta, y la ventilación presenta un patrón restrictivo, condicionando la acumulación de secreciones. Estas alteraciones en conjunto, favorecen el desarrollo de complicaciones como lo son el íleo, atelectasias, neumonía, tromboembolismos, así mismo la liberación de catecolaminas inhibe la secreción de oxitocina, con lo cual la producción de leche materna disminuye o se suspende.
Además, en la paciente obstétrica, la percepción del dolor es el resultado de una experiencia única y multifactorial, la cual es influenciada por: ansiedad, experiencias previas, aspectos étnico-culturales y medio ambiente.
La analgesia postoperatoria multimodal es la más empleada actualmente y comprende la combinación de varias técnicas y analgésicos.Aunque los opioides espinales o sistémicos son actualmente el “gold standard” para lograr una analgesia eficaz, se asocian con una incidencia frecuente de efectos secundarios. En los últimos años ha habido un creciente interés en los bloqueos del plano transverso del abdomen, Las evidencias sugieren que esta técnica, como parte del régimen analgésico multimodal, si se ejecuta correctamente, puede reducir los efectos secundarios relacionados con los opioides, reducir su consumo en el postoperatorio, mejorar el dolor y la satisfacción del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1,.-Reducción del dolor postoperatorio y de los efectos secundarios y complicaciones derivados de este.
2.-Aumento de la satisfacción global de las pacientes.
3,.-Reducción del número de rescates analgésicos.
4.-Disminución de la estancia hospitalaria y por consiguiente de los costes hospitalarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Realización de bloqueo regional guiado por ecografía en la unidad de recuperación postanestésica.
2.-Seguimiento en planta hasta el alta hospitalaria bajo la coordinación de los Servicios de Anestesia y Ginecología-obstetricia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Escala analógica visual, presencia de efectos secundarios, necesidad de rescate analgésico a cabecera de paciente.
2.-Satisfación global de las pacientes con encuesta SERVQHOS al alta hospitalaria.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Inicio Junio de 2015
2.-Ealuación de los registros obtenidos a los dos meses, semestral y anual.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 519

1. TÍTULO

INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR PARA AYUDAR A LAS GESTANTES A ABANDONAR EL HABITO TABAQUICO

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA LOU MERCADE
· 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 TRULLEN ALFONSO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SERVICIO NEUMOLOGIA
· MATEO ALCALA PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TEJERO SANCHO SUSANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IBAÑEZ BURILLO PATRICIA LUISA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ DE AGÜERO RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ANORO ABENOZA LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Fumar es perjudicial para la salud. Algunos fumadores desconocen las consecuencias nocivas del tabaco; otros, a pesar de conocer estos efectos perjudiciales, son incapaces de dejar de fumar debido a los efectos adictivos de la nicotina.
Fumar durante el embarazo es causa de complicaciones obstétricas y fetales (efectos negativos en el crecimiento y desarrollo del feto) y morbilidad infantil, mientras que dejar de fumar en el embarazo tiene grandes beneficios para la madre y el niño. Algunas mujeres dejan de fumar cuando quedan embarazadas, sin embargo, otras mujeres continúan fumando durante el embarazo.
Además de los beneficios para el embarazo, dejar de fumar en esta época de la vida, por una motivación tan importante, puede tener un impacto en el hábito fumador de la mujer. Aproximadamente un tercio de las mujeres exfumadoras identifican “sucesos reproductivos” como el factor que motivó el abandono de el hábito tabáquico. Así pues, el embarazo puede considerarse una oportunidad para promover el abandono del hábito tabáquico. Con ello se logra reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo, disminuir problemas de salud en el bebe y más aún, beneficios a largo plazo en la salud de la mujer. Dejar de fumar en cualquier momento del embarazo reporta beneficios; incluso dejar de fumar en el segundo o tercer trimestre mejora el crecimiento fetal.
Aunque la disminución del peso al nacer del hijo de madre fumadora es la complicación de la gestación asociada al tabaco más conocida, existen otros muchos problemas relacionados con el mismo:
- Aumento de riesgo de embarazo ectópico
- Rotura prematura de membranas
- Desprendimiento de placenta
- Placenta previa
- Pérdida fetal
- Muerte fetal intraútero
- Parto pretérmino
- Retraso de crecimiento intrauterino y pequeño para edad gestacional
- Anomalías congénitas
- Muerte súbita del lactante
- Disminución de la circunferencia cefálica
- Problemas respiratorios en la infancia (infecciones, asma, bronquitis)
- Otitis media
- Cáncer infantil
- Pérdida de audición
- Caries dental
- Síndrome metabólico
- Efectos adversos cognitivos y sobre el comportamiento en la infancia (alteraciones de la conducta, déficit de atención, síndrome de hiperactividad, pobres resultados académicos y alteraciones cognitivas).

Con todo, a pesar de que se advierte de los peligros del tabaco, algunas mujeres son incapaces de dejar de fumar en el embarazo. Posiblemente estas mujeres podrían beneficiarse de un apoyo psicológico, y quizás de algún tratamiento, para superar esta adicción. Algunas gestantes fumadoras arrastran una situación de problemática social (bajo estatus económico, ausencia de pareja, pobreza, problemas individuales, altos niveles de estrés, ansiedad o depresión) que todavía dificulta más el abandono del tabaco.
Datos publicados en nuestro centro en el año 2009, informaron de una prevalencia de tabaquismo en el embarazo en torno al 18% . En los países desarrollados se habla de una prevalencia entre el 10-20%.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal:
• Aumentar el número de gestantes que dejan de fumar durante el embarazo
Objetivos secundarios:
• Informar a las gestantes del Sector Zaragoza III, en la visita de control antenatal, de manera detallada, de las consecuencias del tabaquismo en la evolución del embarazo, los riesgos fetales y las consecuencias en la infancia.
• Ofrecer asistir a una consulta especializada en deshabituación del hábito tabáquico.
• Evaluar la eficacia de la intervención multidisciplinar en cuanto a beneficio en la salud de la madre y del hijo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 519

1. TÍTULO

INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR PARA AYUDAR A LAS GESTANTES A ABANDONAR EL HABITO TABAQUICO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas y Responsables:
• Sensibilización en la importancia del tabaco en el embarazo y remisión a consulta específica para tratar de lograr el cese del hábito tabáquico. Responsables: Ana Cristina Lou Mercadé, Patricia Ibañez Burillo, Purificación Mateo Alcalá y Susana Tejero Sancho.
• Activación de una consulta específica semanal dentro de la Unidad de Neumología del Sector Zaragoza III, destinada a la destinada a la ayuda y seguimiento de las pacientes gestantes fumadoras. Responsables: Alfonso Perez Trullen, Miguel Angel Santolaria y ATS destinada a dicha consulta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
• Número de mujeres gestantes fumadoras que desean y logran dejar de fumar durante el embarazo, comparado con el número de gestantes que fuman durante toda la gestación antes de iniciar este programa.
• Índice de complicaciones del embarazo relacionadas con el hábito tabáquico.
• Nivel de satisfacción de las pacientes con la información, atención y apoyo recibido: encuesta de satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma:
• Activación de consulta específica: Junio 2015
• Análisis de resultados: Enero 2015 y Abril 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. mujeres en edad fértil
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 188

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DE LAS UNIDADES CENTRALES AMBULATORIAS E INCLUSION EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES LUENGO BELTRAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTROS (ESPECIFICAR)
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASCAN HERREROS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD
· PEMAN FRAGO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
· SORIANO GRACIA BLANCA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
· VAZQUEZ SANCHO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CLINICA DEL DOLOR
· EZQUERRA FANLO MARIA CRUZ. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. CLINICA DEL DOLOR
· VALLEJO LOPEZ AMPARO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FORMACION
· MOZOTA DUARTE JULIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En las unidades Centrales Ambulatorias no existen registros de enfermería en formato electrónico, realizándose los mismos en formato papel con el consiguiente riesgo de no transmisión y perdida de la información de los pacientes a los que se le ha realizado intervenciones quirúrgicas ambulatorias, pruebas diagnósticas o tratamientos ambulatorios. Esto conlleva riesgos para el paciente, al no facilitar la información entre los diferentes niveles asistenciales de la continuidad de los cuidados. El proyecto es útil porque a través de la información de los registros se obtendrán datos que nos servirán para mejorar la calidad de los cuidados y la seguridad clínica de los pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Informatizar los registros de cuidados de enfermería de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
Dar visibilidad de los registros de enfermería a todos los profesionales sanitarios con accesibilidad a la Historia Clínica Electrónica del SALUD (HCE).
Registrar el seguimiento de la llamada telefónica pre- y post quirúrgico, a los pacientes de las diversas unidades, que así lo requieran, para la preparación, control y seguimiento de los pacientes.
Incorporar paulatinamente en las diversas unidades centrales el registro informatizado

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación del grupo de trabajo multidisciplinar. Diseño de registro informatizado con los arquetipos y datos básicos necesarios para el desarrollo de la plantilla registro de los cuidados de enfermería en la Historia Clínica Electrónica (HCE). El grupo de trabajo conformado irá realizando las propuestas de incorporación de los datos básicos sobre los arquetipos prefijados necesarios para ir configurando el registro que se adapte a las necesidades de las diferentes unidades de implantación, teniendo como referencia los registros en formato papel actuales y configurando el registro de forma paulatina teniendo en consideración la valoración según el modelo de necesidades de V. Henderson y los planes de cuidados con nomenclatura NANDA/NOC/NIC.
Para el diseño del registro informatizado se contará con la participación del Centro de Gestión Integral del Proyectos Corporativos (CGIPC) de SALUD.
En una primera fase se implantará en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, posteriormente se irán implantado en las diversas unidades.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Elaboración de las plantillas informáticas de registros de cuidados.
Estándar: Si

2.Utilización del registro informatizado - Porcentaje de casos en los que se utiliza el registro
ACLARACIÓN: Se realizará en la unidad en la que este implantado
EXCEPCIÓN: Ninguna
ESTÁNDAR: Haber realizado una medición

3.Cumplimentación del registro- Porcentaje de casos en los que se cumplimenta adecuadamente el registro
ACLARACIÓN: Se realizará en la unidad en la que este implantado el registro
EXCEPCIÓN: Ninguna
ESTÁNDAR: Haber realizado una medición

4.Calidad percibida de la informatización de los registros - Porcentaje de profesionales que tienen opinión satisfactoria o muy satisfactoria sobre los registros implantados.
ACLARACIÓN: Se realizará en la unidad en la que esté implantado el registro. Encuesta
EXCEPCIÓN: Ninguna

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2015 – creación del grupo de trabajo
Junio 2015 – creación de la plantilla básica del registro informatizado
Septiembre 2015- implantación del registro informatizado en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
Diciembre 2015 – evaluación del proyecto

11. OBSERVACIONES. La previsión cronológica del proyecto es de ampliación ya que la complejidad de implantación, el número de unidades, así como la ampliación y modificación continua de los apartados para incorporar los

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 188

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DE LAS UNIDADES CENTRALES AMBULATORIAS E INCLUSION EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)

arquetipos y datos básicos en el registro requiere de una evolución en el tiempo11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. unidades de Atención Ambulatoria en General

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 422

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE EDUCACION DIABETOLOGICA PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO CON INFUSION CONTINUA DE INSULINA EN PACIENTES DM1

2. RESPONSABLE ..... ANA LIDIA MEDRANO NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO SERRANO MARIA ANTONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· BORAU MAHORAD LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· AGUILLO GUTIERREZ ESPERANZA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CAMPOS FERNANDEZ JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· AGUDO TABUENCA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· JUSTEL ENRIQUEZ ALICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CRESPO MARTIN PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CONSULTA ENFERMERIA EDUCACION DIABETOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La educación diabetologica 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 individualizada como grupal supone una mejoría en la calidad de vida y en el control glucemico.
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 de cómo se debe formar al paciente en infusión continua de insulina, sin embargo este material no se ha adaptado de modo educativo para la formación de pacientes.
El objetivo principal de nuestro proyecto es el desarrollo de un material educativo dentro de un marco de educación diabetologica estructurada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
El protocolo de inicio para la terapia en pacientes con DM1 se ha desarrollado a lo largo de este año 2015. Se trata de una serie de actuaciones que constan de sesiones de educación diabetológica protocolizadas y el desarrollo de la documentación teórica adaptada para la comprensión de los pacientes.
Se ha iniciado en 4 pacientes hasta el momento, en los cuales se ha seguido el protocolo según las sesiones previstas, iniciándose el sistema de infusión continua de insulina con buenos resultados en el control glucémico, sin que haya habido complicaciones como hipoglucemias graves o cetoacidosis.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
El objetivo principal es disponer de una estructura de educación diabetológica para el inicio de tratamiento con sistemas de infusión continua de insulina.
Como objetivos secundario sería reeducar a pacientes habituales de nuestras consultas que disponen de este tratamiento previamente a enero de 2015 y así repasar conocimientos previos ya asentados y actualizar en nuevas aplicaciones, obteniendo el máximo rendimiento a este tipo de terapia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desarrollo del programa de educación diabetologica que deben recibir los pacientes antes de iniciar un sistema de infusión continua de insulina a través de sesiones en educación diabetológica y material didáctico .
Para pacientes que ya se ha iniciado esta terapia previamente al año 2015 se realizaría una sesión de actualización y se entregaría el nuevo material didáctico desarrollado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES : EVALUCIÓN Y SEGUIMIENTO
La evaluación se realizará en primer lugar con el control glucémico (HbA1) antes de la formación, a los 3 meses y al año; como indicadores utilizaremos: número de pacientes dentro de objetivos(HbA) / número total de pacientes y hipoglucemias; como indicador utilizaremos número de hipoglucemias-paciente-mes con ISCI /número de hipoglucemias-paciente-mes antes de ISCI.
Se solicitara a los paciente un cuestionario sobre cambios que se han producido desde la sesión de actualización, mejoría en la adaptación al tratamiento, mayor seguridad sobre el manejo del sistema, aprendizaje de nuevos conceptos, mejoría en la calidad de vida…
En el caso de que se trate de inicio de ISCI en nuevos pacientes, estos se someterán al programa de educación diabetológica reglado y desarrollado, evaluando los mismos objetivos; primero de forma basal antes de la sesión de actualización, y posteriormente pasados tres meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS
La jornadas de actualización se realizaran entre Junio 2015 y diciembre de 2015.Evaluándose los resultados en el primer trimestre de 2016.

11. OBSERVACIONES. El trabajo se realizara se desarrollará en consultas externas de Endocrinología y consulta de educación diabetológica.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 422

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE EDUCACION DIABETOLOGICA PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO CON INFUSION CONTINUA DE INSULINA EN PACIENTES DM1

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Infusión subcutanea continua de insulina
OTRA PALABRA CLAVE 2. Educación diabetológica
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 484

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO DE CONCILIACION TERAPEUTICA AL INGRESO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM MERCHANTE ANDREU
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AMORES ARRIAGA BEATRIZ. MEDICO/A. HCU LOZANO BLESA. URGENCIAS
· BARRANCO SOS IGNACIO. ENFERMERO/A. HCU LOZANO BLESA. URGENCIAS
· DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. HCU LOZANO BLESA. URGENCIAS
· PEREZ-ARADROS HERNANDEZ CONCEPCION. MEDICO/A. HCU LOZANO BLESA. URGENCIAS
· SALVADOR GOMEZ TRANSITO. FARMACEUTICO/A. HCU LOZANO BLESA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las particularidades de los pacientes que son atendidos en nuestro sistema sanitario han evolucionado de manera significativa en los últimos años. Nuestros pacientes son cada vez con más frecuencia enfermos crónicos pluripatológicos y polimedicados.
La seguridad del paciente debe ser un componente clave de la calidad asistencial.
Los errores relacionados con la medicación suponen una de las principales causas de morbilidad en los pacientes hospitalizados.
Los servicios de urgencias (SU), por sus características idiosincrásicas, son un elemento esencial del sistema sanitario en el que se da un alto riesgo de aparición de eventos adversos relacionados con la medicación.
La conciliación de la medicación (CM) es un proceso diseñado para prevenir errores de medición en los puntos de transición del paciente, ya que es en estos puntos donde se producen con mayor frecuencia este tipo de errores.
Consiste en obtener un listado completo y exacto de la medicación previa del paciente y compararlo con la prescripción médica después de la transición asistencial. Si se encuentran discrepancias deben considerarse, y si fuese necesario, modificar la prescripción para finalmente comunicar al siguiente responsable del paciente y al propio paciente la nueva lista conciliada.
Se considera error de conciliación toda discrepancia no justificada entre lo que el paciente tomaba y la nueva prescripción.
Hasta ahora en nuestro hospital, en el SU, no se está realizando conciliación de una manera estructurada y normalizada. Consideramos necesario implantar este tipo de medidas intentando siempre garantizar la seguridad farmacoterapéutica de nuestros pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante la realización de este procedimiento pretendemos implantar de forma reglada un proceso estructurado de conciliación en el servicio de urgencias.
La implementación de programas de CM es una necesidad y un estándar de calidad en los centros sanitarios según las recomendaciones de varios organismos internacionales (OMS, Joint Comission, ISMP…).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El proceso de conciliación ha demostrado ser una estrategia útil para reducir los errores de medicación y la implantación de un procedimiento normalizado de comparación sistemática de la medicación habitual del paciente con la prescrita en la organización tiene un impacto positivo sobre los errores de medicación y la morbilidad asociada a estos.
La CM debe considerarse como un objetivo y responsabilidad compartida por todos los profesionales sanitarios.
Para la definición de este procedimiento se va a constituir un equipo de mejora compuesto por todos los profesionales sanitarios implicados en la atención al paciente en urgencias.
Con este procedimiento pretendemos definir una sistemática de trabajo en la que queden reflejadas cada etapa a seguir en el proceso de conciliación (selección de pacientes, recogida de información, detección de discrepancias, comunicación y resolución de las mismas...) así como el papel a desempeñar por cada uno de los profesionales implicados en la atención al paciente en el SU.
Miembros del grupo de trabajo:
1.Allende Bandrés María Ángeles. FEA Farmacia Hospitalaria
2.Amores Arriaga Beatriz. Coordinador Servicio de Urgencias 3.Barranco Sos Ignacio. Enfermería Servicio de Urgencias

4.Domínguez Sanz Begoña. Supervisora de Enfermería Urgencias. 5.Gómez Bitrián Joaquín. Jefe de Unidad de Observación Urgencias
6.Merchante Andréu Miriam. FEA Farmacia Hospitalaria. Coordinador del proyecto.
7.Pérez-Aradros Hernández Concepción. Médico Urgencias
8.Salvador Gómez Tránsito. FEA Farmacia Hospitalaria. Jefe de Servicio de Farmacia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Definición y aprobación del procedimiento (Si/NO).
2-Difusión del Proyecto. Nº de Sesiones informativas (Médicos Urgencias, Enfermería Urgencias, Farmacia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se establece una duración inicial del proyecto de un año. Presentación de resultados con propuesta de líneas de mejora en próxima convocatoria (Junio 2016).

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 484

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO DE CONCILIACION TERAPEUTICA AL INGRESO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

·EDAD. > 14 años ingresados en Unidad de Observación de Urgencias
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CONCILIACION
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 229

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO PARA CANALIZACION Y MANTENIMIENTO DE CATETERES CENTRALES DE INSERCION PERIFERICA (PICC) EN LA UNIDAD MEDICA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL

2. RESPONSABLE ..... NEILA MARIA MINGUIJON GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· ROYO PUERTO MILAGROS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· PALACIOS LASECA MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN
La utilización de PICCs se ha convertido en una práctica habitual en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Lozano Blesa" de Zaragoza desde finales del segundo trimestre del año 2014.
La canalización de los PICCs se realiza siguiendo la técnica de Seldinger, técnica sobre la que las enfermeras de la unidad no tenían práctica hasta la introducción de los mencionados catéteres y que han tenido que adiestrarse por autoformación y el apoyo de unas compañeras a otras sin contar en la unidad con un consenso sobre su inserción. Una adecuada formación especifica de los profesionales mejora la calidad del paciente y disminuye los efectos adversos que puedan surgir. Es una necesidad manifestada por los profesionales de la unidad el adiestramiento en la inserción de estos catéteres.
La infección es una de las complicaciones más importantes relacionadas con su uso, la bacteriemia relacionada con los catéteres venosos centrales se asocia a un importante consumo de recursos. No se conocen suficientes datos sobre el nº de bacteriemias asociadas a PICC en nuestro medio, sin embargo en la práctica diaria es evidente su existencia por lo que consideramos necesario una reflexión y una puesta al día sobre esta técnica.
PROBLEMA
* Implantación de una nueva técnica de enfermería sin la existencia de un procedimiento actual y unificado.
* Aumento de la incidencia de bacteriemia relacionada con la colocación de PICC en la UCI médica del HCU en el segundo trimestre del año 2014.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. * Estandarizar y reducir la variabilidad de actuación entre los diferentes profesionales en la inserción y mantenimiento de los PICCs.
* Difundir el procedimiento "Canalización y mantenimiento de PICC" entre los profesionales pertenecientes a la unidad y los profesionales de nueva incorporación o eventuales.
* Disminuir la tasa de infección relacionada con la inserción de PICC.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los componentes del equipo serán participes de forma equitativa en las diferentes actividades siendo coordinados por el responsable del proyecto.

- Revisión bibliográfica individual y puesta en común en las reuniones del equipo de mejora.
-Recogida de datos de la tasa de infección durante el año 2015.
-Elaboración del procedimiento "Canalización y mantenimiento de PICC" basado en la evidencia científica.
- Sesiones formativas de los profesionales de enfermería de la unidad e inclusión en los documentos de enfermería de la unidad, carpetas tradicionales en papel y carpetas en los soportes informáticos, del procedimiento "Canalización y mantenimiento de PICC".
-Implantación del procedimiento en la Unidad Médica de Cuidados Intensivos de HCU.
-Recogida de datos para evaluación del proyecto:
?Porcentaje Personal formado
?Tasa de infección por paciente portador de PICC desde la implantación del procedimiento hasta Marzo 2016.
-Tratamiento de datos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Tasa de incidencia bacteriemia por PICCs =
(Nº de bacteriemias asociadas a PICCs/ Total de pacientes con PICCs) x 100
-Densidad de incidencia bacteriemia por PICCs=
(Nº de bacteriemias asociadas a PICCs/ Total de días de PICCs) x 1000
-Número de sesiones formativas impartidas al personal de enfermería de la UCI-Médica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De enero a marzo de 2015
• Recogida de tasas de infección por catéteres PICC en la UCI medica del HCU

De abril a junio de 2015
• Recogida de tasas de infección por catéteres PICC en la UCI medica del HCU
• Revisión de procedimientos y protocolos de inserción de PICCs en la bibliografía existente.

De julio a septiembre de 2015
• Recogida de tasas de infección por catéteres PICC en la UCI medica del HCU
• Reuniones mensuales presenciales de los miembros del equipo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 229

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO PARA CANALIZACION Y MANTENIMIENTO DE CATETERES CENTRALES DE INSERCION PERIFERICA (PICC) EN LA UNIDAD MEDICA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL

- Elaboración del procedimiento “Canalización y mantenimiento de PICC”.

De octubre a diciembre de 2015
- Recogida de tasas de infección por catéteres PICC en la UCI medica del HCU
- Reuniones mensuales presenciales de los miembros del equipo
- Seguimiento de la nueva bibliografía publicada sobre los PICCs
- Sesiones formativas de los profesionales de enfermería de la unidad e inclusión en los documentos de enfermería de la unidad, carpetas tradicionales en papel y carpetas en los soportes informáticos, del procedimiento “Canalización y mantenimiento de PICC”.
- Implantación del procedimiento
- Recogida de datos.

De enero a marzo de 2016
- Reuniones mensuales presenciales de los miembros del equipo
- Recogida de datos y tratamiento de los mismos para la evaluación del proyecto.
- Seguimiento del desarrollo del procedimiento

11. OBSERVACIONES. Palabra Clave: PICC (Peripherally Inserter Central Catheter11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente de UCI

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 616

1. TÍTULO

ELABORACION Y ENTREGA AL PACIENTE DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS PARA CADA FARAMACO ONCOLOGICO QUE SE INDICA EN LAS CONSULTAS DE ONCOLOGIA MEDICA

2. RESPONSABLE ..... LAURA MURILLO JASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES CONEJERO RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· LAMBEA SORROSAL JULIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· GALAN CERRATO NIEVES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· ESCUDERO EMPERADOR MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· SAENZ CUSI ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· YUBERO ESTEBAN ALFONSO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· ISLA CASADO DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La especialidad de Oncología Médica está siempre en permanente cambio y renovación. Se investiga de forma muy activa nuevos tratamientos, nuevas indicaciones de fármacos conocidos, nuevas formas de administración…
Las características de los grupos farmacológicos pueden diferir bastante de unos a otros.
Hasta la fecha en nuestro Servicio se entrega al paciente un consentimiento informado general, el mismo documento para todos los fármacos que se administran en Oncología. La información específica de cada fármaco ó esquema de tratamiento concreto se realiza de forma verbal.
Los Oncólogos hemos detectado esta oportunidad de mejora. Consideramos que lo más adecuado es que haya consentimientos informados específicos para cada fármaco ó esquema de tratamiento (combinación de fármacos) con el fin de que la información que reciba el paciente sea más precisa y de más clara.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos conseguir que el paciente sea más consciente de en que consiste el tratamiento oncológico que va a recibir aceptado los riesgos que conlleva.
El documento quedara en la Historia Clínica del paciente haciendo que este documento mejore también en calidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En los primeros 4 meses del proyecto se redactarán consentimientos informados por fármaco si se usa en monoterapia o por esquema de tratamiento si se utilizan en esquemas de combinación (poliquimioterapia).

Cada Oncólogo realizará los correspondientes a la subespecialidad de la que es responsable.
Dra Isla: Neoplasia de Pulmón, Tumores de Origen desconocido
Dra Escudero: Neoplasia de Colon, Tumores neuroendocrinos
Dras Andrés y Murillo: Neoplasia de Mama
Dr Lambea: Neoplasia ORL, Neoplasia Renal, Neoplasia de Tiroides
Dr Pujol y Dra Galan: Neoplasia cerebral, Sarcomas, Melanomas, Neoplasias Urológicas
Dr Sáez Cusí: Neoplasia esófago-gástrica, Neoplasia de Páncreas, Tumores Germinales, Neoplasia de Próstata
Dr Yubero: Neoplasias Ginecológicas
En total será necesario crear 45 documentos de consentimiento informado diferentes.
Una vez redactados, los consentimientos informados se entregaran al paciente para que los firme el día de la primera visita en Oncología, tras explicarles verbalmente en que va a consistir su tratamiento y resolver las dudas que planteen.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de documentos de consentimiento informado redactados/Nº de meses previstos para este fin (4m)

- Nº de consentimientos informados firmados/Nº de consultas de primer día.

La coordinadora del proyecto se encargará de ir recopilando los consentimientos informados realizados por sus compañeros y por ella misma en las fechas previstas.
Cada Oncólogo se encargará de comunicar a la Dra. Galán los consentimientos informados que se hayan entregado a sus pacientes (fecha de firma y número de historia) para que se encargue del registro de estos datos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los consentimientos informados se comenzarán a redactar en junio/15 y se tendrán preparados para entregar a los pacientes en Octubre/15. Se tendrán que redactar a un ritmo aproximado de 12 al mes.
En primer lugar se escribirán los correspondientes a la patología mamaria (Junio-Julio). Posteriormente pulmón y colon (Julio-Julio). Después resto de patología digestiva, próstata y neoplasias ginecológicas (Agosto-Septiembre).
Por último: Tumores renales, esfera ORL, urológicos, sarcomas, melanomas, cerebrales (Agosto-Septiembre).
Los consentimientos entregarán a los pacientes de Octubre/15 a Marzo/16.
En Diciembre/15 se realizará un primer análisis de la situación: valoración de indicadores. En Marzo/16 se realizará el siguiente. De esta labor se encargará la coordinadora del proyecto.
La duración del proyecto será de 10 meses.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 616

1. TÍTULO

ELABORACION Y ENTREGA AL PACIENTE DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS PARA CADA FARAMACO ONCOLOGICO QUE SE INDICA EN LAS CONSULTAS DE ONCOLOGIA MEDICA

La idea final es utilizar estos consentimientos en la práctica clínica habitual de nuestra consulta.
Los consentimientos informados serán revisados de forma anual por los oncólogos responsables de su redacción.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. > de 15 años, población no pediátrica
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 536

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR EN CISTECTOMIA RADICAL

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.
· SUBIRA RIOS JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· VALLE GERHOLD JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· PUJOL OBIS EDUARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· MARIN ZALDIVAR CLARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA
· MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MORENO CHULILLA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los resultados en el tratamiento del Ca. Vesical en cuanto a curación siguen siendo modestos con menos del 50 % a los 5 años. El gold estándar lo constituye la cistectomía radical ; si bien se han logrado mejoras en cuanto a la técnica y la derivación urinaria en los últimos años (técnicas laparoscópicas) , los resultados,en cuanto a supervivencia, prácticamente son similares.
El año pasado se ha presentado un metaanálisis que demuestra un incremento aproximado de un 10 % en la supervivencia de estos pacientes si se someten a quimioterapia neoadyuvante.
El asumir esta innovación terapéutica implica la coordinación de los servicios de Urología y Oncología. Asimismo, se hace necesaria la implicación del servicio de Anestesia ya que el paciente tras el tratamiento quimioterápico se va a encontrar en una situación de inmunodepresión intensa previa al estrés quirúrgico . Finalmente sería muy beneficioso que el paciente pueda, si es posible, entrar en un programa de autotransfusión , gracias a la colaboración con el banco de sangre.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Agilización y coordinación entre los cuatro servicios implicados del manejo del paciente con carcinoma infiltrante de vejiga con el fin de realizar sin demoras y en las mejores condiciones de salud el tratamiento oncológico y quirúrgico indicado.
Se trata de dar respuesta eficaz al reto que supone en nuestros hospitales, que soportan una carga asistencial desmedida, los problemas que se crean ante las esperas en la consulta, la repetición de pruebas, los retrasos administrativos, la lista de espera quirúrgica en pacientes que por la trascendencia de su patología requieren un tratamiento de máxima prioridad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Metodo: Creación de un protocolo de actuación consensuado entre los servicios implicados
Medidas: Implicación del servicio de Anatomía patológica para la realización del informe anatomo patológico de las muestras de la RTU de Ca. Vesical, en el menor tiempo posible .
Aprovechamiento de los recursos asistenciales durante el ingreso del paciente para la RTU, con el fin de conseguir durante la estancia postoperatoria todos las pruebas diagnósticas necesarias para la indicación de la cistectomía y precoz inicio del protocolo.
Coordinación de los servicios mediante reuniones.
Seguimiento del proceso y programación quirúrgica de la cistectomía sin demoras.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.La fecha del diagnóstico anatomo-patológico
2. Fecha de la realización de la cistectomía radical, con o sin quimioterapia neoadyuvante previa.
3. Encuesta de calidad realizada por el propio paciente, el día del ingreso para ser sometido a la cirugía.
4. Encuesta de calidad realizada por los servicios implicados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se está iniciando en este mes de Mayo, valorándose a los pacientes en las consultas de Urología, Oncología y Anestesia y están siendo programados para la cistectomía radical a partir de la segunda quincena de Agosto.
(El tratamiento con quimioterapia tiene una duración de 8 semanas y deben contemplarse al menos dos semanas hasta que el paciente se encuentre en condiciones de someterse a la cirugía).
En cuanto a la duración esperamos que los resultados sean satisfactorios y el proyecto esté vigente durante mucho tiem

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 536

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR EN CISTECTOMIA RADICAL

3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 122

1. TÍTULO

PRIORIZACION DE LA RESECCION TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL TRAS SU DIAGNOSTICO

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN NAVARRO GIL
· 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
· CHAVEZ GUZMAN ANA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· PLAZA ALONSO CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MURILLO PEREZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer de vejiga representa el 3,3% del total de los tumores malignos (4,7% en hombres y el 1,6% en mujeres) encontrándose una clara asociación al hábito de fumar. En España se diagnostican unos 12.200 casos nuevos al año con una tendencia a aumentar lentamente. Concretamente, Aragón es la comunidad de España con mayor incidencia, superando incluso la media de Europa (por encima de 30 casos cada 100.000 habitantes).
Se trata de una patología con un comportamiento muy diferente si hablamos de los tumores superficiales o infiltrante en dependencia la invasión de la capa muscular de la vejiga. Si bien los primeros precisan un seguimiento estricto por su alta capacidad de recidivar o progresar y con el manejo endoscópico suele ser suficiente, los segundos necesitan de tratamientos radicales cuyo objetivo es evitar las complicaciones y aumentar la supervivencia de los pacientes.
Solo en el año 2014 se realizaron 215 RTU vesicales en nuestro Servicio, lo que representa prácticamente más de una intervención diaria de este tipo. En el momento de preparar este proyecto contamos con 57 pacientes pendientes de intervención. Visto esta muestra en conjunto parece un número exagerado aunque muchos de ellos, por la historia natural de según que tumores poco agresivos), sabemos que no precisan una cirugía especialmente preferente.
Al cumplimentar las fichas de inclusión en Lista de Espera Quirúrgica todos los pacientes (independientemente del tipo de tumor que tengan) se les cataloga como prioridad alta, si bien consideramos que dentro de la prioridad alta se debería subclasificar en función del tipo de tumor, síntomas y complicaciones derivadas del mismo.
Nuestro programa de mejora estaría destinado a establecer un código de prioridades que pudiera estar visible en las fichas de Inclusión en Lista de Espera para que a la forma de programar la actividad quirúrgica del Servicio se priorice adaptándonos a cada caso particular.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto de calidad se pretende que los pacientes cumplan los siguientes plazos desde que se les anota en LEQ hasta la fecha de la intervención:
Prioridad 1 (P1): 15 días
Prioridad 2 (P2): 30 días
Prioridad 3 (P3): 45 días

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El papel fundamental en este trabajo se apoya en varios niveles:

1. El urólogo que establece el diagnóstico y que anota en LEQ debe catalogar en 3 niveles de prioridad según:

P-1:
Tumores de aspecto infiltrante
>3cm
Multifocales alto grado
Que provoquen uropatía obstructiva
Que provoquen vejiga coagulada / necesidad de sondaje

P-2:
Hematuria no anemizante
Aspecto endoscópico de alto grado no infiltrante

P-3
Tumores claramente superficiales de bajo grado (papilares)
Tumores milimétricos
Pacientes añosos asintomáticos

2. Remitir a la Secretaría de Urología la ficha de LEQ en un plazo máximo de 3 días en los pacientes Prioridad 1 y en un plazo de 7 días en los demás

3. Garantizar la celeridad en la realización de los estudios preoperatorios, sobre todo los P-1

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A. Revisión en el momento de preparar las historias de los pacientes

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 122

1. TÍTULO

PRIORIZACION DE LA RESECCION TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL TRAS SU DIAGNOSTICO

a ingresar de las fichas de LEQ en la que deberá anotar en el apartado de observaciones el tipo de prioridad asignada y preferiblemente la descripción de la lesión.

B. Revisión del plazo entre la inclusión en LEQ y la recepción de la ficha en la Secretaría de Urología.

C. Monitorización mensual del cumplimento de plazos descritos en el apartado 7: Se creará una base datos donde se recojan los intervalos exigidos. Valoración de cada caso de forma individual en Intranet de la fecha de LEQ, realización del preoperatorio y fecha de IQ.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Recogida de datos en el plazo de 6 meses y publicación bimensual en la sesión clínica del Servicio de Urología.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. TUMOR VESICAL
OTRA PALABRA CLAVE 2. LISTA DE ESPERA QUIRURGICA
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 096

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DE LA TASA DE INDUCCION POR GESTACION A TERMINO TARDIO

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
· CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IBAÑEZ BURILLO PATRICIA LUISA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BRETON HERNANDEZ PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ MARTINEZ SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PELLICER SORIA ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se define como gestación a término tardío a los embarazos durante las 41 semanas (287-293 días) de edad gestacional. Numerosos ensayos clínicos han demostrado que la inducción del parto durante las 41 semanas de gestación mejora el resultado perinatal. Por este motivo, las principales asociaciones internacionales de obstetricia (ACOG, RCOG, SEGO) recomiendan la inducción del parto antes de alcanzar las 42 semanas de gestación.
Sin embargo no existe consenso sobre el momento adecuado de finalización dentro del impreciso límite de las 41 semanas. La realización de una inducción del parto supone un incremento del tiempo de trabajo de parto así como de la tasa de cesáreas. Además, la inducción del parto, incluso cuando no termina en cesárea, supone en nuestro centro un incremento significativo del coste económico del proceso de parto. (García-Simón R. Inter J Obstet Gynecol). En un estudio retrospectivo realizado en nuestro centro, (Orós D, J Mat Fetal Neon Med) observamos que la inducción en la primera mitad de las 41 semanas incrementaba la tasa de cesáreas (31,1% vs 19,8%; p<0,001) y la estancia hospitalaria (4,54 días vs 3,8 días; p<0,001. Sin embargo, la inducción del parto al final de las 41 semanas se asociaba con un incremento de la morbilidad perinatal, fundamentalmente asociado a los nacidos pequeños para edad gestacional.
El 16% de las pacientes asistidas en nuestro centro alcanzan las 41 semanas de gestación, lo que supone entre 350-400 pacientes por año. En los últimos años hemos tenido una tasa de inducción del parto por encima de las 41 semanas oscilando entre el 30-35%. Basándonos en los datos publicados, pretendemos desarrollar un nuevo protocolo de manejo de la inducción del parto que nos permita disminuir nuestra tasa de inducción, con la consiguiente reducción tanto en la tasa de cesáreas como en los costes, manteniendo un buen resultado perinatal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Disminución de la tasa de inducción del parto hasta un 25% del total de pacientes a las 41 semanas de gestación.
2) Disminución de la tasa de cesárea hasta unos 25% del total de nacidos en pacientes a las 41 semanas de gestación.
3) Disminución de la estancia hospitalaria media en las gestantes de 41 semanas de gestación
4) No incrementar la morbilidad perinatal.
5) Disminuir el coste económico de los nacimientos durante las 41 semanas de gestación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Desarrollo de un protocolo de manejo de la gestación a término tardío
1.1. Revisión bibliográfica (Dra. Ruiz, Dra Pellicer, Dr Orós)
1.2. Adaptación de la evidencia a nuestro centro dentro de un nuevo protocolo del Servicio de Obstetricia y Ginecología (Dr Romero, Esmeralda Castro Dr Orós)
1.3. Difusión del nuevo protocolo a todo el personal implicado en la asistencia obstétrica del área tres. (Dra Ibañez, Dra Bretón,Esmeralda Castro Dra Ruiz, Dra Pellicer)
1.4. Coordinación de las acciones a desempeñar por enfermería-matronas dentro del nuevo protocolo de actuación en la gestación a término tardío. (Esmeralda Castro)
1.5. Aplicación y desarrollo asistencial del nuevo protocolo dentro de la consulta de Patología Fetal del Servicio de Obstetricia y Ginecología. (Dr Romero, Dra Ibáñez, Dra Bretón, Dr Orós)
1.6. Evaluación de los resultados. Modificación si procede del protocolo. (Dr Romero, Dra Ibáñez, Dra Bretón, Dr Orós

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Tasa de inducción de parto en gestantes a las 41 semanas
2) Tasa de cesáreas en gestantes a las 41 semanas
3) Estancia hospitalaria media en gestantes a las 41 semanas
4) Tasa de ingreso neonatal en gestantes a las 41 semanas
5) Coste económico medio del proceso de parto en gestantes a las 41 semanas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración total del proyecto: 12 meses
1) Revisión de la literatura (1 mes)
2) Creación de un nuevo protocolo asistencial en el manejo de la gestación a término tardío (2 meses)
3) Difusión del nuevo protocolo entre todo el personal implicado. (1 mes)
4) Implantación clínica de nuevo protocolo asistencial (3 meses)
5) Evaluación interina del nuevo protocolo. Desarrollo de las modificaciones pertinentes. (1 mes)
6) Implantación del protocolo revisado. (3 meses)
7) Análisis final. (1 mes

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 096

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DE LA TASA DE INDUCCION POR GESTACION A TERMINO TARDIO

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. INDUCCION DE PARTO
OTRA PALABRA CLAVE 2. EMBARAZO A TERMINO TARDIO
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 734

1. TÍTULO

EN BUSCA DE LA RENTABILIDAD DE LA CONSULTA DE ANESTESIA PEDIATRICA

2. RESPONSABLE ..... SARA PELLEJERO HINOJOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERAL GARCIA BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PASTOR TOMAS EVA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GUILLEN ANTON JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· RECLUSA POYO FERMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· MATEO AGUDO JOSE MARIA. MADICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. RENTABILIZAR UNA ÚNICA VISITA EN LA CONSULTA DE ANESTESIA PEDIÁTRICA PARA MÁS DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN ANESTESIA PEDIÁTRICA PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PROCESOS TRAUMATOLÓGICOS EN NUESTRA POBLACIÓN INFANTIL Y EVITAR UN SEGUNDO PASO POR DICHA CONSULTA PARA LA RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS COLOCADO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ESTUDIO DEL PACIENTE EN CONSULTA PREVEYENDO 2 PROCEDIMIENTOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % DE PACIENTES QUE SE BENEFICIAN DE ESTA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. AÑO 20015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 694

1. TÍTULO

DETECCION DE POSIBLES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SUICIDIO

2. RESPONSABLE ..... VALERO PEREZ CAMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IRIGOYEN RECALDE ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· PALOMERO LOBERA MARIA VISITACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· GRACIA GARCIA PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· VILLAS PEREZ EVA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· PEREZ ALVAREZ CANDELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· BARRERA FRANCES ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· LATORRE FORCEN PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hemos detectado un incremento en el número de suicidios tanto en nuestro sector como en el resto de los sectores de nuestra comunidad mediante intercambio de información con facultativos y responsables del resto de los sectores sanitarios.
Como desconocemos las causas de la situación y queremos intervenir sobre las mismas hemos diseñado este programa de calidad.
La importancia del mismo es grande ya que nos proporcionaría la posibilidad de diseñar actuaciones específicas sobre grupos de riesgo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Obtener un conocimiento más preciso de la tasa de suicidio en nuestro entorno.
2-Detectar factores de riesgo
3- Localizar grupos de riesgo
4- Establecer planes específicos de prevención

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Recogida información retrospectiva con juzgado y 061
2. Intentar autopsia psicológica a un familiar
3. Extraer posibles factores riesgo o concomitantes
4. Valorar la conveniencia de impartir una formación especifica en primaria, policias, bomberos...

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Registro de los suicidios en Zaragoza durante el periodo de un año.
2. Elaboración de una entrevista semiestructurada para realizar la autopsia psicológica a un familiar.
3- Tasa de autopsias psicológicas realizada a un familiar superior al 70%
4- Elaboración de una escala de factores de riesgo detectados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 15 de Junio 2015
Fecha de finalización: 15 de Marzo de 2016

Cronograma:
15/06/15-30/06/15: Reunión con el Juez Decano y con el Director Gerente responsable del 061 para concretar los mecanismos para obtener los datos.
15/07/15: Elaboración de la entrevista semiestructurada para realizar la autopsia psicológica.
15/07/15-15/12/15: Recogida de datos y realización de las autopsias psicológicas.
15/12/15-15/03/16: Elaboración de los datos y obtención de conclusiones

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población en riesgo de suicidio

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 585

1. TÍTULO

AUMENTAR LA EFICACIA DEL MANEJO DE MUESTRAS EN LA UCL

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE PUENTE LANZAROTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JULIAN ANSON MARIA ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· LETAMENDI VIÑAU MAITE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· SANZ PEREZ CONCEPCION. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCL
· MARTINEZ GISTAS EMILIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCL
· SERRAT SANCHO ANUNCIACION. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCL
· BERNAL MORILLO MARIA. QUIMICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· LAHUERTA PUEYO CARMEN. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la última Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad del Laboratorio se recordó la existencia de problemas señalados en las auditorías (falta de control de las condiciones de transporte de las muestras). Este incumplimiento podría afectar a la acreditación del Laboratorio.
Por otra parte, se han recibido quejas de algunos Laboratorios relativas al retraso en la llegada de muestras procedentes de UCL, lo que influye negativamente en el procesado de las mismas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Revisar las condiciones de extracción (higiene de la extracción, asegurar identificación paciente, preguntar ayunas, indicar hemostasia)
- Registrar las condiciones de transporte (duración y temperatura) en todas las muestras provinientes de los centros de extracción
- Controlar, y disminuir si es posible, el tiempo de permanencia de las muestras en la UCL

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1 Llevar a cabo sesiones formativas con el personal que realiza las extracciones recordando la necesidad de:
- registrar las extracciones realizadas
- condiciones de higiene
- asegurar la identificación del paciente
- asegurar estado de ayunas
- mantener el orden correcto de tubos
- indicar modo correcto de realizar hemostasia

2 Controlar las condiciones de transporte de muestras procedentes de centros de extracción
- conseguir en número necesario de registradores para controlar el tiempo y la temperatura
- instalar el software adecuado
- dar formación al personal de UCL en el manejo de registradores y software
- avisar a los centros de extracción de la puesta en marcha de nuevos registradores
- registrar los datos diariamente
- crear indicadores para el control del proceso

3 Controlar, y disminuir si es posible, el tiempo de permanencia de las muestras en la UCL
- revisar rutas de transporte (trayecto, horarios...) optimizándolas en la medida de lo posible
- registrar hora de llegada de neveras, hora de introducción de muestras al clasificador y hora de envío de muestras a los laboratorios
- adecuar el personal al flujo de trabajo para que en los momentos de mayor carga de tragajo esté presente la mayor parte de la plantilla
- asegurar la cobertura de todos los puestos de trabajo
- establecer un procedimiento de actuación en caso de fallo del sistema informático o del clasificador
- crear indicadores para el control del proceso

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1 Indicador: Porcentaje de neveras que sobrepasan la temperatura correcta de transporte. Obtención mensual para cada centro de extracción.

2 Indicador: Porcentaje de neveras que sobrepasan el tiempo indicado de transporte. Obtención mensual para cada centro de extracción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: junio 2015

Finalización: febrero 2016

Junio a septiembre 2015: revisar condiciones de extracción a pacientes en UCL, puesta en funcionamiento de nuevos registradores. Registro de tiempos de llegada y permanencia de muestras. Formación a extractores.

Octubre a diciembre 2015: revisión rutas de transporte. Registro de tiempos de llegada y permanencia de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 585

1. TÍTULO

AUMENTAR LA EFICACIA DEL MANEJO DE MUESTRAS EN LA UCL

muestras. Evaluación de indicadores

Enero a febrero 2016: evaluación de indicadores.Conclusiones, oportunidades de mejora.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 510

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DEL DOCUMENTO INFORMATIVO EN LA TERAPIA CON INYECCIONES INTRAVITREAS

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA RAMIRO MILLAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· CRISTOBAL BESCOS JOSE ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· BALTANAS RUBIO PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· HONRUBIA GRIJALBO ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· CONCHA CABELLO MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· PEIRO EMBID CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· PINILLA LOZANO ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· CALVO PEREZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La terapia intravítrea permite la administración de medicamentos en el interior del globo ocular. En estos últimos años, se ha producido un incremento exponencial del uso de las inyecciones intravítreas debido a la administración por esta vía de diversos fármacos antiangiogénicos y corticoides de liberación retardada para el tratamiento de patologías tales como la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), edema macular diabético o secundario a oclusión venosa retiniana, neovascularización coroidea miópica, retinopatía diabética proliferativa y glaucoma neovascular. En la actualidad, constituye el procedimiento quirúrgico más frecuente en el hospital, alcanzándose una cifra aproximada de 4000 inyecciones intravítreas anuales. Sin embargo, a pesar de la frecuencia con que dicho procedimiento se lleva a cabo, carecemos de una hoja informativa que, a la vez que resuelva todas las dudas que dicho acto genera en el paciente, evite consultas innecesarias al servicio de Urgencias y efectos adversos que podrían prevenirse (endoftalmitis, picos tensionales oculares, accidentes tromboembólicos sistémicos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ninguno

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo de este plan de mejora es ofrecer al paciente toda la información necesaria para tranquilizarle frente al procedimiento al que va a someterse. Asimismo, se pretende reducir el número de incomparecencias evitables, la innecesaria y peligrosa retirada de fármacos antiagregantes y/o anticoagulantes, así como disminuir las consultas al servicio de Urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño e implementación de un documento informativo para el paciente que incluya la descripción del procedimiento, sus objetivos, síntomas habituales tras el mismo, signos de alarma que requieren acudir al servicio de Urgencias, cuidados pre y postoperatorios, así como advertir de la innecesaria y potencialmente peligrosa suspensión de medicaciones tópicas (hipotensores oculares) y sistémicas (antiagregantes y anticoagulantes).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizara una encuesta de satisfacción al paciente al finalizar el tratamiento valorando si la información recibida les ha resultado útil en el procedimiento

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en Septiembre de 2015 y finalización en Septiembre 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES CON PATOLOGIA RETINIANA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 424

1. TÍTULO

GESTION DE VESTIMENTA ADECUADA E INTRODUCCION DE LOS ELEMENTOS QUE FACILITEN LA IDENTIFICACION DE LAS CATEGORIAS PROFESIONALES POR PARTE DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN REBOLLO PINA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION ENFERMERIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FELIX MARTIN MANUELA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· HERRERO SEÑALADA NATIVIDAD. GRUPO DE GESTION FUNCION ADMINISTRATIVA. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSTELERIA
· ORTA DIAGO CARMEN. GOBERNANTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSTELERIA
· MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION ENFERMERIA
· VILLEGAS BLECUA JOSE MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION DE ENFERMERIA
· NIEVES CRESPO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· SEBASTIAN MARTINEZ ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La vestimenta del personal sanitario del Hospital Clínico Universitario se diferencia en colores según al servicio al que se pertenezca (azul, verde, blanco). Actualmente el pijama de color verde se ha convertido en la vestimenta de elección de algunos profesionales aunque en la unidad o servicio al que pertenecen no es necesario. Para ello queremos incidir en:
* Elección del color de la vestimenta dependiendo la unidad. Seleccionar las unidades que necesitan un pijama diferente al blanco.
*Persistir en la correcta vestimenta del personal dependiendo de su unidad.

Así mismo la pluriprofesionalidad de la vestimenta hospitalaria hace que el paciente no tenga referencia para identificar al personal que le atiende en las distintas plantas de hospitalización, por lo que incorporar al uniforme (blanco) un elemento distintivo (categoría, colores, etc..) dependiendo del profesional; sería de gran ayuda para que los pacientes sepan que profesional los atiende.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. * Cambiar hábitos del personal a la hora de elección de la vestimenta adecuada
* Identificar por elementos distintivos los uniformes blancos y propios del personal de hospitalización.
* Conseguir la uniformidad de la vestimenta en todos los profesionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. * Consolidar grupo de trabajo.
* Elegir elementos identificativos.
* Definir las unidades o servicios donde es imprescindible los pijamas verdes y azules

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. * % de dotación de pijamas (verdes y azules) que se adjudican a cada servicio.
* Nº de elementos necesarios para identificar los pijamas según categoría.
* Nº de pijamas que serán identificados con el elemento identificativo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. * Fecha inicio: Julio 2015
* Fecha final: Diciembre 2015
* Fecha Implantación: Primer trimestre del 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Vestimenta
OTRA PALABRA CLAVE 2. Uniformidad
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 073

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ACTUACION EN PATOLOGIA ENDOMETRIAL

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.
· CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· JIMENEZ MARTINEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ORNAT CLEMENTE LIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DIAZ VEGA MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ELORRIAGA AZPILICUETA CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1. Necesidad de mejora del protocolo de derivación de pacientes desde consulta de Patología endometrial del CEMQ Inocencio Jiménez para la realización de histeroscopia diagnóstica así como actualización del protocolo de histeroscopia quirúrgica.
2. Informatización del informe clínico de histeroscopia diagnóstica para su consulta en Intranet-HP Doctor. Mejorar la legibilidad de dicho informe clínico.
3. Creación de base de datos de las histeroscopias realizadas con fines investigativos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejora del acceso de los pacientes a histeroscopia
2. Optimización de recursos asistenciales
3. Creación de base de datos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Establecimiento de algoritmos
2. Protocolos de derivación y vías clínicas
3. Creación base de datos de las histeroscopias realizadas
4. Informatización del informe clínico de las histeroscopias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de pacientes susceptibles de derivación desde la consulta de Patología Endometrial de CEMQ Inocencio Jiménez
2. Número de indicaciones primarias y secundarias para realización de histeroscopia diagnóstica
3. Número de indicaciones primarias y secundarias para realización de histeroscopia quirúrgica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo de 2015 Formar grupo de trabajo
Mayo 2015: Creación de algoritmos
Junio –Agosto de 2015: Protocolos de derivación y vías clínicas
Mayo-Septiembre de 2015: Creación base de datos
Octubre de 2015: Aplicación de protocolo de histeroscopia

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología endometrial

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 092

1. TÍTULO

GANGLIO CENTINELA EN C

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO ROLDAN RIVAS
· 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 MORAN CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LEAL CARIÑENA CONCEPCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MORENO ROMEA ESTHER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PAULES TEJERO CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GASCON MAS ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El estado ganglionar es el factor pronóstico más importante en el cáncer de cervix uterino.
En estadios precoces, más del 80 % de las pacientes que son sometidas a linfadenectomía no obtienen beneficio alguno del procedimiento y sin embargo deben estar expuestas a la morbilidad asociada a esta cirugía. Por otra parte, una determinación exacta del estado ganglionar en esta población permite seleccionar aquellas pacientes con ganglios linfáticos afectos para quimiorradiación sin la necesidad de emplear cirugía pélvica radical

Actualmente, está claro que los métodos de imágenes, a pesar de que dan excelentes resultados, no permiten excluir la presencia de metástasis antes de realizar el tratamiento. Las técnicas no invasivas de imágenes son útiles en el abordaje inicial de la paciente con cáncer, solo si son positivas y en la decisión de realizar tratamiento quirúrgico. La única forma confiable, y que es el estándar de oro, de detectar compromiso ganglionar es el estudio anatomopatológico de las piezas extraídas.

Se considera como ganglio centinela (GC) el primer ganglio que recibe el drenaje linfático de una región anatómica determinada. Se define como ganglio centinela desde el punto de vista de la gammagrafía a aquel o aquellos que presentan migración desde el tumor mediante un canal linfático o, ante la no evidencia de dicho canal, aquel o aquellos que aparecen en uno o varios
territorios de drenaje linfático.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con el objetivo de disminuir la morbilidad derivada de la cirugía radical en el tratamiento de Ca de cérvix uterino en sus estadíos iniciales, se propone el introducir la detección del ganglio/s centinela y su análisis anatomopatológico intraoperatoriamente, validando dicha técnica en nuestro hospital, y disminuyendo de esa forma , el número de linfadenectomías no necesarias en la mayoría de las pacientes con esta patología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. TÉCNICA DE DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA
La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es una técnica
diagnóstica multidisciplinar, que implica la interrelación entre médicos especialistas en medicina nuclear, cirujanos y patólogos.
La técnica imprescindible incluye el uso de trazador isotópico como
marcador del ganglio. Es aceptable utilizar la técnica mixta (trazador isotópico más colorante) y se desaconseja la técnica con el uso exclusivo de colorante.
El inconveniente de los colorantes (habitualmente azul isosulfán, patente o de metileno) es la dispersión en el lecho tumoral y las reacciones alérgicas, que pueden aparecer en un 1% de los casos y que se pueden prevenir con la administración de antihistamínicos y corticoides
Para la biopsia de ganglio centinela en Ca de cérvix uterino, pueden usarse colorantes o coloides marcados con tecnecio 99, o una combinación de ambos métodos, que se inyectan en el cervix en los 4 cuadrantes.
El coloide marcado con tecnecio se inyecta la mañana anterior a la cirugía en un volumen de 0,5ml en cada cuadrante y se realiza el mapeo linfográfico esa tarde y a la mañana siguiente preoperatoriamente. En caso del colorante, se utiliza Azul patente al 1% y se inyecta en el momento previo a la cirugía con el campo operatorio ya preparado, unos 15´ antes de su búsqueda, en un volumen de 0,5-1 ml por cuadrante.
La linfogammagrafía localiza los ganglios centinela y mediante la sonda detectora intraoperatoriamente, ya sea laparoscópica o laparotómicamente, y por visión directa del azul, se procede a la exéresis del ganglio centinela.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Análisis del número de ganglios centinela detectados y analizados intraoperatoriamente que coinciden con el análisis anatomopatológico definitivo

2.- Análisis de ganglios centinela que se detectan intraoperatoriamente como negativos y que se confirma la negatividad tumoral del resto de los ganglios extirpados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Estimando que la frecuencia aproximada de Tumores de Cervix uterino intervenidos anualmente en nuestro servicio es de unos 10/año, estimamos que en el periodo de unos 4-5 años podamos analizar los resultados y confirmar los resultados obtenidos en otros hospitales, para poder utilizar el ganglio centinela negativo, como marcador de ausencia de afectación tumoral en el resto de ganglios, evitando la linfadenectomía completa.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 092

1. TÍTULO

GANGLIO CENTINELA EN C

11. OBSERVACIONES. Fecha de inicio: 1/01/2015 Fecha de finalización:31/12/201911. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cancer de cuello uterino
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 384

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN SERVICIO HOSPITALARIO (PROA-MI)

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO 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.
· ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· LETONA CARBAJO SANTIAGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· OLIVERA GONZALEZ SUSANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· PAÑO PARDO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· PRIETO ANDRES PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA
· SANCHEZ FABRA DAVID. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· SERAL GARCIA CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El incremento de la resistencia a los antibióticos unido al parón en el desarrollo de los antimicrobianos nos ha metido de lleno en una “crisis antibiótica”, que es considerada por diversas instituciones sanitarias (OMS, CDC, ECDC, etc) como uno de los principales problemas de Salud Pública, a nivel global tanto por sus consecuencias en resultados en salud como por lo complejo de su solución.

Una de las principales estrategias para minimizar el impacto de la “crisis antibiótica” es optimizar el uso de los antibióticos, con el objetivo mejorar de el pronóstico de pacientes con infecciones y prevenir la emergencia de resistencia.

La prescripción de antimicrobianos es un proceso de toma de decisiones, que está interferido por múltiples circunstancias. Estas barreras/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, existiendo una clara oportunidad de mejora.

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. En el fondo se trata de un proceso cíclico, que incluye:
1) identificar los principales problemas y deficiencias y priorizarlos
2) planificar e implementar las medidas destinadas a solucionar los problemas y deficiencias
3) evaluar el impacto de las medidas anteriores

Debido al tamaño y a la heterogeneidad de barreras y dificultades para el uso óptimo de antimicrobianos en el HCUZ, la unidad más práctica de actuación son los Servicios asistenciales. De entre ellos, por su transversalidad y por su implicación en la mejora de la calidad asistencial, el Servicio de Medicina Interna del HCUZ posee las características idóneas para la puesta en marcha de un proceso de mejora de la calidad de uso de antimicrobianos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo primario
- Mejorar la calidad de uso de antimicrobianos en un Servicio hospitalario clave.

Objetivos secundarios
- Disminuir presión antibiótica.
- Implicar a los profesionales en un proceso continuo de mejora de la calidad de uso de antibióticos
- Validar localmente una aproximación multidisciplinar de mejora de la calidad de utilización de antibióticos en un Servicio hospitalario, que sirva de estímulo para otros Servicios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Fase 1. Constitución del equipo de trabajo
- Inclusión de la optimización del uso de antibióticos (PROA) como objetivo de Servicio
- 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. 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, actividades docentes presenciales/online, coaching antibiótico (a demanda) y coaching antibiótico (sistema de alertas)

Fase 3. Implementación de las actividades

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 384

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN SERVICIO HOSPITALARIO (PROA-MI)

- 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
- Análisis de los indicadores seleccionados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cada ciclo de mejora tiene una duración prevista de tres meses. Tras el primer ciclo se considerará la conveniencia de realizar nuevos ciclos así como su duración en el tiempo.

Calendario previsto:

Fase 1: Junio 2015
Fase 2: Julio-Agosto 2015
Fase 3: Septiembre-Noviembre 2015
Fase 4: Diciembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Antibióticos
OTRA PALABRA CLAVE 2. Resistencia
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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 314

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO ASISTENCIAL RAPIDO PARA PACIENTES TRIBUTARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... DANIEL SAENZ ABAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· RUIZ BUENO MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ESAD
· VILLARES ANDRES ROSA ISABEL. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ESAD
· GOMEZ BITRIAN JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· JORDAN DOMINGO MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· TOMEY MONTESINOS MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· RUBIO GOMEZ MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El número de pacientes tributarios de cuidados paliativos atendidos en Urgencias es creciente en los últimos años. Ello se debe diversos factores entre los que destaca el incremento progresivo de la esperanza de vida de los pacientes crónicos. A ello han contribuido los avances terapéuticos en Oncología y en patologías crónicas como la insuficiencia cardiaca, enfermedades respiratorias o las demencias. Como norma, estos pacientes son incluidos a su llegada al Servicio de Urgencias dentro del circuito asistencial convencional asignándoseles a su llegada un nivel de prioridad y una ubicación según el Sistema Español de Triaje (SET). Ello provoca demoras asistenciales innecesarias tanto en ellos como en el resto de usuarios y con frecuencia realización de pruebas complementarias que sin duda serían evitables. Esto ocurre a pesar de que en la mayoría de los casos estos pacientes tan solo requieren una intervención puntual y muy concreta que de modo ideal debería prestarse con la mayor prontitud y sencillez.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Proyecto nuevo

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos:
- Disminuir al máximo las demoras asistenciales de pacientes en programa de cuidados paliativos
- Optimizar la realización de estudios complementarios a este tipo de enfermos
- Procurarles la mayor agilidad y confort en la asistencia sanitaria en Urgencias
- Facilitar el drenaje lo más rápido posible
- Proporcionar una herramienta para mejorar la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales implicados en su atención

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Incorporar el código diagnóstico específico del paciente subsidiario de cuidados paliativos (V 66.7) en los informes de alta de Urgencias del mayor número de pacientes de este tipo
- Diseñar un sistema de alerta informática que permita detectarlos a su llegada en el triaje de Urgencias
- Diseñar un circuito asistencial rápido en Urgencias para la atención de los pacientes identificados
- Crear una herramienta básica de recopilación de estos enfermos en Urgencias
- Consolidar un grupo multidisciplinar que a través de reuniones presenciales semanales permita comentar casos nuevos recopilados, permitiendo incrementar la agilidad en la atención y el paso de un nivel asistencial a otro (Hospital, equipo de soporte domiciliario (ESAD), Atención Primaria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Además de medir el tiempo transcurrido en estos pacientes hasta el inicio de la asistencia en Urgencias, el tiempo total de asistencia, el número de pruebas complementarias realizadas, se pueden plantear los siguientes indicadores para monitorizar el impacto real del proyecto.

Nº de pacientes sin realización de analítica en Urgencias / Nº de pacientes V 66.7 atendidos

Nº de pacientes sin realización de radiografías en Urgencias / Nº de pacientes V 66.7 atendidos

Nº de pacientes identificados con el código V 66.7 / Nº de pacientes atendidos en Urgencias

Nº de pacientes valorados por el grupo multidisciplinar / Nº de pacientes recopilados en Urgencias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo-Junio 2015:
- Diseño del circuito asistencial rápido
- Desarrollo de la herramienta informática de detección en triaje
- Creación del grupo multidisciplinar
- Creación de la herramienta de recopilación de nuevos casos

Julio-Agosto 2015:
- Divulgación del proyecto entre los profesionales de Urgencias (Facultativos, Residentes, Enfermería…)
- Divulgación de la existencia de un código diagnóstico específico para estos pacientes

Junio 2016:
- Evaluación del impacto y medición de indicadores

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 314

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO ASISTENCIAL RAPIDO PARA PACIENTES TRIBUTARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN URGENCIAS

Durante la duración del Proyecto existirán además reuniones semanales. Cada jueves a las 8.30 a.m del grupo multidisciplinar donde se comentarán los casos nuevos detectados en Urgencias y se les programará una valoración telefónica y/o presencial por el ESAD

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes subsidiarios de cuidados paliativos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cuidados Paliativos
OTRA PALABRA CLAVE 2. ESAD
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 145

1. TÍTULO

IDENTIFICACION BACTERIANA MEDIANTE UNA TECNICA RAPIDA DE ESPECTROMETRIA DE MASAS MATRIZ-ASSITED LASER DESORPTION-IONIZATION TIME-OF-FLIGHT APLICADA DIRECTAMENTE EN LOS HEMOCULTIVOS

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.
· BENITO RUESCA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GIL TOMAS JOAQUINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PEIRO CODINA FABIOLA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ABARCA LORIENTE MARISOL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FLAMARIQUE ZABORRAS ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LAPLAZA SOLANO MARIA ANGELES. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· RIVAS SORIA RAQUEL. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La detección de la bacteriemia constituye una de las prioridades del Servicio de Microbiología Clínica, dada su importancia diagnóstica y pronóstica ya que se asocia con una elevada mortalidad que oscila entre el 20 y el 50%.
La incidencia de la bacteriemia depende del tipo de población estudiada (5-30 casos por 1000 pacientes hospitalizados) y puede presentarse a cualquier edad, sobre todo en pacientes con graves enfermedades de base y en los sometidos a maniobras que alteran los mecanismos locales y generales de defensa frente a la infección.
El diagnóstico definitivo de la bacteriemia se establece cuando se aísla el microorganismo causal en la sangre del enfermo, lo que permite hacer estudio de sensibilidad a los antimicrobianos, instaurar el tratamiento o hacer las modificaciones necesarias a la terapia empírica ya establecida. La administración precoz de un antibiótico adecuado disminuye la mortalidad en pacientes con bacteriemia, por lo que se hace imprescindible la utilización de métodos microbiológicos que permitan conocer el microorganismo responsable en el mínimo tiempo posible.
Durante años la identificación bacteriana se ha basado en las características fenotípicas de los microorganismos (morfología, características tintoriales, propiedades bioquímicas etc…). La mayor parte de las técnicas microbiológicas convencionales continúan basándose en pruebas que precisan del crecimiento del microorganismo, lo que hace que la identificación pueda retrasarse hasta varios días desde el crecimiento en el medio de cultivo.
Las técnicas genéticas ha aportado ventajas en cuanto a fiabilidad de la identificación y además en algunos casos permiten el diagnóstico microbiológico directamente de la muestra sin necesidad de cultivo. Estas técnicas genéticas han tenido desarrollo dentro de la virología, mientras que en el campo de la bacteriología la repercusión ha sido menor.
Recientemente, la espectrometría de masas MALDI-TOF (Matrix-Assisted Laser Desorption/Ionization Time of Flight) ofrece una alternativa rápida y fiable para la identificación de los microorganismos mediante el análisis de proteínas, principalmente ribosomales. La identificación una vez que se dispone de crecimiento suficiente en los medios de cultivo es prácticamente inmediata, lo que supone una ganancia de 24 horas sobre la identificación fenotípica tradicional. Uno de los aspectos más interesantes es su aplicación a las botellas de hemocultivos una vez que el sistema automático ha detectado crecimiento, ya que reduce el tiempo de identificación en 40-48 horas. Los datos en cuanto a sensibilidad varían según la metodología empleada para el procesamiento de los hemocultivos pero la especificidad es excelente. Los mejores resultados parecen obtenerse con técnicas largas y laboriosas que no todos los laboratorios pueden asumir, por ello la mayoría han adoptado técnicas más cortas y sencillas que permiten su realización durante la jornada de trabajo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir el tiempo de identificación de los microorganismos productores de bacteriemia mediante una técnica rápida de espectrometría de masas MALDI-TOF aplicada directamente en los hemocultivos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los frascos de hemocultivo se procesan en el sistema automático BacT/Alert®3D (bioMérieux, Inc Durham, North Carolina, USA). Cuando se detecta crecimiento se realizan tinciones de Gram y subcultivos que se leen tras 18-24 h de incubación.
La identificación y las pruebas de sensibilidad se realizan mediante el sistema MicroScan WalkAway® (Siemens Healthcare, España). La lectura de estas pruebas se obtiene tras 18-24 h de incubación. El tiempo desde que el sistema detecta crecimiento hasta que se realiza la identificación es de 36-48 h. A partir de marzo de 2014, el laboratorio de Microbiología dispone de tecnología MALDI-TOF (Bruker Daltonics GmbH, Leipzig, Germany), que ha permitido reducir a 18-24 h el tiempo de identificación.
Nuestro proyecto incluye 2 métodos sencillos que permiten adelantar la identificación en horario de jornada.
Método 1
Para hemocultivos en los que se ha detectado crecimiento entre las 14h del día anterior y las 8 h:
- Colocar 3 gotas de sangre en una placa de agar sangre e incubar 4 h a 37ºC en atmósfera de CO2
- Aplicar la muestra en la tarjeta y proceder según instrucciones

Método 2

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 145

1. TÍTULO

IDENTIFICACION BACTERIANA MEDIANTE UNA TECNICA RAPIDA DE ESPECTROMETRIA DE MASAS MATRIZ-ASSITED LASER DESORPTION-IONIZATION TIME-OF-FLIGHT APLICADA DIRECTAMENTE EN LOS HEMOCULTIVOS

Para hemocultivos en los que se ha detectado crecimiento entre las 8h y las 14 h:
- Colocar 5 ml de sangre en un tubo estéril
- Centrifugar a 800 rpm, pasar el sobrenadante a otro tubo y eliminar el sedimento
- Centrifugar a 4000rpm y eliminar el sobrenadante
- Aplicar el sedimento en la tarjeta y proceder según instrucciones

Permiten informar los resultados al clínico 4 ó 6 h después de la detección de crecimiento en las botellas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Información a los clínicos del 100% de resultados significativos
- Informe semestral de los resultados y envío al Sº de Calidad del Hospital

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de comienzo 1 de junio. Duración indefinida

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Hemocultivo
OTRA PALABRA CLAVE 2. Bacteriemia
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 756

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA RECOGIDA DE ORINA DE 24 H

2. RESPONSABLE ..... MARIA SANTAMARIA GONZALEZ
· Profesión ..... OTROS
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAL MORILLO MARIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· ASINARI CECILIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· VILLAR JIMENEZ JULIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· PEREZ PEREZ MARIA GRACIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· PEREZ OBON ARACELI. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· LAZARO SALETE PILAR. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las muestras de orina de 24 horas se analizan con el objetivo de conocer la cantidad de una sustancia concreta excretada por la orina.

La peculiaridad de estas muestras es que deben ser recogidas y almacenadas durante todo el proceso bajo unas condiciones especiales dependiendo de la determinación que se solicite. Si estas condiciones no han sido respetadas, el análisis no podrá ser realizado por falta de calidad en la muestra.

Asimismo, en ocasiones ciertos factores fisiológicos y fisiopatológicos, tales como la actividad física, el estrés emocional, la ingesta de comidas y la hipoglucemia pueden tener un efecto significativo en la concentración del parámetro analizado y como consecuencia alterar el resultado final del mismo.

La correcta recogida de la muestra respetando todas las condiciones de almacenaje y preparación previa, reducirá el número de muestras rechazadas, evitando la repetición de la prueba en el paciente con todos los inconvenientes asociados y ofreciendo un resultado más rápido y eficaz del parámetro solicitado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Establecer una serie de recomendaciones para mejorar la recogida de orina de 24 horas

2. Mejorar la comunicación del paciente con el laboratorio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaborar una hoja con las recomendaciones a tener en cuenta para cada determinación y enviarla al personal de enfermería de los distintos servicios del hospital y centros.

2. Informar al paciente sobre el tipo de contenedor que se lleva a casa, así como el aditivo que contiene y las condiciones de recogida y almacenaje que debe seguir en cada caso.

3. Informar al paciente sobre los alimentos y actividades que debe evitar los días previos a la recogida de la muestra.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se hará un recuento del número de muestras rechazadas hasta la fecha y se comparará con el número de muestras rechazadas tras aplicar las recomendaciones.

Se valorará el número de pruebas repetidas del mismo paciente a lo largo de un año y se contrastarán resultados.

Se prestará especial atención a aquellos centros y/o servicios que presenten mayor número de incidencias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Septiembre 2015: Elaborar la hoja de recomendaciones y enviar a los servicios
Octubre 2015- Abril 2016: Informar a todos los pacientes que lleguen al laboratorio para recoger el contenedor.
Mayo 2016: Evaluar los resultados obtenidos tras la implantación de las recomendaciones y escribir la memoria del proceso.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Información al paciente
OTRA PALABRA CLAVE 2. Orina 24 horas
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 756

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA RECOGIDA DE ORINA DE 24 H

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 361

1. TÍTULO

INCLUSION DEL VALOR DE LA FI02 EN EL VOLANTE DE GASOMETRIA ARTERIAL

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL SANTOLARIA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ ALCUTEN FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO DE BIOQUIMICA CLINICA Y URGENCIAS
· MARTIN DELSO MARIA SOLEDAD. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· SANCHEZ VILLALBA PILAR. TECNICO ESPECIALISTA DE LABORATORIO. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO DE URGENCIAS
· PEREZ FERNANDEZ CARMEN PAULA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA POLIVALENTE
· GRASA LASCORZ MATILDE. TECNICO ESPECIALISTA LABORATORIO. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO DE URGENCIAS
· COSTAN GALICIA JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· CASCAN HERREROS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 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. 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 que llega al paciente es la medida más rápida para revertir la situación de hipoxemia.
En la actualidad, los volantes de gasometrías arteriales no incluyen las condiciones en las que se extrae la muestra, concretamente la concentración de oxígeno (FiO2) que el paciente esta respirando. Esta falta de información puede implicar deficiente control clínico, necesidad de realizar mayor número de gasometrías, prescripciones incorrectas, etc. 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 de los pacientes y trasladarla mediante una plantilla al informe del laboratorio, permitiría conocer con seguridad la FiO2/flujo con el cual se ha extraído la muestra y actuar en consecuencia. Además permitiría calcular el gradiente alveolo-arterial de oxígeno (aplicando la formula matemática correspondiente), útil para diferenciar la causa de esta insuficiencia respiratoria

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Registrar la Fi02 en las solicitudes de gasometría arterial
• Mejorar la obtención de datos tras el análisis de la muestra
• Orientar al profesional, del curso evolutivo y del origen de la Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) a través del conocimiento del gradiente alveolo arterial de oxígeno
• Diseñar un nuevo modelo de volante de solicitud de gasometrías arteriales
•Consensuar la equivalencia Fi02 - l/m teniendo en consideración todos los equipos de suministro de 02

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Confeccionar una tabla de equivalencias en donde quede reflejado la FiO2 y su equivalencia según los flujos y el método de administración de oxígeno (gafas, ventimask) para que pueda tratarse la información de manera adecuada y calcularse el gradiente alveolo-arterial de oxígeno.
Generar un nuevo volante en tiempo y forma, donde conste un apartado donde se puedan marcar las condiciones en las que se realiza la extracción de la gasometría arterial (l/m y sistema de suministro). Hasta entonces, esta información quedará reflejada en el apartado de “observaciones” del propio volante.
Información a los servicios médicos de esta propuesta de mejora para que colaboren en su funcionamiento.
Información por parte de enfermería a todas las unidades para informar y solicitar la inclusión en los volantes de solicitud de en que condiciones de oxigenación se ha obtenido la muestra arterial.
La información y solicitud de la inclusión se realizará informáticamente y personalmente a todos los profesionales de las unidades

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador: Volante de petición de gasometría con el nivel de FiO2 a la extracción especificado.
Estandar: Conseguir que el 80% de las peticiones reflejen este dato.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • 1 mes para la organización del plan trabajo con el grupo de mejora.
• 1 mes para transmitir la información a los responsables de las unidades hospitalarias y explicar a los profesionales de las plantas.
• Inicio del proyecto seguimiento para corregir errores.
• A los 3 meses, revisión de las muestras extraídas y valoración de los resultados y cumplimiento de indicadores.
• Tras la revisión reforzar en aquellas áreas o unidades en las que se hayan detectado menos cumplimentación.
• Periodo de prueba y seguimiento durante otros tres meses
• Corte final nueva valoración definitiva de resultados de indicadores.

11. OBSERVACIONES. Se plantea la continuidad del proyecto a través de la elaboración y puesta en marcha de un

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 361

1. TÍTULO

INCLUSION DEL VALOR DE LA FI02 EN EL VOLANTE DE GASOMETRIA ARTERIAL

procedimiento de gasometria arterial (Normativa SEPAR) para unificar el método de extracción con criterios de calidad y seguridad clínica11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 036

1. TÍTULO

LA CADERA DE RIESGO AL NACIMIENTO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

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.
· JIMENEZ SALAS BERTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· MIÑANA BARRIOS MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· EZQUERRA HERRANDO LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BUENO LOZANO OLGA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· VALLE GUILLEN SOFIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· VENTURA FACI PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La displasia del desarrollo de la cadera se presenta en aproximadamente 1 a 1.5 de cada 1,000 nacimientos. El diagnostico debe ser precoz, es decir al nacimiento. El pediatra es el primero que evalua las caderas del RN y detecta los factores de riesgo. El problema es muy importante y conlleva el pronostico de dicha cadera. En nuestro hospital existe un protocolo de detección precoz de la displasia del desarrollo de la cadera (DDC) realizado en colaboración de traumatologia y Pediatria, dirigido a recien nacidos con exploracion fisica positiva o con factores de riesgo de padecer DDC. Los niños que no mejoran o a quienes se les hace un diagnóstico después de los seis meses con frecuencia necesitan cirugía. La displasia de la cadera que se detecta después de los primeros 6 meses de vida puede llevar a un pronóstico desalentador y puede requerir una cirugía más compleja para reparar el problema. Se plantea un proyecto de priorización de estos pacientes ya valorados y orientados por sus pediatras desde Nidos, para realizar la evaluacion por parte del traumatologo en consultas externas de manera preferente e iniciar el tratamiento ortopedico oportuno y su seguimiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Lo que se pretende conseguir es una consulta altamente resolutiva dentro de la consulta de traumatologia infantil dando una via preferente y priorizar a todos los RN que con factores de riesgo o con exploración positiva, sean susceptibles de evaluacion por el traumatologo para iniciar un tratamiento precoz.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Lo que se va a realizar es desde el responsable de citaciones de consultas externas del HCU, priorizar la cita de estos pacientes, sin permitir demora alguna, independientemente de otros factores asistenciales. La responsable de esta medida es la responsable de la Sección de Traumatologia y Ortopedia Infantil (Dra. Seral) junto con los otros cuatro traumatólogos que la componen (Dr. Bartolome, Dr. Nicolau, Dra. Ezquerra, Dr. Velazquez) siempre en comunicación con el Jefe de Servicio (Dr. Albareda).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de caderas de riesgo enviadas desde su pediatra de área x 100/ (Numero de caderas de riesgo enviadas desde su pediatra de área + numero de caderas de riesgo enviadas desde el nacimiento de Nidos).
Demora de la citación en la Consulta de Traumatología Infantil en pacientes con sospecha de displasia de cadera: tiempo entre solicitud de valoración y la fecha de la consulta en traumatología infantil.
Para valorar el porcentaje de pacientes con sospecha confirmados por traumatólogo: Nº de casos diagnosticados x 100 / Nº de pacientes enviados para valoración.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las fechas previstas ya hemos empezado en el 2015 y pensamos mantenerlo de manera indefinida. Si se detecta un aumento de recien nacidos de estas caracteristicas, se podria plantear una consulta monografica periódicamente.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. cadera de riesgo
OTRA PALABRA CLAVE 2. recien nacido
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 447

1. TÍTULO

VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS) (DENTRO DEL 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
· BELLES BELLES ALBA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BUENO SANCHO JESSICA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ALGARATE CAJO SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ NUÑEZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SANCHEZ POLO CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Vigilancia activa al ingreso y semanalmente de los pacientes críticos del HCU colonizados por bacterias multirresistentes de fácil diseminación horizontal. Evaluación de las técnicas empleadas. Análisis trimestral de los resultados obtenidos durante el primer año con vigilancia de colonización en el mismo paciente y en la unidad/es de la UCI, para ver si las prácticas de aislamiento y control consiguen reducir la producción de infecciones por bacterias multirresistentes y se reduce la circulación de cepas epidémicas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se implantó el programa el 1 de marzo en nuestro hospital. Se han procesado 150 muestras hasta la fecha. No se han analizado todavía los datos obtenidos ni la sensibilidad de las técnicas utilizadas. No se ha evaluado el impacto de esta vigilancia en la reducción de las tasas de resistencia.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Evaluar la implantación del programa de resistencia zero en nuestro hospital en cuanto a los siguientes puntos:
-Métodos diagnósticos (sensibilidad de las técnicas, métodos de detección…)
-Tiempos de respuesta de resultados
-Análisis de resultados obtenidos de la vigilancia activa (bacterias multirresistentes, tiempo que tardan en colonizar, pacientes colonizados por más de una…..)
-Pacientes colonizados que desarrollan una infección invasiva. Comparación de resultados (bacterias multirresistentes productoras de la infección, antibiograma)
-Cálculo de la reducción de las tasas de resistencia en estas unidades en este tiempo desde la implantación del programa

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A todos los pacientes que ingresan en UCI y semanalmente se les recoge un triple hisopo (faríngeo, nasal, rectal) y se envía al laboratorio. Se siembra en placas selectivas para detección de SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas y se cultiva. Se identifica el microorganismo, se detectan los mecanismos de resistencia y se caracterizan mediante test fenotípicos. Se informa el resultado a la UCI. Se archivan los microorganismos multirresistentes para caracterización genotípica posterior y tipado molecular.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Sensibilidad de las técnicas utilizadas en el laboratorio
Indicador 2: Num de pacientes colonizados por alguno de estos microorganismos (SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas)
Indicador 3: Num de pacientes con infección sistémica producida por alguno de estos microorganismos (SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas)
Indicador 4: Disminución de la tasa de resistencia por SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas en UCI

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un año de implantación. El cronograma a seguir será:
Mayo: Analizar los resultados dos meses después de su implantación
Junio: Realizar mejoras diagnósticas a la vista de los resultados
Septiembre: Analizar los resultados seis meses después de su implantación
Octubre: Realizar mejoras diagnósticas a la vista de los resultados
Febrero: Analizar los datos globales de evolución de la tasa de resistencia en estas unidades

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad al paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. UCIs

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 447

1. TÍTULO

VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS) (DENTRO DEL PROYECTO RESISTENCIA ZERO)

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 374

1. TÍTULO

FICHAS DE MANEJO DE AGENTES BIOLOGICOS PARA TRABAJADORES DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

2. RESPONSABLE ..... LAURA SERRANO BARCOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· INGLES GARCIA DE LA CALERA CONCEPCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SANTAMARIA MORENO LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· 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 DE PREVENCION RIESGOS LABORALES. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SALA RODRIGO JAIME. TECNICO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El riesgo biológico es uno de los riesgos presentes en toda actividad sanitaria, y está contemplado en la normativa vigente(Real Decreto 664/1997 sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo).Dado que el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales realiza la actividad preventiva para garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores del sector y que tiene competencia en la información y formación de los trabajadores, parece oportuno contar con un sistema rápido y eficaz de informar sobre los agentes biológicos más habituales y todo lo relacionado con ellos como sería las normas generales a adoptar, los equipos de protección individual, la profilaxis, la vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos, la actuación ante el caso de accidente, etc.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo general sería el de proporcionar a los trabajadores una información rápida y detallada sobre el manejo de los agentes biológicos a los que están expuestos en su actividad diaria.
Objetivos específicos:
- Informar a los trabajadores sobre los agentes biológicos a los que están expuestos cuando acudan por algún motivo a nuestro servicio y también de forma permanente en la intranet del hospital y de Atención Primaria, en el apartado correspondiente al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, y en los controles de enfermería de los diferentes servicios y unidades.
- Elaborar un mínimo de 10 fichas con los agentes biológicos más habituales o de especial interés por su repercusión.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Constitución de un equipo de trabajo, integrado por los integrantes del servicio, para el desarrollo de las fichas de consulta rápida y resto de actividades.
- Utilizar las fichas para informar y formar a los trabajadores que consulten en nuestro servicio.
- Colocar las fichas en la intranet del hospital y de Atención Primaria.
- Colocar las fichas en los controles de servicios y unidades.
- Difusión de las fichas mediante sesión presencial a mandos intermedios y mediante comunicación electrónica a los trabajadores del sector (correo electrónico).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de fichas elaboradas sobre el nº total de fichas propuesto
- Nº de trabajadores que han tenido contacto con agente biológico informados con esta herramienta/ Nº de trabajadores que han tenido contacto con agente biológico
- Nº de consultas realizadas a las fichas alojadas en la intranet del hospital y Atención Primaria/nº de trabajadores expuestos a agentes biológicos biológico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1-3-2015 Fecha de finalización: 31-5-2015
Calendario:
- Elaboración de las fichas de rápido manejo sobre agentes biológicos: marzo a abril de 2015.
- Implementación de las fichas para informar a trabajadores expuestos a riesgos laborales: junio 2015
- Colocación de las fichas en la intranet del hospital y de Atención Primaria: junio 2015
- Elaboración de indicadores iniciales: diciembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. agentes biológicos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 374

1. TÍTULO

FICHAS DE MANEJO DE AGENTES BIOLOGICOS PARA TRABAJADORES DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

OTRA PALABRA CLAVE 2. trabajadores
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 156

1. TÍTULO

ADECUACION Y USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS A TRAVES DEL "MAPEO EPIDEMIOLOGICO LOCAL" DE LAS INFECCIONES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ SIERRA BERGUA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO GOMEZ MARTA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· MONTOYA SAENZ RAQUEL. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· NAVARRO CALZADA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· LOPEZ GALINDO PEÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es bien conocido que las enfermedades infecciosas son un grave problema de salud mundial y se asocian a elevada morbimortalidad. Su prevalencia e incidencia son crecientes y vienen determinadas por el perfil de un paciente cada vez más complejo (mayor edad y comorbilidad) y por factores de selección de resistencias a los antibióticos.

En el momento actual, el uso “eficaz” y óptimo de los antibióticos, es uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos. Conocer las características de los pacientes, y sobre todo, la epidemiología local de las infecciones que acuden a Urgencias de nuestro centro hospitalario son un gran avance en el manejo eficaz de las mismas.

En el servicio de Urgencias, las infecciones suponen hasta el 14,3% de las asistencias y el 10% de los ingresos hospitalarios. La solicitud de estudios microbiológicos se realiza cada vez con mayor frecuencia (hasta 43-45%), y aunque sería deseable un porcentaje mayor, la información obtenida de dichas pruebas permiten conocer la etiología de los gérmenes que afectan a una determinada población con sus peculiaridades. El uso de antimicrobianos, que en nuestro medio es de hasta el 41%, se realiza de forma empírica en la mayoría de ocasiones. Destacamos que el 20% de las toxicidades farmacológicas atendidas en Urgencias lo son por los antibióticos.

Pretendemos iniciar una acción de mejora local, que complementa a otras emprendidas en nuestro hospital como el “Programa de optimización del uso de antibióticos” avalado por sociedades científicas y con demostrada eficacia sistemática, que analiza las muestras microbiológicas extraidas en Urgencias de los pacientes que fueron valorados con una enfermedad infecciosa, y que permiten configurar un mapeo epidemiológico local y casi una fotografía “real” del tipo de gérmenes que tratamos y sus resistencias. Mediante dicho acción se quiere unificar y protocolizar el manejo desde la Urgencia de los pacientes atendidos por infecciones, con el conocimiento de la epidemiología local, evitando el aumento de resistencias o tratamientos ineficaces por desproporcionados o inadecuados, además de un probable ahorro económico. La intención es que tengan continuidad y concordancia con los protocolos de las plantas hospitalación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Información "real" de la etiología de las infecciones atendidas en Urgencias, de las resistencias y de las peculiaridades de los gérmenes aislados.
2.- Protocolizar el manejo antibiótico de las infecciones atendidas en Urgencias.
3.- Promover una "adecuada política antibiótica" y extracción indicada de las muestras microbiológicas desde Urgencias.
4.- Consensuar y revisar de forma periódica los protocolos del servicio con la hospitalización
5.- Difusión de la información y de las acciones de mejora con Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Estudio descriptivo observacional de las muestras microbiológicas extraidas desde Urgencias en el año 2014 y de las características de los pacientes tratados por infección en el servicio.
-Análisis de las resistencias y tipo de gérmenes.
-Protocolización de las infecciones más frecuentes atendidas en Urgencias con los datos epidemiológicos locales.
-Realizar sesiones formativas en el servicio, hospital para médicos, médicos residentes, personal de enfermería y médicos de atención primaria que derivan los pacientes al hospital.
-Revisión consensuada y periódica de los protocolos con el área de hospitalización y primaria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Estudio y análisis de las muestras biológicas obtenidas en Urgencias en el 2014 para generar un "mapa epidemiológico local".
Análisis de las resistencias y peculiaridades de los gérmenes aislados en las diferentes infecciones.
2.- Crear protocolos de tratamiento antibiótico revisables con validez interna, de uso común y con continuidad en hospitalización.
3.- Difusión de los datos y acciones formativas extensivas a grupos de médicos en formación, personal enfermería y atención primaria durante el 2015-2016.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Creación de grupo de trabajo: mayo 2015.
- Junio-septiembre: recogida datos cultivos extraidos de urgencias en 2014.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 156

1. TÍTULO

ADECUACION Y USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS A TRAVES DEL "MAPEO EPIDEMIOLOGICO LOCAL" DE LAS INFECCIONES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Septiembre 2015: sesión formativa en servicio Urgencias para informar de la acción mejora con los resultados obtenidos hasta el momento.
- Octubre-diciembre 2015: obtención y análisis de los resultados
- Enero-abril 2016: creación de protocolossobre el manejo de infecciones en Urgencias, basados en los datos previos y consensuado con la Comisión de infecciones y resto de servicios hospitalarios.
- Mayo 2016: presentación sesión en urgencias de los protocolos con posterior difusión y planificación de otras opciones de mejora.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 113

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA BASE DE DATOS MULTIDISCIPLINAR PARA SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE LA CISTECTOMIA RADICAL

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.
· LONGAS VALIEN JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· 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

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el tratamiento del carcinoma vesical infiltrante se ven implicados distintos especialistas. Nuevas evidencias han surgido en torno a la cistectomía radical que están siendo aplicadas como la cosnulta de prehabilitación por parte del Servicio de Anestesia, la quimioterapia previa a la cirugí radical por parte de oncologia así como la implantación de la cirugia laparoscópica dentro del protocolo Fast track ya instaurado en años anteriores.
Es necesario realizar un seguimiento de los resultados que se van obteniendo, de manera multidisciplinar, para así conocer en mayor profundidad la evolución del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La realización de una Base de datos conjunta entre las distintas especialidades involucradas en el diagnostico y tratamiento del carcinoma vesical infiltrante (Urología, Anestesia, Oncología Médica y Anatomía Patológica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseñar la base de datos, mediante el programa File Maker de uso habitual en la practica clinica del servicio de urología del Hospital Clínico, en donde cada miembro introducirá los datos sobre las variables establecidas previamente correspondientes a su especialidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A fecha de 30 septiembre de 2015 esté elaborada la base de datos
El 80 % de los datos serán recogidos una vez realizada la base de datos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se realizará una primera reunión durante el mes de junio para elaborar una lista con las variables a recoger y diseñar la base de datos así como ponerse en cominicación con el Servicio de Informatica para la instalación del programa en aquellos ordenadores donde se vaya a usar la base de datos.
Durante el periodo de Junio a septiembre se elaborará la base de datos para que se pueda iniciar la recogida de datos por parte de cada Servicio.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 274

1. TÍTULO

PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA PUERPERA Y RECIEN NACIDO DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA TEIRA SOLANO
· Profesión ..... OTROS
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEBAN CID MARIA VICTORIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PALANCA ARIAS MARIA TERESA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CARRERAS CASANOVA VICTORIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FLETA VISIEDO MAR. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AGUILAR DE MINGO CRISTINA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABAD PEREZ PRADO. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La puérpera, durante su estancia en el hospital, recibe atención medica y cuidados por parte del equipo de Enfermería (enfermeras, Tcae.) de manera sistematizada.
Médicos, enfermeras y la propia puérpera, demandan la presencia de la matrona para el inicio y apoyo a la lactancia y cuidados específicos del puerperio.
Ante la elevada frecuencia de estos requerimientos, el equipo de matronas, en consenso con el Servicio de Obstetricia, decide implementar un programa sistematizado de atención bío-psico-social de las puérperas y su hijo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dispensar una atención integral e individualizada de la puérpera y su hijo durante su estancia en el hospital por la matrona de planta
Disminuir la asistencia a demanda promoviendo la programada. Mejorar la continuidad de cuidados, físico-psíquicos, de la puérpera al alta.
Disminuir las consultas a Urgencias o Primaria posteriores al alta.
Elaborar un Protocolo de Asistencia Conjunta Matrona-Obstetra a la puérpera.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cada mañana, la matrona y el obstetra de planta revisan las historias clínicas y acuerdan a qué pacientes van a visitar cada uno de ellos.
A continuación, la matrona asume la atención y los cuidados propios del puerperio en los partos normales y la atención bío-psico-social que requieran los partos patológicos.
En el momento del Alta a Domicilio, la matrona dispensará cuidados de Educación para la Salud Materno-Infantil a todas las puérperas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de puérperas ingresadas en la planta / número de puérperas vistas de manera sistematizada por la matrona.
Número de puérperas ingresadas en la planta / número de puérperas vistas a demanda por la matrona.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto 1/06/2015
Ejecucion del protocolo: junio 2015
Implementación del protocolo: desde julio 2015
Primera monitorización: octubre 2015 (tras la implantación)
Segunda monitorización: diciembre 2015 (tras la implantación

11. OBSERVACIONES. A la iniciativa de mejora está previsto darle continuidad en años sucesivos.11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Puérperas y R.N.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Puerperio
OTRA PALABRA CLAVE 2. majora atención
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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 311

1. TÍTULO

EDUCACION EN AUTOCUIDADOS PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO RENAL MEDIANTE HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ..... ANA VECINO SOLER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CRIADO MAINAR CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
· LOPEZ IBORT NIEVES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
· DE FRANCISCO MAINAR FABIOLA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
· RONCAL SOLA SUSANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
· MENESES BERNAD GLORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
· AZNAR BUIL BLANCA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS
· RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODIALISIS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La educación para la salud y la formación en autocuidados son piedras angulares en pacientes con enfermedades crónicas. La consulta para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), debe ser referente para todos aquellos usuarios independientemente de la terapia renal sustitutiva indicada y seleccionada de forma conjunta por el nefrólogo, el paciente y su familia, así como la unidad de acogida y tratamiento de Hemodiálisis. La formación en autocuidados al paciente que va iniciar tratamiento en hemodiálisis es básico en tanto a la calidad de vida , disminución de la morbi mortalidad, y mantenimiento del estado de salud en espera de un trasplante renal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Definir un nuevo flujograma en el proceso asistencial de la IRC en el HCU Lozano Blesa, de los pacientes que optan a tratamiento renal hemodiálisis, tras la revisión de la arquitectura del proceso actual.
Instaurar un programa formativo para los pacientes en pre hemodiálisis.
Fomentar el rol autónomo de los profesionales enfermeros de la unidad de Hemodiálisis desarrollando sus competencias en la formación y educación en autocuidados en el paciente renal.
Crear redes de información y seguimiento de los pacientes entre profesionales enfermeros de la consulta ERCA y hemodiálisis, estableciendo circuitos de comunicación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión del actual proceso de derivación de pacientes con ERC desde la consulta ERCA a la opción de tratamiento hemodiálisis hospitalaria. Definición de las actividades de control y seguimiento de dichos pacientes con los profesionales de la consulta ERCA.
Adaptación del Documento de Consenso sobre la Práctica Enfermera en Pacientes con ERC, al contexto de la Unidad de Hemodiálisis. Revisión por el grupo de trabajo.
Estandarización de la consulta prediálisis, por dicho grupo. Creación de los registros.
Creación de la figura de la enfermera referente para cada paciente que se integre en el trabajo.
Seguimiento del paciente una vez iniciada la terapia por la enfermera referente, durante los seis primeros meses.
Presentación del trabajo realizado a la unidad, prueba piloto y modificación de los puntos a mejorar tras dicha presentación y prueba.
Puesta en marcha de la consulta prediálisis.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • % de miércoles anuales no festivos con profesional enfermero experto asignado a la consulta pre hemodiálisis.
Fuente: Unidad de Hemodiálisis, agenda de citaciones.
Periodicidad: Semestral.
Responsable: Supervisora de Unidad.
• % De pacientes en TRS-Hemodiálisis derivados de la consulta ERCA a la consulta pre diálisis.
Fuente: Jefe de servicio/supervisora de Unidad. Agenda de trabajo ERCA, agenda de citaciones consulta prediálisis.
Periodicidad: Semestral.
Responsable: Supervisora de Unidad.
• % pacientes citados a la consulta pre hemodiálisis que acuden a dicha consulta programada.
Fuente: Agenda de citaciones consulta prediálisis.
Periodicidad: semestral
Responsable: Supervisora de Unidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2015: Junio, revisión de la bibliografía y revisión del proceso actual.
Septiembre/ Octubre; adaptación documento de consenso de la SEDEN.
Noviembre y Diciembre: Estandarización de la consulta prediálisis.
2016: Enero /Febrero: presentación a la unidad y prueba piloto.
Marzo: Puesta en marcha de la consulta

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 311

1. TÍTULO

EDUCACION EN AUTOCUIDADOS PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO RENAL MEDIANTE HEMODIALISIS

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. ADULTOS Y ANCIANOS
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 470

1. TÍTULO

INCORPORACION DE NUEVA ALERTA DE DEFICIT DE MATERIAL EN EL PROGRAMA INFORMATICO DE GESTION DE MATERIALES

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA VILLEGAS BLECUA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION DE ENFERMERIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ COTARELO ELENA. TECNICO GESTION EN FUNCION ADMINISTRATIVA. H CLINICO UNIVERSITARIO. SUMINISTROS
· MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION DE ENFERMERIA
· ROYO ABENOZA ROSA MARIA. ADMINISTRATIVO. JEFE SECCION. H CLINICO UNIVERSITARIO. SUMINISTROS
· NIEVES CRESPO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION ENFERMERIA
· REBOLLO PINA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION ENFERMERIA
· CALVON NAVALMORAL ALFREDO. TECNICO GESTION DE SISTEMAS. H CLINICO UNIVERSITARIO. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la Supervision de Recursos Materiales se detecto que en las unidades de enfermeria habia falta de material debido a la falta de comunicacion de estas unidades y el almacen; ya que se hacia de forma telefonica y se perdia informacion.
Aprovechando el enlace de la pag. Web del SERPA en la que se notifica las deficiencias del material, se quiere incorporar una nueva pestaña en la que se informe desde las unidades de la falta de material y que en recursos materiales gestionen la incidencia y que informen a dichas unidades de Enfermeria desde la misma pestaña.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. *Mejora de comunicacion entre servicios
*Agilidad para resolver incidencias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. * Crear grupo de trabajo con profesionales de los estamentos implicados.
*Realizar la mejora de la pagina Web
*Informarar a todos los Supervisores de las Unidades de Enfermeria y a los responsables de Suministros.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. * Nº de personas implicadas
*% de utilizacion de la nueva aplicacion por los profesionales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. * Fecha Inicio: Junio 2015
* Fecha finalizacio: Octubre 2015
* Fecha de inicio de nueva aplicacion: Noviembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 2 Poco
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 1 Nada
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 144

1. TÍTULO

GESTION POR PROCESOS DEL SERVICIO DE PREVENCION DE RIEGOS LABORALES

2. RESPONSABLE ..... ELENA ZUECO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO BARCOS LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· PEREZ CIRES ALVARO. TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Este servicio elaboró en diciembre de 2007 un Manual de organización y funcionamiento interno que contemplaba la misión, visión y valores del servicio, cartera de servicios, organización de la actividad, procedimientos y documentos específicos, grupos de trabajo internos del propio servicio y participación en Comisiones/grupos específicos de trabajo de otros ámbitos, calidad y grupo de mejora.En el momento actual es necesario revisar dicho Manual de Organización y adaptar de acuerdo con la Gestión por Procesos del sistema de Calidad establecido en el centro.
Definimos el Proceso del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales como la cobertura de las necesidades de seguridad y salud del trabajador en su puesto de trabajo y entorno laboral, finalizando el mismo cuando se considera que se ha realizado una adecuada y completa asistencia según los procedimientos establecidos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo general es el de mejorar el funcionamiento interno del servicio y la asistencia realizada a los trabajadores.Son objetivos específicos:
-Elaborar el Mapa de Procesos del Servicio
-Identificar al menos 4 subprocesos y elaborar los algoritmos que describen las actividades de los mismos
-Identificar subproceso del área de vigilancia de la salud
-Identificar subproceso del área Técnica
-Identificar subproceso sobre accidentabilidad
-Elaborar indicadores adecuados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Constitución de un grupo de trabajo para el desarrollo del Mapa de Procesos y de los Subprocesos y algoritmos correspondientes a las actividades de dichos subprocesos.
Una vez realizados el Mapa de Procesos, identificados los Subprocesos y descritas las actividades en los algoritmos, se implementarán en el servicio como herramienta de trabajo en la actividad diaria del mismo, así como el uso de los indicadores en las áreas de vigilancia de la salud y área técnica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Indicadores de las áreas de vigilancia de la salud y técnica
-Índice de Exámenes de Salud periódicos específicos : Números de exámenes de salud específicos realizados/ Número total de trabajadores expuestos a los riesgos específicos x 100
- Índice de frecuencia general de accidentes: Nº total de accidentes/Nº de horas trabajadas x 10 6
- Índice e eficacia preventiva: Nº de acciones correctoras acometidas/Nº de acciones planificadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio:1-5-2015.Fecha de finalización:31-12-2015.
Calendario:
Elaboración Mapa de Procesos: mayo a junio de 2015
Identificación Subprocesos y elaboración algoritmos: septiembre a octubre 2015
Elaboración de indicadores: último trimestre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Procesos
OTRA PALABRA CLAVE 2. Trabajadores
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 386

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DEL ALMACEN 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.
· SANZ LIZARAZU FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· BUENO TABERNERO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· MELENDO BUENO MAGDALENA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ LLORENS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ FORNES MONICA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· REMIRO SERRANO FATIMA. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· BLANQUEZ PUEYO MERCEDES. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad el almacén del centro de salud se haya ubicado en un espacio único. La distribución de los medicamentos se encuentra en varios apartados siguiendo un orden alfabético, según el nombre comercial o el principio activo. El material fungible se distribuye según utilidades. El principal problema que surge es el de la localización de cada producto, saber qué cantidad tiene que haber de cada uno (stock mínimo) y el control de caducidades.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Controlar en cada momento la situación del almacén: material existente con su localización específica, material pendiente de pedir/servir, material recibido, caducidades pendientes.
Cada producto tendrá un espacio seleccionado, en el que se especificará el stock mínimo que se debe cumplir y las fechas de caducidades.
El orden será el establecido en el petitorio al almacén central del sector.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se nombrará un responsable de la gestión del almacén y un sustituto para las situaciones de ausencia del mismo.
Se confeccionará un manual de procedimiento en el que estén recogidas todas las actuaciones para la gestión y control del almacén. El manual de procedimiento se dará a conocer a todos los profesionales para fomentar su implicación en la gestión.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de revisión de caducidades: trimestral
- Número de revisiones del stock mínimo: mensual
- Registro de incidencias: mensual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio: mayo 2015
- Finalización: diciembre 2015
- Evaluación de resultados y propuestas de mejora a nivel del equipo: febrero 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 400

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESPIROMETRIA EN EL CENTRO DE SALUD ATECA: HERRAMIENTA EFICAZ EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

2. RESPONSABLE ..... PABLO DIAZ VICENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ATECA
· Localidad ..... ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· BUENO TABERNERO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· MELENDO BUENO MAGDALENA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ LLORENS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ FORNES MONICA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA JARABO MYRIAM. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hasta la fecha, muchos pacientes con EPOC son controlados desde el servicio de neumología, donde se les realiza la espirometría. En ocasiones el resultado de la espirometría no llega a ser conocido por el médico de A.P. con lo que hay una dificultad para el seguimiento correcto de este tipo de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantar la realización de espirometrías en el centro de salud, para la captación y seguimiento de pacientes EPOC

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecer un listado de pacientes subsidiarios de realizarles la espirometría.
Crear agendas específicas para optimizar al máximo los recursos personales y materiales disponibles, facilitando la accesibilidad de los pacientes a la realización de dicha prueba.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Cobertura de la espirometría en pacientes EPOC y/o patología respiratoria
- Criterios de aceptabilidad y reproductibilidad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio: mayo/junio 2015: reuniones EAP para listados y agendas
- Finalización: diciembre 2015, con evaluación de resultados obtenidos

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 151

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION SOBRE HIGIENE DE MANOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE CENTROS ASISTENCIALES DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA BERNAL FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIEZ ADRADAS NATALIA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA HIGES FATIMA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· VAZQUEZ GARCIA DANIEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cada vez son más las personas mayores que pasan parte de su vida en un centro asistencial. Para los Profesionales de Atención Primaria constituye una gran responsabilidad poder ofrecer las más altas condiciones de higiene y salubridad aportándoles una serie de recomendaciones y estrategias en la correcta higiene de manos necesarias para los Profesionales que trabajan con estas personas en su trabajo diario.
Las personas mayores tienen mayor riesgo de padecer formas severas de las enfermedades infecciosas. Esta vulnerabilidad se debe en parte a una disminución de las defensas del organismo frente a los agentes patógenos. La práctica constante de las normas de higiene en colectivos formados por personas mayores es una responsabilidad básica de los profesionales dedicados a su cuidado. En primer lugar, tienen una función específicamente sanitaria, puesto que no sólo han de servir para evitar la transmisión de infecciones, sino que deben mejorar directamente la salud de las personas atendidas.
El personal que se encarga de la atención directa del residente resulta esencial en tanto que puede ser un importante factor en la cadena de transmisión de las enfermedades infecciosas. En la mayoría de los casos son las manos del personal que atiende a la persona mayor las que juegan el papel fundamental como vehículo de transmisión de la enfermedad de un residente enfermo a un residente sano. Por esta razón dedicaremos especial atención al lavado de manos mediante talleres y supervión de la tecnica aprendida. La supervisión es concebida como parte del proceso continúo de aprendizaje y su objetivo es observar las prácticas y los procedimientos a través de métodos directos o indirectos con el fin de “mejorar la calidad de la atención”. La observación, debe estar dirigida a corregir prácticas de atención que afecten al paciente con relación a riesgos o pronóstico.
Las soluciones alcohólicas pueden sustituir al lavado de manos, si éstas no están visiblemente sucias. La más efectiva ha demostrado ser el etanol de 50%-70% en forma de solución, espuma o gel (nunca como toallita húmeda). La cantidad mínima requerida es de 3 ml y hay que tener en cuenta que debe contactar con toda la superficie de la mano, especialmente los dedos. Tras la fricción hay que dejar secar, es decir, que el alcohol se evapore y, posteriormente, no mojar las manos con agua para que no se irrite la piel. Para prevenir la deshidratación de la piel, que conlleva la práctica adecuada de la higiene de las manos, es importante utilizar cremas hidratantes con frecuencia, ya que la piel agrietada se coloniza con microorganismos con más facilidad. Los dispensadores se utilizarán en forma de pequeños envases individuales y no serán rellenables.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del programa es reducir los riesgos de transmisión de enfermedades por la atención directa de personal sanitario de centros asistenciales mediante el correcto lavado de manos. Es la medida más importante y eficaz para reducir los riesgos de transmisión.
El personal sanitario deberá conocer los cinco momentos del lavado de manos, el porqué hay que realizarlo y puesta en práctica de la técnica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En la localidad de Calataud hay 5 residencias para personas mayores, un centro de día y el psiquíatrico (donde practicamente la totalidad de los residentes son mayores de 70 años). En cada uno de estos centros se impartirá una charla informativa y un taller sobre la práctica de una correcta higine de manos con solución hidroalcohólica. En cada centro se proporcionaran hojas informativas con la secuencia del lavado de manos para que puedan colocarlo en diferentes lugares estratégicos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para la realización y evaluación del proyecto dos componentes del equipo de trabajo se desplará a cada Centro Asistencial (previa cita) y se realizará el taller con una duración aproximada de 35 min.
Los indicadores para la evaluación del proyecto de mejora serán:
Los Profesionale Sanitarios sabrán realizar una correcta higiene de manos.
Los Profesionales Sanitarios reconocen los cinco momentos de la higiene de manos recomendados por la OMS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se iniciará en el mes de junio, y las fechas de los talleres se concretarán telefónicamente con los directores de cada Centro Asistencial.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Profesionales Sanitarios de Centros asistenciales
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 151

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION SOBRE HIGIENE DE MANOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE CENTROS ASISTENCIALES DE CALATAYUD

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. RESIDENCIAS
OTRA PALABRA CLAVE 2. HIGIENE DE MANOS
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 332

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA SOBRE HIGINE DE MANOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... NATALIA DIEZ ADRADAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAZQUEZ GARCIA DANIEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· LABORDA HIGES FATIMA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL FRANCO CRISTINA. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION CONTINUADA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La higiene de manos es el procedimiento muy importante y eficaz para la prevención y control de las infecciones. Es además una práctica sencilla y económica, accesible en todos los ámbitos de la atención sanitaria, y cuya efectividad se evidencia en numerosas publicaciones científicas, pero que goza de escaso cumplimiento entre el personal sanitario debido a diferentes factores: relacionados con el lugar de trabajo, con los recursos humanos y materiales, determinadas creencias y por último, la ausencia de modelos de actuación y de cultura institucional.
La flora bacteriana compuesta por gérmenes contaminantes, recientemente adquiridos de pacientes colonizados o infectados; se multiplican fácilmente en las superficies de las manos y pueden sobrevivir por largo tiempo si no hay una adecuada higiene de manos. El método de elección para la higiene de manos en AP es la fricción con preparados de base alcohólica, salvo que estén contaminadas por suciedad visible, que el lavado se realizará con agua y jabón.
La OMS dedica una Atención especial a la higiene de las manos, el objetivo de su programa es `Una atención limpia es una atención más segura´, con la campaña mundial “Salve vidas: límpiese las manos”. Estas recomendaciones se hacen para orientar a médicos y personal de enfermería de Atención Primaria sobre cuándo y cómo hemos de lavarnos las manos y ponernos guantes, para prevenir la transmisión de enfermedades a nuestros pacientes. Corresponde a los servicios de salud poner los medios para que los profesionales, en éste como en otros campos, puedan prestar una Atención de calidad.
En Atención primaria del sector Calatayud hasta el momento no se ha realizado ningún estudio que analice la situación de las practicas de higiene de manos en cada Centro de Salud, para ello se utilizará el Marco de autoevaluación de la higiene de manos 2010. Se trata de un instrumento diagnóstico que permite identificar las cuestiones fundamentales que necesitan atención y mejora.

Sus resultados pueden utilizarse para facilitar la formulación de un plan de acción para el programa de promoción de la higiene de las manos en el centro. Su aplicación reiterada también permitirá documentar los progresos realizados a lo largo del tiempo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del estudio es analizar a situación sobre las prácticas de higiene de las manos y su promoción en cada Centro de Salud del sector Calatayud.
Servir como catalizador para la aplicación continua de un programa integral de higiene de las manos en cada Centro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cada profesional sanitario de los Centros de Salud del Sector Calatayud, deberá completar cada componente del Marco de autoevaluación de la higiene de las manos, debe marcar la respuesta a cada una de las preguntas. Cada respuesta tiene una puntuación que deberá sumar para obtener el subtotal de ese componente. Después, en el apartado «Interpretación» se suman esos subtotales para calcular la puntuación total y determinar a qué nivel quedará asignado el centro con respecto a la higiene de las manos. La evaluación no debería tardar más de 30 minutos, siempre que sea fácil acceder a la información solicitada.
Se realizará la supervisión de la técnica correcta de higiene de manos a cada profesional. La supervisión es concebida como parte del proceso continúo de aprendizaje y su objetivo es observar las prácticas y los procedimientos a través de métodos directos o indirectos con el fin de mejorar la calidad de la atención. La observación estará dirigida a corregir prácticas de atención que afecten al paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El Marco de autoevaluación de la higiene de las manos consta de cinco componentes y 27 indicadores. Los cinco componentes reflejan los cinco elementos de la Estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. A su vez, los indicadores se han seleccionado de modo que representen los principales elementos de cada componente, se basan en evidencias y en el consenso de los expertos, y se han formulado como preguntas con respuestas predefinidas a fin de facilitar la autoevaluación. En función de la puntuación obtenida en los cinco componentes, el centro es asignado a uno de los cuatro niveles (inadecuado, básico, intermedio, avanzado) con respecto a las prácticas de higiene de las manos y su promoción. Según el nivel obtenido por cada centro se les hará llegar los instrumentos elaborados por la OMS para elaborar un plan de mejoras de en las áreas que sean necesarias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se iniciará a finales junio de 2015 (fecha sin confirmar), se concretará con cada Centro de Salud el día de evaluación del centro. Finalización del proyecto será en el último trimestre de 2015 (sin confirmar). Se intentará ir cada dos semanas a un Centro de Salud, así poder analizar los resultados obtenidos y personalizar su acción de mejora.

11. OBSERVACIONES. Nos gustaría saber si se disponene de días para los componenetes del proyecto para poder

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 332

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA SOBRE HIGINE DE MANOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD

desplazarse a cada Centro de Salud11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. higiene manos
OTRA PALABRA CLAVE 2. centro de salud
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 637

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS Y CONCERTADOS DE EDUCACION PRIMARIA DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... FATIMA LABORDA HIGES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIEZ ADRADAS NATALIA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ANDREU BERZOSA JOSE LUIS. MIR. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· BLAZQUEZ GIRON PILAR. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aprovechando el 25 aniversario del Centro de Salud de Calatayud se organizaron una serie de talleres/charlas para la población en general. Entre ellas se propuso, como actividad dirigida a la población infantil, la realización de un taller de Reanimación Cardiopulmonar para niños de educación primaria de la ciudad de Calatayud.
Tras ponernos en contacto con los colegios y hablar con los directores de los centros y dada la buena acogida de la propuesta, se realizó de forma exitosa un primer taller en el colegio público Baltasar Gracián.
La demanda de formación por parte del personal docente de los centros escolares y la gran acogida por parte de los niños y profesores han llevado replantear la necesidad de realizar más actividades de promoción de la salud fuera del espacio físico del centro de salud.
Se ha elegido la Reanimación Cardiopulmonar por considerarse un tema de gran impacto y repercusión a nivel social y sanitario, cuyo aprendizaje es necesario desde edades tempranas y para lo cual se dispone de simuladores y material formativo en el sector.
Por otro lado,es la primera vez que se lleva a cabo un taller de RCP en los colegios de la población dirigido a los alumnos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Dar a conocer y realizar de forma correcta la maniobra de reanimación cardiopulmonar.

-Sensibilizar a la población desde edades temprana en la importancia de una correcta detección de síntomas y rápida actuación.

-Fomentar la cooperación entre profesionales sanitarios y docentes en ámbito de la salud.
.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Es necesario coordinar las fechas de realización de los talleres en los centros escolares, los profesionales que los van a llevar a cabo y la disponibilidad de las maquetas para RCP.
El programa formativo es similar en todos los centros escolares.

Muestra: Está programado para los niños de educación primaria, las sesiones se orientan en principio a los cursos de 4º, 5º y 6º en función del número de alumnos.
Dependiendo del número de alumnos se agruparán en varios grupos para que todos los niños puedan realizar la práctica de la simulación al menos una vez.
Los grupos de profesionales sanitarios que realizan los talleres en los colegios están formados por 4 personas, aunque el equipo completo disponible que realiza los talleres lo forman 6 profesionales.

Metodología: 2 responsables que sirven de enlace entre los centros escolares y los diferentes grupos de profesionales que llevan a cabo el taller. Son los encargados de planificar y ajustar los horarios de los colegios con la actividad profesional de los sanitarios, realizar con tiempo suficiente la solicitud de los maniquíes al sector y elaborar los cuestionarios de recogida de datos. (Coordinadora: Fátima Laborda y la componente del grupo Maria Antonia Ubide)

El equipo de profesionales que realizan los talleres lo forman 6 sanitarios (médicos y enfermeros del Centro de Salud de Calatayud y Daroca), que a su vez son los encargados de programar el taller en función de las características de cada centro escolar (número de alumnos, instalaciones, tiempo...), de administrar los cuestionarios de satisfacción y la recogida de propuestas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - La realización de los talleres en todos los centros educativos de Calatayud a lo largo del curso escolar.

- La recogida de propuestas de los centros escolares en materia de salud para detectar necesidades y programar futuras actividades desde el centro de salud.

- Opinión de los docentes sobre la puesta en marcha de esta actividad en los centros escolares.

Se llevará un registro de los colegios a los que se ha asistido y número de niños que han participado. Si por algún motivo, no diera tiempo de que todos los niños realizaran la simulación, se anotaría como incidencia para

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 637

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS Y CONCERTADOS DE EDUCACION PRIMARIA DE CALATAYUD

poder valorar una nueva visita.
Cada centro escolar cumplimentará un cuestionario elaborado por el equipo para evaluar el desarrollo del taller y recoger todas las propuestas derivadas de los centros educativos para la realización de programas de educación para la salud que serán registradas y valoradas por el equipo encargado de este programa y transmitidas a los coordinadores del Centro de Salud Calatayud Norte para su futura puesta en marcha.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los talleres comenzarán a realizarse coincidiendo con el inicio de curso escolar, la fecha límite prevista para visitar los 5 colegios de educación primaria es junio de 2016.
En septiembre se contactará con todos los colegios, para que expongan la propuesta de taller en la primera reunión de claustro.

Cada sesión tiene una duración aproximada de 2 horas. El tiempo previsto de estancia en el centro escolar depende del número de estaciones que se realicen el mismo día en cada centro.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Niños de educación primaria

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 752

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE GUIA-PROTOCOLO PARA LA LIMPIEZA DEL INSTRUMENTAL DE CIRUGIA Y CURAS, PREVIO AL PROCESO DE DESINFECCION O ESTERILIZACION 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.
· DELGADO GUAJARDO CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SISAMON MOLINERO PILAR. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA AUSENCIA DE GUÍA O PROTOCOLO SOBRE EL PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL INSTRUMENTAL , UTILIZADO EN CURAS Y CIRUGIA MENOR EN LAS CONSULTAS Y URGENCIAS, PREVIO AL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN , HACE QUE LOS DIVERSOS PROFESIONALES(TCAE, ENFERMEROS, MÉDICOS...) QUE DE FORMA COTIDIANA REALIZAN ESTE PROCEDIMIENTO, LO HAGAN DE MANERA ARBITRARIA, TANTO EN EL MÉTODO COMO EN LOS MATERIALES Y PRODUCTOS UTILIZADOS.
ES NECESARIO ELABORAR E IMPLANTAR UNA GUÍA , CON EL FIN DE HOMOGENEIZAR LOS PROCEDIMIENTOS Y MINORIZAR O ELIMINAR LOS RIESGOS DERIVADOS DE UNA POSIBLE TÉCNICA INCORRECTA .

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. EL OBJETIVO ES QUE TODOS LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE QUE REALIZAN DICHO PROCEDIMIENTO , LO HAGAN DE FORMA ADECUADA Y UNIFICADA SIGUIENDO EL USO DE LA GUÍA O PROTOCOLO QUE SE ELABORE .

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -ANÁLISIS DE LAS DIVERSAS GUÍAS Y PROTOCOLOS QUE SE ESTÉN UTILIZANDO EN OTROS CENTROS - LO REALIZARÁ EL GRUPO DE TRABAJO.
-ELABORACIÓN DE UNA GUÍA O PROTOCOLO ADAPTADA A NUESTRO CENTRO -LO REALIZARÁ EL GRUPO DE TRABAJO.
-CONTACTO CON QUIEN PROCEDA (DIRECCIÓN, SUMINISTROS, ALMACÉN...) PARA DOTAR LAS CONSULTAS DE MATERIALES NECESARIOS (CEPILLOS, BATEAS) ASÍ COMO DEL SUMINISTRO DE JABONES Y PRODUCTOS DESINFECTANTES Y BACTERICIDAS ADECUADOS-LO REALIZARÁ SUSANA PIQUERAS .
-IMPRESIÓN Y DIFUSIÓN DE LAS GUÍAS ELABORADAS A TODOS LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROCESO -LO REALIZARAN CARMEN DELGADO Y PILAR SISAMÓN

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA TÉCNICA A LOS CUALES LES HA LLEGADO Y CONOCEN LA GUIA-100%.
-PROFESIONALES IMPLICADOS, QUE DISPONEN DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE FORMA CORRECTA -100%
-PROFESINALES QUE REALIZAN LA TÉCNICA SEGÚN LA GUÍA O PROTOCOLO ELABORADO ->90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -ANÁLISIS DE GUÍAS Y PROTOCOLOS USADOS EN OTROS CENTROS Y ELABORACIÓN DE GUÍA PROPIA (MAYO-JULIO 2015)
-REVISIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE DICHA GUÍA (SEPT-OCT 2015).
-IMPRESIÓN Y DIFUSIÓN DE DICHA GUÍA ,ASI COMO DOTACIÓN DEL MATERIAL NECESARIO (OCT-NOV 2015).
-EVALUACIÓN DE INDICADORES (DIC 2015

11. OBSERVACIONES. ¿ES LO MISMO UNA GUÍA QUE UN PROTOCOLO ?.
NUESTRA INTENCIÓN ES QUE ESTÉ REVISADA Y APROBADA POR LA COMISIÓN QUE CORRESPONDA.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. REALIZAR PROTOCOLO LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN INSTRUMENTAL
OTRA PALABRA CLAVE 2. UNIFICAR TÉCNICA
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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 301

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DEL ESPIROMETRO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

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.
· AZNAR RICO MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· GRANERO BERLANGA NICOLAS. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· CAUSAPE GRACIA SARA. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las enfermedades respiratoria, en concreto la EPOC, son una causa de muerte evitable y una de las enfermedades crónicas más prevalentes en Atención Primaria. Su detección y seguimiento forma parte de nuestra actividad diaria estando integrada en la cartera de servicios en el programa:ATENCION A PACIENTES CRÓNICOS: EPOC.
Tras realizar la evalución de la cartera de servicios, hemos detectado una baja cobertura del programa de atención al paciente EPOC, una cobertura mejorable en al atención al paciente dependiente del tabaco y un uso muy escaso del espirómetro del Centro de Salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. MEJORAR NUESTRA PRACTICA CLINICA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTE EPOC.
2. AUMENTAR LA COBERTURA DE LOS PROGRAMAS ATENCION AL PACIENTE CRONICO: EPOC Y DEPENDIENTE DEL TABACO.
3. ORGANIZAR LA CONSULTA DE ENFERMERIA PARA LA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS, RENTABILIZANDO EL USO DEL ESPIRÓMETRO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 31. REALIZACIÓN DE SESIONES CLINICAS DE ACTUALIZACION EN LOS SIGUIENTES TEMAS: EPOC, USO DEL ESPIRÓMETRO, INTERPRETACIÓN DE ESPIROMETRÍAS, DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.
2. CREAR UNA AGENDA ESPECÍFICA EN OMI PARA ESPIROMETRÍAS.
3. DISEÑO DE UNA BASE DE DATOS PARA LA RECOGIDA DE VARIABLES OBTENIDAS.
4. ELABORACIÓN DE UN PROCESO DE USO DEL ESPIRÓMETRO.
5. UNIFICACION DE UN FOLLETO DIRIGIDO AL PACIENTE CON INFORMACION Y PREPARACION DEL PRUEBA.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. REALIZACIÓN DE SESIONES: SI/NO.
2. CREACIÓN DE UNA AGENDA ESPECIFICA EN OMI: SI/NO.
3. DISEÑO DE LA BASE DE DATOS: SI/NO
4. ELQBORACION DE UN PROCESO DE USO DEL ESPIROMETRO: SI/NO.
5. UNIFICACION DE UN FOLLETO DIRIGIDO AL PACIENTE: SI/NO.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. FORMACION GRUPO DE CALIDAD: MAYO DE 2015.
2. PRESENTACION DEL PROYECTO AL EAP: MAYO 2015.
3. REALIZACION DE SESIONES: JUNIO - OCTUBRE 2015.
4. CREACIÓN DE UNA AGENDA ESPECÍFICA: JUNIO - SEPTIEMBRE 2015.
5. DISEÑO BASE DE DATOS: JUNIO 2015.
6. ELABORACION DE UN PROCESO DE USO DEL ESPIROMETRO: JUNIO 2015.
7. PRESENTACION DEL FOLLETO DIRIGIDO AL PACIENTE: JUNIO 2015.
8. PRIMERA EVALUACION: PRIMERA MITAD DE OCTUBRE 2015.
9. SEGUNDA EVALUACION: SEGUNDA QUINCENA DICIEMBRE 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 021

1. TÍTULO

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD: 'DAROCA SALUDABLE'

2. RESPONSABLE ..... ESTHER GONZALO ARANDA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROSADO MENA LICET. MIR. CS DAROCA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante los primeros meses de rotación en el CS de Daroca nos percatamos de la escasez (o ausencia) de actividades comunitarias, de promoción de la salud y de educación para la salud que realizábamos durante el ejercicio de nuestro trabajo diario en el centro. Dada la importancia de estas actividades, y sabiendo que anteriormente sí se habían venido realizando en Daroca, obtamos por empezar un proyecto para implantar un programa de promoción de la salud estructurado, del que se pueda beneficiar la población de la comarca.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo en implantar un Programa de manera estructurada, de Promoción de la Salud en Daroca, sobre el que se desarrollen diversos proyectos puntuales de mayor o menor duración, pero siempre siguiendo una línea común y organizada, y con objetivos concretos que sean evaluables.
Es importante que sea un programa participativo, donde el conjunto de la sociedad organizada pueda actúar de manera activa, multidimensional y multidisciplinar.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar estamos relizando un mapeo de la zona, para saber con qué recursos podemos contar. Hemos empezado una ronda de contactos con los diferentes grupos que creemos pueden estar interesados en participar de una manera activa, entre los que queremos incluir al Instituo y al Colegio públicos del pueblo, el hogar del jubilado, las Instituciones pertinentes, etc. de tal manera que no todo gire en torno al CS, si no que nuestro centro sea uno más de los distintos actores que creen el proyecto de forma participativa.
Tras esta primera fase informativa y de recogida de información y apoyos, estableceremos las personas responsables (Coordinadores Generales) del Programa, y que se encargarán de la aprobación y el seguimiento de los distintos Proyectos que se quieran ir desarrollando. Cada Proyecto a su vez contará con uno o más Coordinadores específicos. Mediante reuniones periódicas o de manera continuada por mail, etc. se irá viendo la evolución de las actividades.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El primer indicador que ya hemos empezado a medir es la proporción de profesionales sanitarios, docentes, escolares, pacientes en general, etc. que participaban previamente a la implantación de este Programa en alguna actividad de Promoción de la Salud. Y pretendemos realizar un encuesta similar tras los primeros 6-12 meses de haber implantado nuestro proyecto, para valorar los cambios que se produzcan.
Igualmente evaluaremos el antes y el después del grado de satisfacción personal por participar (o no) en proyectos de Promoción.
Por otro lado cada Proyecto en particular que se ponga en marcha ha de tener sus propios criterios de evaluación y objetivos. Por ejemplo el Proyecto del Paseo Saludable medirá el grado de actividad física que realizaba cada participantes antes y después, así como su grado de satisfacción personal, etc.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La primera fase tiene que estar terminada por completo antes de septiembre 2015, ya que es cuando inicia el curso escolar y ya entraremos de lleno a realizar actividades en el Instituto y el Colegio. Por otro lado hay proyectos concretos que no van dirigidos a escolares ni a docentes, que pueden comenzar durante el verano (como es el caso del paseo saludable, las charlas sobre diabetología, etc).
En principio no tenemos prevista fecha final para el proyecto, ya que el objetivo sería que pudiera continuar a medio-largo plazo. Si bien es cierto que el programa formativo (MIR) de las 2 principales promotoras termina en mayo 2016, por lo que pretendemos hacer una evaluación general sobre esas fechas, ver si hemos cumplido objetivos, cosas que mejorar, opciones para continuar durante más tiempo, etc.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 195

1. TÍTULO

MEJORA DEL INDICADOR DE SISTEMAS DE CALIDAD. IMPLANTACION DE LA FORMACION CONTINUADA A TRAVES DE SESIONES CLINICAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA MERCEDES GALLEL URGEL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN. ENFERMERO/A. C.S.ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· MELUS ROJAS ROCIO. ENFERMERO/A. C.S.ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE RUIZ CRISTINA. ENFERMERO/A. C.S.ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· TORRIJO SOLANAS ROBERTO. ENFERMERO/A. C.S.ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· MINGUEZA MOZAS ANA. MEDICO/A. C.S.ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALVO SANCHEZ PASCUAL. MEDICO/A. C.S.ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. C.S.ILLUECA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mejora de los resultados de la atención al paciente está ligada con una actualización e intercambio de conocimientos de los profesionales sanitarios.
Las sesiones clinicas son una manera de favorecer éste intercambio de conocimientos.
El Centro de Salud de Illueca tiene unos resultados por debajo de lo esperado en el indicador 2.4 "Implantación de la formación continuada a traves de sesiones clínicas", y hemos visto aquí una oportunidad de mejora para desarrollar durante este año y asi mejorar resultados en la próxima evaluación del contrato de gestión.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar la comunicación y el intercambio de conocimientosentre los profesionales sanitarios del EAP de Illueca.
-Establecer una dinámica de reunionespara intercambiar opiniones sobre un caso o tema en concretocon objeto de dar soluciones a dicho caso o analizar un tema en cuestión.
-El nombramiento de un responsable de formación en nuestro EAP.
-Fomentar la asistencia a las sesiones clínicas entre los profesionales sanitarios con un objetivo mínimo de asistentes del 80 por ciento.
-Que se cumplan las tres condiciones del plan de formación del indicador 2.4 del contrato de gestión de 2015

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Nombramiento de un responsable de formación del EAP del C.S.de Illueca.(Coordinador EAP).
-Planificación del calendario de sesiones clinicas.(Responsable de formación)
-Organización de las sesiones.(Componentes del equipo de mejora).
-Establecer un sistema de información eficaz de la fecha y lugar de realización de las sesiones clinicas(Componentes del equipo de mejora y responsable de formación).
-Evaluación de la satisfacción de los profesionales(Componentes del equipo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores a medir serán:
- Existe un responsable de formación del EAP.
-Existe un calendario de sesiones previstas con el contenido, responsables de su presentación y relación de asistentes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: mayo 2015
Finalización proyecto: diciembre 2015

-Nombramiento de un responsable de formación: mayo 2015
-Planificación del calendario de sesiones clinicas: junio 2015.
-Realización de un informe de la evaluación de la satisfacción de los profesionales: diciembre 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. profesionales
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 713

1. TÍTULO

PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PEDITRIA DE ATENCION PRIMARIA. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

2. RESPONSABLE ..... ANGELA TELLO MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIVAN OTAL MARIA PILAR. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· HERRAIZ GASTESI GONZALO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· CARO REBOLLO JOSEFINA. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· GARIN MORENO ANA LUZ. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LALANA JOSA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· MONEO HERNANDEZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La utilización de la vía inhalatoria para la administración directa de distintas sustancias en el árbol bronquial es una práctica muy antigua, pero en los últimos años su uso se ha incrementado de forma generalizada en nuestra sociedad. Numerosas publicaciones indican la gran frecuencia con la que se cometen errores en la administración, dervidados del desconocimiento de los sistemas de inhalación por parte de los pacientes y también por el personal sanitario.
Con nuestras actividades formativas intentamos transmitir a los médicos que asisten a niños en AP, la importancia de la educación sanitaria en esta patología y la difusión de las novedades en este campo.
La patología respiratoria motiva el mayor porcentaje de prescripción de Antibióticos, fármacos de utilidad terapéutica baja, y otras sustancias potencialmente peligrosas (ejemplo alerta de la AEM sobre la utilización de Codeina en menores de 12 años) en pediatría de Atención Primaria. Hay diversos estudios que demuestran la variabilidad en esta prescripción según el perfil del médico prescriptor. Pretendemos difundir la necesidad del uso racional de medicamentos en la infancia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar los conocimientos de los alumnos que asisten a nuestras actividades formativas evaluando todas nuestras actividades, haciendo test pre y postcurso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones periódicas, del grupo con elevación de acta.
- Realizar actividades de formación canalizadas a través de sociedades científicas, Colegio de médicos, Actividades formativas del Salud

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reuniones del Grupo de trabajo con elevación de acta al menos 4 anuales, Actas de las reuniones, con la asistencia de al menos el 60% de los componentes.
Actividades docentes 3 al año

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un año prorrogable.
Curso en COMZ Noviembre 2015- febrero 2016 (según nos indique la organización)
Taller en jornadas de la Asociación aragonesa de atención Primaria. Noviembre 2015.
Formación a médicos residentes de pediatría y Medicina de familia (junio 2015 a junio 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pATOLOGIA RESPIRATORIA INFANCIA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 329

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA GUIA PRACTICA PARA LA MEJORA EN LA CALIDAD DE REGISTRO EN EL SISTEMA OMI-AP. ATENCION PRIMARIA SECTOR CALATAYUD

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.
· BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· HUERTAS BADOS MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· BLAS GABARDA JESUS. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· VICIOSO ELIPE LOURDES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El análisis de los resultados de los indicadores del acuerdo de gestión a lo largo de los distintos cortes muestra una diferencia importante entre distintos equipos.
Siguiendo la metodología establecida para el ciclo de mejora, procedemos a realizar un análisis causa-efecto, con el objetivo de identificar las causas que podrían influenciar en la variabilidad del cumplimiento de los indicadores.
Tras el análisis, procedemos a intervenir sobre el problema de la calidad del registro en OMI-AP (registro incompleto, falta de registro). Se han comprobado mejoras en los resultados de los indicadores tras acciones puntuales, en las que se ha recordado al personal la forma correcta de registro.
Entendemos que es de importancia para adecuar la actividad profesional realizada y la registrada, que los profesionales conozcan de una forma sencilla los pasos a realizar para un correcto registro de la actividad.
Se mejorarían así la calidad de registro de OMI-AP, los resultados de los indicadores del acuerdo de gestión, y sobre todo garantizar (Ley 41/2002) la obligación de información y de documentación clínica de todo profesional que interviene en la actividad asistencial (artículo 2.3) y, por otra, el correlativo derecho de todo paciente o usuario a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de la atención primaria como de atención especializada (artículo 15.1).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el cumplimiento de los indicadores del acuerdo de gestión mediante la mejora en la calidad del registro de las actividades realizadas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las medidas previstas son:
1. Se realizará un estudio de los indicadores implicados en el acuerdo de gestión de 2015, analizando para cada uno de ellos los posibles fallos que se puedan cometer en el registro e identificando las acciones a emprender para corregirlos.
2. Elaborar un presentación en el que se indicará tanto los pasos correctos de registro como los DGP implicados. Los responsables serán los miembros del propio proyecto de mejora.
3. Enviar la presentación vía correo electronico a todos los profesionales de medicina y enfermería del sector. Dirección de Atención Primaria.
4. Proporcionar formación específica a los equipos que soliciten aclaraciones sobre la presentación.
5. Evaluación de la mejora de los indicadores en los distintos cortes y el envió de dichos resultados vía email a todos profesionales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Resultados.
Elegir tres de los indicadores cuyos resultados hayan sido más bajos en el corte de diciembre de 2014 y pueda estar relacionado con un mal registro y evaluar el porcentaje de mejora en los sucesivos cortes por EAP y a nivel del sector.
Los resultados se obtienen de los cortes cuatrimestrales remitidos desde la Dirección de Atención Primaria a nivel central.

Indicador 2: Utilidad: porcentaje de los profesionales a los que les ha resultado útil la presentación para mejorar sus registros
En la encuesta tan solo se evaluará el grado de utilidad, la facilidad de comprensión y la sencillez de la presentación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 Junio 2015

Fecha finalización: Primer cuatrimestre 2016, una vez obtenidos los resultados de corte de final de año 2015

Cronograma:
1. Junio 2015:
- Análisis de indicadores de los años 2014 y 2015 para localizar aquellos que puedan ser mas sensibles a la actuación
- Elaborar y envío de la presentación a todos los profesionales.
2. Evalución de los indicadores:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 329

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UNA GUIA PRACTICA PARA LA MEJORA EN LA CALIDAD DE REGISTRO EN EL SISTEMA OMI-AP. ATENCION PRIMARIA SECTOR CALATAYUD

a. Primera evaluación: segundo cuatrimestre de 2015
b. Segunda evaluación: corte anual 2015
3. Realización de la encuesta sobre la utilidad de la intervención: primer trimestre de 2016 (después del análisis del corte anual).
4. Envío de los resultados de la encuesta y la mejora conseguida de los indicadores (feedback): segundo trimestre de 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 075

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHA PARA RETIRADA/MODIFICACION DE ANTIAGREGANTES ORALES, EN EL PACIENTE PERIOPERATORIO EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... REBECA ALONSO SALAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORTES FRANCO MARIA TRINIDAD. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· ORTIZ ENCISO MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· RINCON PEREZ ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· GIMENO GARZA JAIME. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La consulta preanestésica es una consulta, cuyo objetivo fundamental es optimizar la situación del paciente de cara a la cirugía. Cada vez con mayor frecuencia, debido en gran parte al envejecimiento de la población en nuestro medio, nos encontramos con paciente en tratamiento con antiagregantes. 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 un muchos casos insuficiente, el paciente la entiende mal o incluso se producen olvidos, por lo que en muchas ocaciones se ha detectado mal manejo perioperatorio de estos fármaco el día previo o el mismo día de la cirugía.
Por tanto, el proyecto consistiría en protocolizar el manejo perioperatorio los antiagregantes dando una ficha al paciente de instrucciones para retirada o modificación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que la totalidad de los pacientes comprendan la importancia del correcto manejo de los antiagregantes y realicen las modificaciones de su tratamiento de acuerdo al tipo de cirugía al que va a ser sometido, intentando perjudicar lo mínimo posible a su patología de base.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Monográficos informativos: dípticos o trípticos con la información respecto a su antiagregante, explicada en términos sencillos, apoyada por la información dada por parte del anestesiólogo en la consulta.
Ficha de modificación/retirada: instrucciones claras y precisas del comportamiento del paciente con respecto al antiagregante en el periodo perioperatorio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Tasa de Cumplimiento: si ha seguido las instrucciones de forma correcta.
-Morbilidad asociada: eventos consecuencia de la modificación 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 el día antes o el mismo día de la intervención quirúrgica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 junio 2015 - 1 Junio 2016
Lunes y Jueves de cada semana en la consulta de anestesiología

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos y ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Antiagregados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 446

1. TÍTULO

MEJORA EN LA HIGIENE DE MANOS Y USO ADECUADO DE GUANTES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... ANA BALLANO DE MIGUEL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA
· GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION DE ENFERMERIA
· CLEMENTE SALA ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ESTERILIZACION/MEDICINA PREVENTIVA
· CORTES CASADO AFRICA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA/ESTERILIZACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los principales problemas que afecta a la seguridad del paciente y, por tanto, a la calidad de la asistencia en los hospitales son las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS). En el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) se observa que dichas infecciones representan un 25% de los eventos adversos, siendo en más de la mitad de los casos evitables.
El principal mecanismo de transmisión de estas infecciones son las manos del personal sanitario, de manera que la higiene de manos es el método más efectivo para la prevención y control en la transmisión de las mismas.
Junto con la higiene de manos, el uso adecuado de guantes es una medida que contribuye a reducir la transmisión de microorganismos. Los guantes constituyen la protección de barrera más importante. Sin embargo, también pueden actuar como vehículo de transmisión de microorganismos.
Por todo esto el objetivo de este proyecto es promover una correcta higiene de manos así como el uso adecuado de guantes para prevenir la transmisión de las IRAS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Aumentar la adherencia a la higiene de manos del personal sanitario.
2.Fomentar el uso racional de guantes.
3.Fomentar la cultura de seguridad del paciente mediante la implantación de mejores prácticas en la higiene de manos y uso de guantes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Evaluación de infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA) y de guantes en el centro.
2.Diseño y elaboración de un procedimiento.
3.Diseño y elaboración de carteles y díptico de bolsillo con los 5 momentos para la higiene de manos y con las indicaciones del uso de guantes.
4.Difusión del procedimiento a través de talleres de formación al personal del centro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Existencia de procedimiento.
2.Existencia de material informativo.
3.Nº de sesiones formativas realizadas.
4.Nº de asistentes por categoría profesional.
5.Grado de satisfacción del personal sanitario con la formación/información.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha prevista inicio: Julio 2015

Fecha prevista finalización: Julio 2016

Julio-Octubre 2015: Elaboración del procedimiento.

Octubre-Diciembre 2015: Elaboración del material informativo.

Diciembre-Mayo 2016: Realización de los talleres de formación.

11. OBSERVACIONES. Para la puesta en marcha de este proyecto se dispondrá de apoyo desde la Dirección de Enfermería del centro.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 446

1. TÍTULO

MEJORA EN LA HIGIENE DE MANOS Y USO ADECUADO DE GUANTES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 293

1. TÍTULO

UTILIDAD DE LA ANALGESIA EPIDURAL EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIAS MAYORES ABDOMINALES EN UN HOSPITAL COMARCAL

2. RESPONSABLE ..... LAURA CARNICERO GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORTES FRANCO MARIA TRINIDAD. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· RINCON PEREZ ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALONSO SALAS REBECA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEREZ ZAPATA ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor post-operatorio tras una laparotomía u otro tipo de incisión abdominal es un evento común en nuestro medio, el cual hay que evitar, ya que su presencia puede provocar múltiples complicaciones: respiratorias, íleo paralítico, aumento del tiempo de hospitalización, uso de fármacos con potenciales efectos secundarios, etc…
El control del dolor agudo en las primeras horas o días es un importante aspecto del cuidado óptimo de los pacientes intervenidos contribuyendo así a su mejor y más rápida recuperación postoperatoria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde hace 9 meses se viene realizando la técnica de analgesia epidural en cirugías abdominales, con notable aceptación de la técnica tanto por pacientes como del profesional sanitario al cargo, y con clara mejoría del bienestar del paciente recientemente intervenido
Ahora queremos medir de modo objetivo y cuantitativo esos resultados y su utilidad en la práctica diaria

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución del dolor agudo postoperatorio en cirugías abdominales en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud (principalmente histerectomías abdominales, hemicolectomías, nefrectomías y otras cirugías que requieran laparotomía).

Disminución de las 2 complicaciones postoperatorias más frecuentes y que pueden ser atribuidas al dolor agudo postoperatorio: infecciones respiratorias e íleo paralítico
Disminución del tiempo de inmovilización postquirúrgico por dolor
Disminución del uso de fármacos analgésicos intravenosos, reduciendo así el gasto sanitario y sus posibles efectos secundarios o adversos (nauseas, vómitos, insuficiencia renal, flebitis en zona de punción,…).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Explicar en la consulta preanestésica al paciente en qué consiste la técnica epidural y qué beneficios aporta frente a otros tipos de analgesia.
Cumplimentar el Consentimiento Informado por parte del paciente
Inserción de catéter epidural y administración de la analgesia durante la cirugía y el postoperatorio inmediato de forma estandarizada por todos los Facultativos del Servicio de Anestesia
Visita al paciente durante las primeras 24-48 horas tras la cirugía para valorar mediante una hoja de registro la intensidad del dolor, la necesidad de rescate intravenoso y los posibles efectos secundarios de la infusión continua epidural (nauseas, vómitos, prurito, hipotensión, bloqueo motor extremidades inferiores,…).
Encuesta de satisfacción al paciente tras la retirada del catéter epidural.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Medición del nivel de dolor del paciente utilizando la Escala Analógica Visual (EVA) a las 8, 12, 24 y 48 horas de la cirugía
Necesidad del uso de rescates analgésicos por vía intravenosa
Efectos secundarios que ha presentado el paciente
Grado de satisfacción del paciente y de los Servicios Quirúrgicos implicados
La evaluación y el seguimiento se realizarán mediante hoja de registro anestésica que constará de los indicadores arriba indicados y encuesta de satisfacción sobre analgesia epidural en el momento de la retirada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde el 1 de Junio de 2015 hasta 31 de Mayo de 2016. Si se observara una clara mejoría en el confort del paciente se podría mantener de manera indefinida.

11. OBSERVACIONES. Señalar la necesidad de crear conciencia entre los Servicios Quirúrgicos (facultativos y personal de enfermería) sobre la importancia de la analgesia epidural continua y el mantenimiento óptimo del catéter durante el período postoperatorio.11. OTRO ENFOQUE. Mejoría en el confort del paciente recién intervenido, disminuyendo la tasa de complicaciones quirúrgicas, el gasto sanitario y la estancia hospitalaria

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. QUIRÚRGICOS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 293

1. TÍTULO

UTILIDAD DE LA ANALGESIA EPIDURAL EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIAS MAYORES ABDOMINALES EN UN HOSPITAL COMARCAL

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 364

1. TÍTULO

ESTABLECER UN PROTOCOLO DE SOPORTE VITAL INMEDIATO EN LA AREAS AMBULATIORIAS DEL HOSPITAL

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.
· SENCIANES CARO ROCIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· GARCIA LLORENTE JUAN CARLOS. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· ARNEDO IBAÑEZ ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· URDAZ HERNANDEZ MARTHA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· ALONSO ALCAÑIZ MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MUÑOZ CIFUENTES PABLO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejora de la identificacion del riesgo de PCR en Consultas externas , Radiologia y Laboratorio.
Dotación adecuada de recursos técnicos en estas areas.
Formación del personal que trabaja en las mismas. Valoracion ABCDE y realización de maniobras básicas de resucitación.
Establecer un sistema reglado de alerta

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Dotación de recursos técnicos y ubicación en localizaciones estrategicas.
2.- Formación en evaluacion y reevaluacion ABCDE.
3.- Establecer Algoritmo de la prevención de RCP
4.- Implementar de forma reglada la comunicación de la alerta precoz.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Identificar los recursos técnicos disponibles
2.- Establecer sistemas de localización estrategica de los mismos y sistemas de señalización.
3.- Formación del personal en el manejo del ABCDE, posters recordatorios en los servicios.
4.- Entrenamiento en maniobras básicas de SVI

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Porcentaje de profesionales que conoce los medios disponibles y su ubicación>80%
2.- Porcentaje de profesionles entrenados en ABCDE y maniobras basicas >80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Elaboración documentación Diciembre 2015
2.- Formación del personal primer trimestre 2016
3.- Evaluacion indicadores junio 2016
4.- revaluacion indicadores diciembre 2016

11. OBSERVACIONES. POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Profesionales
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 673

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS BASADO EN LA PROCALCITONINA

2. RESPONSABLE ..... ARANZAZU CAUDEVILLA MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEVE ALCALDE PATRICIA. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. LABORATORIO ANALISIS CLINICOS
· PEREZ ZAPATA ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA
· ARIAS ALONSO ANTONINA. FARMACEUTIA. H ERNEST LLUCH. LABORATORIO MICROBIOLOGIA
· SENCIANES CARO ROCIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· GARCIA GUTIERREZ ALMUDENA. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. LABORATORIO ANALISIS CLINICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El uso excesivo de antibióticos para combatir las infecciones está relacionado con el desarrollo de cepas bacterianas resistentes y con efectos secundarios indeseables. La lucha contra la aparición de bacterias resistentes a los antimicrobianos, hace imprescindible el establecimiento de programas de optimización sobre su uso en los hospitales, para reducir la utilización inadecuada o innecesariamente prolongada de los mismos.
Un nuevo enfoque para determinar la necesidad y la duración óptima del tratamiento con antibióticos es el uso de biomarcadores, como la procalcitonina (PCT), que aumenta durante las infecciones bacterianas y refleja la gravedad de la infección. Una disminución de los niveles de PCT indica una respuesta favorable del paciente a los antibióticos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Diseñar un protocolo de uso de PCT para el control de la terapia antibiótica, que permita valorar la eficacia de la terapia instaurada, o plantear el cambio del antimicrobiano prescrito, optimizar la forma de administración (terapia secuencial) y la duración de tratamiento, garantizando la utilización de tratamientos coste-eficaces.
Ver si con este protocolo se logra un consumo más racional de los antibióticos, una mayor concienciación sobre la terapia secuencial (paso de la vía endovenosa a la vía oral) por parte de los profesionales responsables, una reducción de efectos adversos atribuidos a la antibioterapia, y por último, y no por ello menos importante, una reducción de costes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación de un Grupo de Trabajo formado por Medicina Interna, Laboratorio, Urología, Cirugía, Urgencias, Medicina Preventiva y Farmacia.
- Difundir al resto de profesionales de nuestro hospital el protocolo, mediante reuniones y acciones formativas.
- Implementar el protocolo que considerará los siguientes puntos:
1. Determinación de PCT basal en pacientes con sospecha de sepsis (S), sepsis grave (SG) o shock séptico (SS) en las primeras 6 horas, según las recomendaciones internacionales de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis.
- Si PCT < 0.25 ng/mL el tratamiento antibiótico está totalmente desaconsejado. Si se considera que la muestra es muy precoz, obtener un segundo valor a las 6-12 horas
- Si PCT > 0.25 ng/mL - < 0.5 ng/mL el tratamiento antibiótico está desaconsejado. Si se considera que la muestra es muy precoz, obtener un segundo valor a las 6-12 horas
- Si PCT > 0.5 ng/mL - < 1 ng/mL el tratamiento antibiótico está aconsejado
- Si PCT > 1 ng/mL el tratamiento antibiótico está totalmente aconsejado
2. Medir la progresión de la PCT mediante su determinación a las 24 - 48 horas de haber iniciado el tratamiento
- Niveles de PCT que permanecen bajos o decrecen (una disminución mayor del 30-50% por día durante al menos 3 días) indican éxito de tratamiento
- Niveles de PCT ascendentes o persistentemente altos indican fracaso del tratamiento, y hay que considerar el cambio del mismo.
3. Valorar de la supensión del tratamiento antibiótico, en caso de haberlo iniciado
- Si PCT < 0.25 ng/mL la suspensión del antibiótico está totalmente recomendada
- Si PCT > 0.25 ng/mL - < 0.5 ng/mL la suspensión del antibiótico está recomendada si la PCT ha disminuido más del 80% de la concentración pico
- Si PCT > 0.5 ng/mL se recomienda la continuidad de la antibioticoterapia aunque los niveles de PCT hayan disminuido más del 80% de la concentración pico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de pacientes con sospecha de S, SG o SS a los que se les pide PCT basal / Nº total de pacientes con sospecha de S, SG o SS x 100
- Nº de pacientes con sospecha de S, SG o SS a los que no se les inicia o se les retira la antibioterapia si PCT basal < 0,25 / Nº total de pacientes con sospecha de S, SG o SS x 100.
- Nº de pacientes con sospecha de S, SG o SS a los que se les pide PCT a las 24-48 h / Nº total de pacientes con sospecha de S, SG o SS x 100
- Nº de pacientes con S, SG o SS a los que se les modifica la antibioterapia si la PCT a las 24-48h aumenta / Nº total de pacientes con sospecha de S, SG o SS x 100
- Nº de pacientes con S, SG o SS a los que se les retira la antibioterapia si PCT > 0,25-<0,5, suponiendo ésta una disminución del 80% de la concentración pico/Nº total de pacientes con sospecha de S, SG o SS.
- Nº de casos de diarrea por C. difficile / Nº total de pacientes con de S, SG o SS.
- Nº de casos con flebitis de vía venosa / Nº total de pacientes con S, SG o SS.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 673

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS BASADO EN LA PROCALCITONINA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015-Septiembre 2015: creación del Grupo de trabajo y diseño del protocolo.
Octubre 2015-Noviembre 2015: presentación del protocolo y formación
Diciembre 2015: puesta en marcha e implementación.
Febrero 2016: evaluación preliminar. Dificultades y búsqueda de soluciones.
Mayo 2016: evaluación de indicadores y conclusiones

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sospecha de Sepsis, Sepsis Grave o Shock Séptico

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Antibioticoterapia
OTRA PALABRA CLAVE 2. Procalcitonina
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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 270

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA IDENTIFICACION DE JERINGAS (CON MEDICAMENTOS PREPARADOS PARA SER ADMINISTRADOS) Y DE VIAS DE ADMINISTRACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GARCIA AGUIRRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZAPATA LOPEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION DE ENFERMERIA
· VICENTE ITURBE CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA
· DE JUAN CEBOLLADA CARMEN. SUPERVISORA DE ENFERMERIA. H ERNEST LLUCH. ENFERMERIA A
· JIMENEZ IHUARBEN CARMEN. SUPERVISORA DE ENFERMERIA. H ERNEST LLUCH. QUIROFANO
· SAEZ AGUDO FELICIDAD. SUPERVISORA DE ENFERMERIA. H ERNEST LLUCH. UCE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los errores relacionados con la medicación constituyen un grave problema sanitario, con importantes repercusiones asistenciales y económicas. Además generan la desconfianza de los pacientes en el sistema, dañan a los profesionales y se asocian a un considerable coste para el sistema sanitario.

La falta de etiquetado de las preparaciones y la ausencia de la identificación de las vías destinadas a la administración de los medicamentos son causas principales de los errores que ocurren cuando se maneja todo tipo de medicaciones.

Por este motivo, una de las prácticas básicas de seguridad recomendadas es que todos los envases y dispositivos con medicamentos estén etiquetados con códigos estándar de colores con etiquetas completas que indiquen la vía de administración y el nombre del fármaco.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Promover la utilización de prácticas seguras mediante la identificación de los medicamentos que se van a administrar en los pacientes y de las vías de administración.
- Reducir los errores en la administración de los medicamentos mejorando la seguridad de los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Estandarizar el etiquetado en la preparación de la medicación y de las vías de administración en las unidades del hospital.
Elaboración del procedimiento de identificación de medicación y vías de administración.
Reuniones con las supervisoras de unidad para adiestrar a su personal posteriormente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existe un sistema de etiquetado estandarizado de identificación de medicamentos y vías en todas las unidades.
- Existe el procedimiento y si está disponible en todas las unidades
- Nº de errores relacionados con la administración de medicamentos en el periodo de tiempo seleccionado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Gestiones técnicas con la empresa adjudicataria: Junio 2015
- Elaboración del procedimiento e implantación en unidad piloto (Enfermería A): Octubre 2015
- Realización de una encuesta de satisfacción al personal sanitario: Enero 2016
- Extensión al resto de unidades: Entre Enero y Junio /2016

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad del paciente

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 112

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE CONSULTA DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

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
· IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FARRER VELAZQUEZ MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FORCEN CASADO TERESA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una de las patologías más frecuentes en la consulta de ginecología es el sangrado peri y postmenopaúsico. En la mayor parte de los casos, se trata de patología de origen benigno que tan solo requiere de seguimiento, tratamiento médico o incluso en la misma histeroscopia diagnóstica se puede resolver.

Actualmente nos encontramos a la hora de indicar una histeroscopia diagnostica con un proceso por el cual las pacientes deben ser introducidas en lista quirúrgica y pasar un preoperatorio ya que esta técnica se realiza en quirófano bajo anestesia intradural o general. Esto deriva en una importante demora a la hora de la realización de la técnica debido a la propia lista de espera de la consulta de anestesia y el procedimiento de inclusión en lista quirúrgica. Además el realizar histeroscopias diagnósticas en tiempo de quirófano demora otras técnicas quirúrgicas que si que requieren de una anestesia. Además, las pacientes ingresan ingresar la tarde de antes en el servicio de Obstetricia y Ginecología y son dadas de alta la tarde del procedimiento. Este ingreso conlleva un importante gasto al servicio evitable ya que se considera una prueba diagnóstica y de realización ambulatoria en la mayor parte de los hospitales. Todo esto deriva en un destacable retraso en el diagnóstico de las pacientes.

De la problemática observada nace el proyecto de creación de una consulta de histeroscopia diagnóstica específica con el objetivo de agilizar la realización de dicho procedimiento en el tiempo. Así solo las pacientes con patología que requiera cirugía tendrán que ser incluidas en lista quirúrgica y requerirán ingreso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducción de un 40% de las indicaciones de histeroscopia quirúrgica debido a la resolución de la patología en diagnóstica y las hospitalizaciones.
Mejorar el diagnóstico, control y seguimiento de las pacientes con patología benigna endometrial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas: derivar a las pacientes a la consulta de histeroscopia diagnóstica ante la sospecha de patología endometrial para su diagnóstico y tratamiento en los casos en que sea posible. Esta consulta formará parte de la actividad habitual de los facultativos adscritos al servicio de ginecología del Hospital Ernest Lluch de Calatayud (Doctores González, Gil, García Simón, Lamarca, París y Farrer).

Procedimientos: La consulta se deberá llevar a cabo, al menos, un día cada dos semanas, resolviendo los casos que hayan surgido durante las dos semanas previas. Las pacientes que necesiten ser derivadas a histeroscopia quirúrgica directamente serán canalizadas desde dicha consulta mediante su inclusión en lista quirúrgica. Las pacientes a las que se tome alguna muestra, serán remitidas a la consulta de ginecología general para resultados y seguimiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de procedimientos realizados.
Número de procedimientos en los que se resuelve la patología de la paciente.
Disminución de lista de espera quirúrgica para histeroscopia quirúrgica.

Se llevarán a cabo mediante el registro de las pacientes que son sometidas a la prueba desde la puesta en marcha de la misma.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cuarto trimestre: puesta en parcha del procedimiento. Valoración de los indicadores de actividad y calidad.
Primer trimestre de 2016: valoración de los procedimientos histeroscópicos realizados hasta el momento e identificación de posibles problemas surgidos.
Finalizar 2016: presentar datos, índices de calidad en sesión clínica al servicio y en sesión clínica del hospital.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 112

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE CONSULTA DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Histeroscopia diagnóstica
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 189

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

2. RESPONSABLE ..... JAIME GIMENO GARZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. DAP CALATAYUD.
· ESTEVE ALCALDE PATRICIA. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· BIELSA RODRIGO FERNANDO. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. MEDICINA INTERNA
· NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA CLAVER AINOHA. BIOQUIMICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· GONZALVO SANCHEZ PASCUAL. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· TORCAL CASADO CHARO. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problema: derivación inadecuada desde Atención Primaria de pacientes con el diagnóstico de sospecha de insuficiencia cardiaca a la Consulta de Cardiología, sobrecargando la misma (aumentando la lista de espera) y haciéndola poco eficiente.
Derivación inadecuada por:
-Derivación del síntoma (disnea) y no del síndrome (IC): o sea, remitir a Consulta de Cardiología disneas para estudio; la orientación diagnóstica básica de la disnea la debe hacer el MAP y en función de la sospecha etiológica remitirla al especialista correspondiente (Neumología, Cardiología, Medicina Interna, etc).
-No se ha realizado el estudio básico en Primaria o este es incompleto: el estudio básico de una disnea o sospecha de IC debería incluir analítica general, Rx tórax y ECG. Remitir al paciente con esas pruebas ayuda enormemente en la consulta especializada permitiendo ganar tiempo y eficiencia
-Diagnóstico incorrecto de IC
Oportunidad: la inclusión en la cartera de servicios del Laboratorio del marcador para diagnóstico de IC “NT-proBNP” nos brinda la oportunidad de mejorar y facilitar el diagnóstico de IC desde Atención Primaria y así mejorar la calidad de las derivaciones a Cardiología evitando derivaciones incorrectas o innecesarias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo primario: establecer una vía clínica para la correcta orientación diagnóstica y derivación de pacientes con sospecha de insuficiencia cardiaca desde Atención Primaria a Cardiología, respaldada por el marcador NT-proBNP
Objetivos secundarios:
-Reducir derivaciones inadecuadas
*Reducir lista de espera en Consulta de Cardiología
*Disminuir realización de Ecocardiogramas innecesarios; reducir lista de espera en Ecocardiografía
-Evitar peticiones no indicadas de NT-proBNP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseñar, difundir e implementar una vía clínica.
-Diseñar: creación de un Grupo de Trabajo formado por Atención Primaria, Cardiología , Laboratorio y Responsable Funcional de OMI .
-Difundir: difusión en Atención Primaria de dicha vía clínica mediante nota informativa a cada Centro de Salud, nota en la Intranet del Sector, y acciones formativas.
-Implementar: incluir en OMI dicha vía clínica como un Plan de Diagnóstico de IC para su obligado cumplimiento . El plan incluirá os criterios clínicos de Framingham, radiografía de torax, electrocardiograma y analítica general con determinación de los péptidos natriuréticos (NT-proBNP). Continuar acciones formativas y presentar resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Muestreo que estimará:
-Número de derivaciones por IC y % de derivaciones correctas (aplicando correctamente la vía clínica)
-Número de NT-proBNP solicitados desde Atención Primaria y % de aquellos solicitados correctamente (siguiendo indicaciones de la vía clínica)
-Reducción de la lista de espera para Consulta de Cardiología (pacientes en lista de espera y días de demora al comienzo y al final)
-Reducción del número de Ecocardiogramas realizados (Ecocardiogramas solicitados antes/después de la implantación de la vía clínica para el estudio de disnea/IC y % de reducción).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015-Septiembre 2015: creación del Grupo de trabajo y diseño de la vía clínica.
Octubre 2015-Noviembre 2015: presentación de la vía clínica y formación
Diciembre 2015: puesta en marcha e implementación.
Febrero 2016: evaluación preliminar. Dificultades y búsqueda de soluciones.
Mayo 2016: evaluación de indicadores y conclusiones.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 189

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Insuficiencia Cardiaca
OTRA PALABRA CLAVE 2. NT-proBNP
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 485

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA PACIENTES EPOC EN EL AREA DE SALUD DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GOMEZ HERNANDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZUIL MARTIN MARCOS. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. UNIDAD DE NEUMOLOGIA
· GARCIA SAEZ SANDRA. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. UNIDAD DE NEUMOLOGIA
· SANCHO MUÑOZ ELENA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. UNIDAD DE ENDOSCOSCOPIAS
· ORTEGO GARCIA MERCEDES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. UNIDAD DE NEUMOLOGIA
· LARDIES NAVARRO JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO DE RADIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una patología muy prevalente y frecuentemente infradiagnosticada. Por su elevada prevalencia, la amplia carga asistencial ambulatoria, las características geográficas del Área rural de Calatayud y el reducido número de Facultativos Especialistas de Área (FEA) de Neumología en este Área, urge la necesidad de analizar vías alternativas de abordaje diagnóstico y terapéutico para este grupo de pacientes.
Se pretende plantear una manera más ágil de atención ambulatoria a pacientes con sospecha de EPOC, remitidos directamente desde Atención Primaria (AP), para lograr un diagnóstico de alta resolución, que permita, en una sola visita, establecer el diagnóstico de la citada enfermedad y las recomendaciones para su tratamiento.
Tradicionalmente, cada paciente con sospecha de EPOC era remitido a la Consulta Ambulatoria de Neumología, desde donde se le solicitaba el estudio espirométrico y radiológico, tras los que era atendido nuevamente, y remitido más tarde a su Médico de AP (MAP), con el resultado de las citadas pruebas. Por tanto, el paciente era atendido en 4 ocasiones por facultativos, en 4 días diferentes, sin contar la posibilidad de un quinto día para un posible estudio radiográfico. Ello representa 5 salidas domiciliarias del paciente para solventar asuntos relacionados con un solo diagnóstico.
Teniendo en cuenta las características rurales y orográficas del Área Sanitaria de Calatayud y las peculiaridades de gran parte de la población atendida (muchas veces, con grandes dificultades para el transporte desde su domicilio al Hospital Ernest Lluch), desde la Unidad de Neumología se oferta la posibilidad de realizar consultas concretas sobre estos pacientes con un único desplazamiento.
Al problema anterior; se añade el número reducido de Espirometrías realizadas en los Centros de Salud del Área de Calatayud, a pesar de que todo paciente EPOC debiera de ser diagnosticado tras realización de espirometría, donde se objetivaría una relación FEV1/FVC menor de 0,7 tras prueba broncodilatadora.
Se plantea la realización de espirometría como prueba diagnóstica principal de EPOC en Consulta de Alta Resolución y estimular el incremento de su realización posterior en los Centros de Salud del Área de Calatayud.
Para ello, se establecerá una Consulta de Alta Resolución de EPOC, incluida en las Primeras Consultas de Neumología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Incremento del número de pacientes remitidos, programadamente, a Consultas Externas de la Unidad de Neumología.
- Disminución del tiempo de demora entre la solicitud de consulta y respuesta en el manejo de pacientes EPOC.
- Disminución de recursos asistenciales en casos clínicos solicitados, por tratarse de una consulta de alta resolución.
- Disminución de recursos logísticos en casos clínicos solicitados, por tratarse de una consulta de alta resolución.
- Disminución de informes expedidos desde el Sº. Radiología para pacientes EPOC.
- Incremento en la realización de espirometrías en los Centros de Salud.
- Reducción del infradiagnóstico de la EPOC.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para la petición de esta Consulta de Alta Resolución, desde el Centro de Salud correspondiente, se solicitará a la Unidad de Neumología, vía informática (consulta vía web, a partir de ahora), esta petición, a través de la cuenta de correo electrónico neumología.hcalatayud@salud.aragon.es.
La recepción de dicha petición se realizará en la Consulta de Neumología del H. Ernest Lluch (DUE Dña. Mercedes Gómez y Auxiliar de Clínica Dña. Mercedes Ortego).
Desde la Unidad de Neumología se establecerá, según agenda, el calendario de atención en consulta del paciente.
Si la citada petición reuniera los criterios de sospecha establecidos desde la Unidad de Neumología (Dres. Zuil y García), se gestionaría la petición directa de Radiografía de Tórax (si no tuviera previa), Espirometría y Consulta en la Unidad de Neumología en un mismo día (DUE Dña. Mercedes Gómez Hernando y Auxiliar de Clínica Dña. Mercedes Ortego García).
Sólo en caso de ser requerido, se solicitaría informe u otra prueba al Sº. Radiología (Dr. Lardies), o bien, podría ser pedida alguna otra prueba funcional respiratoria añadida, como el Test de la Marcha (DUE. Dña. Elena Sancho).
La Radiografía de Tórax realizada a pacientes EPOC en esta Consulta de Alta resolución, no precisaría de informe radiológico.
El mismo día de la Radiografía, y antes de la Consulta, el paciente realizaría una Espirometría.
Posteriormente, el paciente sería atendido en la Consulta (Dres. Zuil y García), donde, tras valoración, se establecería el diagnóstico de EPOC, expediéndose el correspondiente informe a su Médico de Atención Primaria (MAP), acompañado de recomendación de tratamiento y revisión espirométrica recomendados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 485

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA PACIENTES EPOC EN EL AREA DE SALUD DE CALATAYUD

A propósito de este último punto, la inclusión en el Programa de Alta Resolución, implica la realización de una siguiente espirometría de control en su Centro de Salud. Para ello, se facilitarán las correspondientes gestiones para la puesta al día, mediante rotaciones cortas en Consultas Externas de Neumología, de aquellos MAPs o Diplomados en Enfermería (DUEs), de los correspondientes Centro de Salud, que requirieran perfeccionamiento en la realización e interpretación de la técnica de la Espirometría.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de Consultas de alta resolución de EPOC
- Reducción en número de días de consulta en pacientes remitidos como paciente EPOC, en comparación con consultas convencionales.
- Incremento del número de Espirometrías realizadas en Centros de Salud.
- Reducción en el número de informes de estudios radiográficos de pacientes EPOC

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - 1º- 8º mes: Cuantificar número de peticiones de estudios solicitados
- Valoración de acuerdo a los indicadores de calidad

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes respiratorios (agudos y crónicos)

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. EPOC
OTRA PALABRA CLAVE 2. Espirometría
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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 319

1. TÍTULO

MEJORA EN EL SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL UTERO MIOMATOSO EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON ESMYA (ACETATO DE ULIPRISTAL)

2. RESPONSABLE ..... MAXIMO GONZALEZ MARQUETA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA SIMON RAQUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GIL LAFUENTE OSCAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FORCEN CASADO TERESA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El acetato de Ulipristal es un fármaco del grupo de moduladores selectivos de los receptores de progesterona de reciente aparición que ha modificado sustancialmente el abordaje, seguimiento y tratamiento de las pacientes con patología miomatosa uterina. Los continuos cambios en las pautas de tratamiento y las diferentes respuestas individuales a dichas pautas nos plantean unificar el seguimiento del número creciente de pacientes que se benefician del fármaco; seguimiento actualmente no estandarizado, por lo que existe aún una sustancial variabilidad clínica en el tratamiento final de esta patología (quirúrgica clásica, expectante, repetición de pautas, etc). El proyecto unificaría criterios y aportaría recogidas de datos que optimizarían las decisiones a tomar en cada paciente y nos permitirían evaluar la eficacia del acetato de Ulipristal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Recoger de una manera reglada (hoja o ficha de paciente) los datos que ayuden a identificar la evolución del volumen de los miomas a lo largo de las pautas de tratamiento con acetato de ulipristal.
Unificar criterios de seguimiento
Unificar criterios de tratamiento médico, quirúrgico o expectante.
Reducir el exceso de intervenciones quirúrgicas de una patología benigna que redundaría en un mejor coste eficacia y en una reducción de lista de espera quirúrgica.
Seguimiento a medio-largo plazo de las pacientes tratadas para valorar la eficacia del fármaco en esta patología

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización, adaptada a nuestro hospital, de una ficha en la que se recojan todos los datos útiles al objetivo del proyecto
Los responsables, indicados más arriba, se ocuparían de llevar un registro de las pacientes con patología miomatosa que se sometan a tratamiento médico con acetato de ulipristal, tales como medición del volumen de los miomas, diferentes tandas de tratamiento, correcto seguimiento o abandono del tratamiento por parte de la paciente, eficacia del fármaco en sí.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes incluídos en el programa y seguimiento en consulta de la evolución (reducción) del volumen de los miomas.
Reducción de las indicaciones quirúrgicas clásicas en el tratamiento de los miomas uterinos.
La obtención y monitorización de indicadores se realizará a través de la ficha por paciente comentada más arriba.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del programa cuando esté lista y consensuada la ficha que se incluirá en la historia de cada paciente (cuarto trimestre de 2015)
Seguimiento de las pacientes a través de la duración de las pautas de tratamiento (3 meses cada una, seguido de una segunda y a veces tercera pauta)
Finalización en el plazo de un año y medio/dos años para recoger los datos y presentarlos en sesión clínica al Servicio y al Hospital.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Mujeres en edad fértil con patología miomatosa
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Acetato de Ulipristal
OTRA PALABRA CLAVE 2. Seguimiento y tratamiento
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 729

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

2. RESPONSABLE ..... SARA GROS ASPIROZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTIZ ENCISO MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· BLANCO GOMEZ JUAN FRANCISCO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PINEDA PINEDA LUCIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tratamiento del dolor agudo postoperatorio es insuficiente debido a un déficit en la formación de los profesionales sanitarios en este tema, por la ausencia de protocolos para los procedimientos de analgesia postoperatoria y por la cultura de los pacientes y algunos profesionales que asumen que el dolor es un síntoma inherente al acto quirúrgico.
Este déficit del tratamiento del dolor agudo postquirúrgico prolonga la estancia media hospitalaria y aumenta la morbilidad, así como el coste socioeconómico generado en el proceso quirúrgico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Elaborar una guía de práctica clínica para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio mediante analgesia escalonada y multimodal.
-Implicar a todos los servicios quirúrgicos, enfermería, Servicio de Rehabilitación y Servicio de Farmacia en la implantación de este proyecto.
-Mejorar la eficacia de la analgesia postoperatoria utilizando la medición del dolor mediante la escala EVA y el ajuste individual de fármacos.
-Mantener la seguridad y el bienestar del paciente quirúrgico en el postoperatorio.
-Conseguir así reducir la estancia hospitalaria, así como optimización de administración de fármacos, y conserguir mejorar la recuperación funcional sin dolor del paciente quirúrgico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Evaluación y recogida de datos de escala EVA
-Elaboración de un protocolo o guía analgésica escalonada para el dolo agudo postoperatorio.
-Implantación y seguimiento de este protocolo desde la URPA hasta el alta hospitalatia.
-Implicación y formación a los miembros de los servicios quirúrgicos y servicios implicados en el proceso postquirúrgico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Conseguir que el dolor postoperatorio de los pacientes quirúrgicos sea EVA <4.
Conseguir inicio de rehabiltiación o recuperación funcional en las 24-48h postoperatorias con EVA <4.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2015: Reunión de equipo para diseñar y consensuar protocolo de actuación-
Agosto 2015: Reunión de gerencia y enfermería para presentar el proyecto.
Septiembre 2015: realización de actividades formativas dirigidas a personal facultativo y enfermería.
Octubre 2015: puesta en marcha del proyecto
Marzo 2016: evaluación del proyecto. Revisión y ajuste. Mejora del proyecto si así fuese necesario.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 607

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAEZ AGUDO FELICIDAD. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· DEL VILLAR CRUZ TERESA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· ROMERO VISIEDO JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· IÑIGUEZ PASTOR SUSANA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· TORRALBA TEJERO ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· GIRONELLA ARAIZTEGUI INES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro servicio – Unidad de Cuidados Especiales – atendemos a más de medio centenar de pacientes respiratorios semicriticos al año que precisan tratamiento con Ventilacion Mecánica No invasiva (VMNI), para la cual se requiere la colaboración del paciente, detectamos que dentro de las complicaciones de la VMNI que más influyen en el éxito o fracaso en los pacientes tratados en nuestra unidad se encontran el disconfort y la mala adaptación por:
• sequedad de la mucosa orofaringea y nasal produciendose epixtasis y sangrados de mucosa oral, llegando en algunos casos a suspender el tratamiento con ventilación mecánica no invasiva afectando en su recuperación de su proceso agudo
• síndrome de boca seca, favoreciendo la aparición de infecciones a ese nivel.
• producción de secreciones espesas que se impactan en vía aérea y son muy difíciles de expectorar con tendencia a la aparición de infecciones.
• desarrollo de atelectasias
• reducción de la capacidad residual funcional
• deterioro del intercambio gaseoso.

Estas complicaciones condicionan el éxito o fracaso del tratamiento con VMNI ya que los pacientes no están sedados ni relajados y se requiere la colaboración del paciente durante la técnica.
Aunque la VMNI preserva los mecanismos de defensa de la vía aérea, ya que el paciente no está intubado, entre ellos la humidificación y el calentamiento del aire inspirado, el tratamiento con gases medicinales con baja humedad y baja temperatura suponen un deficiente calentamiento y humidificación del aire integrado, ya que la VMNI entrega gas frio y con baja humedad relativa.
El tratamiento continuado de VMNI, más de 12-24 horas seguidas, provoca alteración del funcionamiento mucociliar, especialmente si se precisa emplear presiones inspiratorias elevadas como ocurre en nuestra unidad ya que es donde ingresan los pacientes agudos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Favorecer el éxito de la técnica con ventilación mecánica no invasiva como parte del tratamiento a pacientes respiratorios agudos.
- Reducir el rechazo del paciente a la colocación de la ventilación mecánica no invasiva al proporcionar mayor confort durante la ventilación, disminuir las asincronías al haber mayor adaptación.
- Reducir las complicaciones derivadas de la falta de humidificación y calentamiento del aire y oxigeno con que se ventila al paciente (epixtasis, síndrome de la boca seca, impactación de secreciones que favorecen el desarrollo de procesos infecciosos o empeoramiento de los mismos).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realizar sesiones formativas para el personal de la unidad (DUEs y TCAEs) sobre humidificación activa durante el tratamiento con VMNI.
- Incorporar la humidificación activa en los pacientes agudos respiratorios que requieren llevar Ventilación mecánica no invasiva más de 12-24h seguidas.
- Recoger en un registro de enfermería,control de complicaciones, diagnósticos de enfermería: Grupo de trabajo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Tras la implementación de la humidificación activa evaluar el porcentaje de pacientes que se adaptaron con éxito a la Ventilación mecánica no invasiva.
- Número de complicaciones r/c la humidificación de la vía aérea.
- Número de fracasos al tratar VMNI mas humidificación activa debido a las complicaciones r/c con la humidificación de la vía aérea.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Junio a Septiembre 2015: Sesiones formativas sobre humidificación activa en pacientes con Ventilación Mecanica No Invasiva (VMNI).
- Octubre- Noviembre 2015: Recopilar los datos monitorizados.
- Diciembre 2015: Evaluación del proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 607

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes respiratorios agudos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 231

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO ESPONTANEO

2. RESPONSABLE ..... MARTA LAMARCA BALLESTERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FARRER VELAZQUEZ MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PARIS BOJ VIRGINIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aborto espontáneo se produce en el 10-20% de todos los embarazos. Hasta hace poco tiempo la mayoría de mujeres con aborto espontáneo recibían tratamiento quirúrgico porque se asumía que el tejido retenido aumentaba el riesgo de infección y hemorragia. No obstante, hay estudios que sugieren que estas complicaciones sólo afectan a menos del 10% de mujeres que abortan, por lo que el tratamiento quirúrgico debe ser indicado ante circunstancias específicas. Este tipo de tratamiento precisa de ingreso hospitalario y la realización de un legrado evacuador con la ocupación de un quirófano y la aplicación de anestesia general o sedación de la paciente.
El tratamiento médico farmacológico, que se define como aquél en el que se produce la completa expulsión del producto de la concepción sin instrumentación quirúrgica, puede ser el método de elección en determinados casos. Por ejemplo cuando la mujer desea evitar una intervención quirúrgica, cuando el índice de masa corporal de la paciente es >30 o ante la presencia de malformaciones, miomas uterinos o intervenciones a nivel del cérvix uterino que dificulten el tratamiento quirúrgico. En las primeras semanas del embarazo se considera que el aborto farmacológico es más eficaz que el quirúrgico. Este tratamiento se realiza de manera ambulatoria, la paciente no precisa un ingreso hospitalario para su aplicación, y se evita la ocupación de un quirófano y la anestesia de la paciente, reduciendo los costes. Sí precisa de un control clínico y ecográfico posterior para verificar el éxito del tratamiento.
En nuestro centro la mayor parte de los abortos espontáneos se tratan mediante tratamiento quirúrgico, con excepción de aquellos en los que se ha expulsado todo o parte del producto de la concepción y se presupone la resolución completa espontánea según los hallazgos ecográficos, en los que mantiene una actitud expectante. No se oferta la posibilidad de un tratamiento médico a pesar de tener sus indicaciones específicas y demostrada su eficacia y su reducción de costes. No se dispone de un consentimiento informado específico para el tratamiento médico. Tampoco se encuentran definidos los criterios que establecen la necesidad de un tratamiento quirúrgico en función del tipo de aborto y los hallazgos en la ecografía transvaginal, de forma que encontramos variabilidad en la práctica clínica.
La elaboración de un protocolo asistencial para el diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo permitiría unificar los criterios para realizar un tratamiento médico o quirúrgico en función de las semanas de gestación, el tipo de aborto diagnosticado, los hallazgos ecográficos y las preferencias y características de la paciente. Para el tratamiento médico se establecería la dosis y el tipo de fármaco a utilizar y los controles que deberían seguir las pacientes. Se disminuiría de esta forma la variabilidad en la práctica clínica y aumentaría la seguridad para las pacientes al tener unos criterios establecidos en la aplicación de uno u otro tratamiento. Asimismo, la elaboración de un consentimiento informado específico para el tratamiento farmacológico mejoraría la información de las pacientes a las que se ofertara y aceptaran esta modalidad de tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Elaboración y aplicación del protocolo asistencial a todas las pacientes diagnosticadas de aborto espontáneo.
- Disminución de la variabilidad en la práctica clínica en la asistencia a las pacientes diagnosticadas de aborto espontáneo.
- Introducir el tratamiento médico para aquellas pacientes que cumplan los criterios para su aplicación y lo acepten.
- Aumentar la seguridad en el tratamiento de estas pacientes.
- Mejorar la información aportada a las pacientes.
- Disminución de costes en el tratamiento del aborto espontáneo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de un protocolo asistencial para el diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo.
- Presentación del protocolo para su aprobación a la Comisión competente en la materia.
- Elaboración de un documento de consentimiento informado para el tratamiento médico del aborto espontáneo.
- Realizar una base de datos para el registro de las pacientes atendidas con diagnóstico de aborto espontáneo que incluya el tipo de tratamiento aplicado y la tasa de éxito del mismo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes tratadas mediante legrado evacuador.
- Porcentaje de éxito del tratamiento quirúrgico.
- Porcentaje de pacientes tratadas con tratamiento médico.
- Porcentaje de éxito del tratamiento médico.
- Porcentaje de pacientes que precisan legrado tras tratamiento médico.
- Porcentaje de pacientes que reciben el consentimiento informado para el tratamiento médico.
Los indicadores se obtendrán a partir de la base de pacientes diagnosticadas de aborto espontáneo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 231

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO ESPONTANEO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: Junio de 2015. Finalización del proyecto: Junio de 2016.
- Elaboración del protocolo asistencial para el diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo: Junio-Agosto 2015.
- Presentación del protocolo para su aprobación: Septiembre de 2015.
- Elaboración del consentimiento informado para el tratamiento médico del aborto: Junio-Agosto 2015.
- Elaboración de una base de datos de registro de las pacientes: Octubre-Diciembre 2015.
- Inicio de aplicación del protocolo: Enero 2016.
- Recogida de datos y evaluación de indicadores: Enero-Junio 2016.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Aborto espontáneo
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 369

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION DE CAIDAS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN MARTINEZ TOMEY
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLANCAS COSTEA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA
· DE JUAN CEBOLLADA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. SUPERVISORA ENFERMERIA A
· CORTES CASADO AFRICA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La complejidad creciente de la asistencia sanitaria, lleva aparejada una actividad que implica riesgos derivados de la interacción entre factores dependientes de la organización, de los profesionales y de los pacientes implicados en la misma.
Los daños y los costes que los efectos adversos, derivados de estos riesgos, suponen tanto para las personas como para el sistema sanitario, hacen necesario un cambio de cultura donde la información y la formación se configuran como elementos clave en la mejora de la calidad asistencial.

Durante el paso por las instalaciones del hospital pueden suceder incidentes imprevistos que originen lesiones y entre estos incidentes destacan por su morbilidad y secuelas las caídas, que tradicionalmente se han utilizado como indicador de calidad de los cuidados de enfermería.

La prevención de caídas forma parte de los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la novena necesidad, de Seguridad Física y Psíquica, que defiende el modelo de Virginia Henderson, adoptado como modelo de referencia de enfermería en el Hospital de Calatayud.

La dirección de enfermería del hospital, sensible a la importancia de la gestión y prevención de riesgos, promueve a través de este proyecto, el abordaje completo de prevención de caídas al objetivar:

- una ausencia de protocolo preventivo
- Incidencia muy dispar en las caídas declaradas en las diferentes unidades y en diferentes períodos del año.
- Falta de motivación y conciencia entre los profesionales, de la importancia de la identificación precoz del paciente con riesgo y la puesta en marcha de medidas que minimicen o eviten los incidentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal de este proyecto es la prevención de caídas en los pacientes ingresados en el Hospital de Calatayud.

Como objetivos secundarios nos planteamos:

- Conocer la magnitud de las caídas en nuestro hospital, revisando las incidencias de este tipo de accidentes y analizando sus causas y consecuencias.
- Establecer criterios que permitan identificar el perfil – tipo de paciente con el riesgo de caídas y estandarizar su uso, así como el de las medidas preventivas derivadas de esta identificación, en todas las unidades del hospital.
- Educar al paciente y la familia en la prevención de caídas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Definición de factores de riesgo, búsqueda y adopción de Escalas de Riesgo de caídas. Adaptación y/o modificación de los registros de enfermería existentes.
- Presentación a la Comisión de Cuidados de Enfermería.
- Definición de medidas generales y específicas de prevención de accidentes.
- Elaboración de un tríptico para formar e informar al paciente y familia sobre prevención de caídas.
- Presentación del protocolo a la dirección de enfemería, mandos intermedios y Comisión de Cuidados.
- Divulgación y presentación del protocolo al personal de enfermería de todas las unidades del hospital.
- Puesta en marcha del protocolo y asesoramiento continuo por el equipo de trabajo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existe un protocolo de prevención de caídas.
- Existe un tríptico de información al paciente y familia sobre prevención de caídas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de un protocolo de prevención de caídas: Junio- Diciembre 2015
- Realización de un tríptico para paciente y/o familiar: Junio – Diciembre 2015
- Implantación y difusión del protocolo en el hospital de Calatayud: Enero – Marzo 2016
- Evaluación del protocolo: Enero - Marzo 2017

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 369

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION DE CAIDAS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 291

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA VERSION CEFALICA EXTERNA COMO MANIOBRA PARA REDUCIR LA TASA DE CESAREAS EN LAS PRESENTACIONES PODALICAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA PARIS BOJ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL LAFUENTE OSCAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAMARCA BALLESTERO MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La presentación podálica es un indicador de mal resultado perinatal por asociarse con una alta incidencia de discapacidad infantil (16%), tanto para los fetos que nacen por parto vaginal como para los que nacen por cesárea.
La conducta obstétrica actual en la mayoría de centros, incluido el Hospital Ernest Lluch de Calatayud, contempla la cesárea electiva como opción primaria. Los riesgos asociados a la cesárea son bajos, pero continúa siendo la principal causa de morbimortalidad materna posterior al parto. Existe consenso en la literatura en que un parto en cefálica es preferible a un parto en podálica o a una cesárea.

La versión cefálica externa es una maniobra que, mediante la manipulación externa a través del abdomen materno, transforma una presentación no cefálica (podálica o transversa) en una presentación cefálica. De esta forma se consigue aumentar la probabilidad de parto vaginal y disminuir la tasa de cesáreas.
La técnica se realiza en la semana 37 de gestación y su tasa media de éxitos es de un 70%.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Reducción de la tasa de cesáreas en un 70% por presentación podálica, con la consiguiente reducción de la morbimortalidad materno-fetal asociada a la cesárea y a la presentación podálica.
-Disminución de los costes asociados a la realización de cesárea.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Realizar la versión cefálica externa a todas las gestantes con presentación no-cefálica que cumplan los criterios establecidos y que acepten la realización de la técnica tras ser informadas.
-Elaborar un documento de consentimiento informado para la realización de la versión cefálica externa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Tasa de éxito de la maniobra
-Tasa de parto vaginal en gestaciones versionadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Junio 2015: diseño del protocolo y consentimiento informado.
-Julio 2015- Julio 2016: Implantación de la maniobra y recogida de datos

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 668

1. TÍTULO

DETECCION DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE CIRUGIA GENERAL MEDIANTE EL REGISTRO DE ATENCION EN URGENCIAS EN LOS 30 DIAS POSTERIORES AL ALTA

2. RESPONSABLE ..... ANA PEREZ ZAPATA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE URGENCIAS
· TORCAL AZNAR JAVIER. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL
· CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los eventos adversos (EA) suponen un impacto no sólo sobre el paciente, en forma de daño, sino sobre el propio sistema sanitario, a nivel de empleo de recursos y por consiguiente aumento del gasto hospitalario.
La identificación de EA constituye el primer paso en el conjunto de actividades incorporadas en el modelo de Gestión de Riesgos elaborado por la ISO.
Se conoce que las herramientas clásicas para la identificación de EA (registro de incidentes, notificaciones voluntarias o sistemas basados en bases de datos clínico administrativas) tienden a infraestimar las tasas reales por lo que nuevas herramientas que faciliten el anonimato de los profesionales y se aproximen a la realidad de los EA deben ser adaptadas e implantadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal:
Obtener un registro de los EA relacionados con pacientes dados de alta del servicio de Cirugía General que acontecen tras el alta hospitalaria y aun no requiriendo reingreso precisen atención sanitaria.
Objetivos específicos:
Estudiar las características de estos EA así como su grado de prevención y categoría de daño.
Emplear el mismo indicador para, tras establecer las oportunas medidas de mejora, monitorizar sus resultados en base al mismo infdicador.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se llevará a cabo un registro prospectivo de los pacientes que acudan al sevicio de urgencias en los 30 días posteriores tras el alta del Servicio de Cirugía General.
Es registro se llevará a cabo por los miembros de los servicio de Urgenias y Cirugía General de forma conjunta quienes además, en caso de certificar la existencia de EA relacionado con el procedimiento quirúrgico, pasaríana a realizar un primer análisis para establecer la probable causalidad y para caracterizarlo en base a lo descrito previamente.
Trimestralmente se hará una puesta en común de los casos registrados en el Comité de Seguridad del Paciente del mismo centro con vistas a completar el análisis primario (llevado a cabo en urgencais) y trataer de priorizar y establecer las medidas de mejora oportunas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador: atención en urgencias en los 30 días posteriores al alta.

Consideramos suficiente el empleo de un único indicador con el objetivo planteado Aquellos EA cuya categoría de daño suponga el reingreso quedan suficientemente codificados y registrados por el propio reingreso.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración será de 1 año para la determinación de EA durante el cual se irán estableciaendo las medidas de mejora adecuadas tras la puesta en común en el comité de Seguridad del Paciente del mismo centro hospitalario.
En base a los resultados se emplearán las mismas meddas para monitorizar los resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD DEL PACIENTE

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Seguridad
OTRA PALABRA CLAVE 2. Evento Adverso
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 2 Poco
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 362

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA PARADA CARDIORESPIRATORIA EN LAS AREAS DE HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE ..... JOSE ENRIQUE RECIO JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CATALAN LADRON MARIA LUISA. MEDICO/A. HOSPITAL DE CALATAYUD. SERVICIO DE URGENCIAS
· ALONSO ALCAÑIZ MARTA. MEDICO/A. HOSPITAL DE CALATAYUD. UNIDAD DE URGENCIAS
· RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR. MEDICO/A. HOSPITAL DE CALATAYUD. URGENCIAS
· GONZALEZ ARIZA BENJAMIN. ENFERMERO/A. HOSPITAL DE CALATAYUD. URGENCIAS
· SALVADOR TENA MARIA VICTORIA. ENFERMERA/O. HOSPITAL DE CALATAYUD. URGENCIAS
· GARCIA LLORENTE JUAN CARLOS. ENFERMERO/A. HOSPITAL DE CALATAYUD. URGENCIAS
· ARNEDO IBAÑEZ ANA. MEDICO/A. HOSPITAL DE CALATAYUD. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejora de la asistencia a la Parada cardiorespiratoria en unidades ajenas a urgencias y criticos en nuestro hospital.
Mejora de la formacion del personal sanitario en Soporte vital en unidades ajenas a la asistencia de criticos.
Estandarizar el uso de escalas de consenso

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Alto porcentaje de formacion del personal de enfermeria en la actuacion ante la parada cardio respiratoria.
Establecer el uso en la unidades de hospitalizacion de escalas de valoracion del deterioro del paciente
Alerta precoz a al equipo de reanimacion

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Elaborar y adecuar a nuestras unidades de hospitalizacion una Escala de Alerta Precoz (EAP)
2.- Formacion del personal que trabaja en las unidades de hospitalización
3.- Implementar el breafing de actuacion como una herramienta indispensable de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Cumplimentacion de la escala EAP>80%
2.- Formación del personal en manejo de SVI (soporte vital inmediato).- >80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Elaboracion de la escala septiembre 2015
2.- Formacion del personal de enfermeria.- cuarto trimestre 2015
3- Evaluacion de indicadores.- Junio 2016
4.- Reevaluación de resultados diciembre 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. profesionales hospitalizacion
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 633

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE CARDIO-TC EN PACIENTES JOVENES CON DOLOR TORACICO ATIPICO

2. RESPONSABLE ..... ANA RIAGUAS ALMENARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUDEZ JOVEN ROSA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO
· SAEZ VALERO EDUARDO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO
· MUÑOZ MONTANO CARLOS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La reciente instalación en el hospital comarcal de Calatayud de una nueva tomografía computarizada (TC) multicorte , permite la realización de una serie de nuevas pruebas diagnósticas , que antes era imposible realizar debido a las deficiencias técnicas de la anterior TC.
En pacientes jóvenes con dolor torácico atípico, cuya sospecha de posible origen coronario es bajo, estaría recomendado la realización de una cardio-TC para intentar descartar este origen. Hasta ahora, estos pacientes eran sometidos a una arteriografía , siendo éste un proceso invasivo y con mayores riesgos para el paciente.
Con la realización de una Cardio- TC podemos evitar someter a estos pacientes a este proceso y obtener una prueba diagnóstica de calidad que permita tipificar si el origen del dolor torácico es coronario o no, así como descartar otras causas, y si es coronario, poder valorar la gravedad de la afectación y si es necesaria la actuación quirúrgica.
Para la realización de esta prueba, son necesarios además de disponer de una TC multicorte, una serie de requisitos por parte del paciente. Para ello es necesario instaurar un protocolo que seleccione a los pacientes candidatos para la realización de esta prueba y que además determine las medidas a tomar por estas pacientes para obtener un buen estudio. Además de los cuidados a los que se debe de someter a cualquier paciente que se va a someter a una prueba diagnóstica con contraste yodado, es necesario que a los pacientes se les administre unos fármacos con un doble objetivo, disminuir la frecuencia cardíaca y provocar una vasodilatación, por lo que aunque hay pocos riesgos, es importante la colaboración del cardiólogo por si hubiera cualquier efecto adverso.
También es importante la colaboración del personal técnico del TC así como enfermería del Servicio de Radiodiagnóstico, para aprender, conocer y mejorar el manejo del nuevo TC en la realización de esta prueba.
Por otra parte, los radiólogos tienen que supervisar la realización de las pruebas diagnósticas y además de emitir un informe diagnóstico, es importante valorar posibles mejoras a aplicar o errores a evitar, intentando depurar al máximo la técnica para la realización de un estudio lo más óptimo posible.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Establecer un protocolo de realización de Cardio–TC, en el Hospital Ernest LLuch de Calatayud, a pacientes jóvenes con dolor torácico atípico, de dudoso origen coronario.

-Evitar así en estos pacientes, la realización de pruebas invasivas para descartar este origen.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. .-Colaboración conjunta de los Servicios de Radiodiagnóstico y Cardiología, para selección de los pacientes óptimos para la realización de esta prueba y elaboración de un protocolo para la correcta realización de Cardio-tc.

- Valoración de la calidad de los estudios realizados, por parte de los radiólogos e intentar depurar la técnica en colaboración con personal técnico y enfermería de radiodiagnóstico para obtener estudios de máxima calidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado esta prueba y a los que se ha realizado correctamente el protocolo.

- Porcentaje de estudios con buena calidad diagnóstica entre todos los realizados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Formación del grupo de trabajo: Junio 2015
Elaboración del protocolo para la realización óptima de Cardio-TC : Junio - Octubre 2015
Aplicación del protocolo: Noviembre -Diciembre 2015
Evalución: Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 633

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE CARDIO-TC EN PACIENTES JOVENES CON DOLOR TORACICO ATIPICO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 680

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA COLONOGRAFIA VIRTUAL POR TAC COMO TECNICA DIAGNOSTICA EN EL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO SAEZ VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIAGUAS ALMENARA ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO
· MUÑOZ MONTANO CARLOS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO
· LARDIES NAVARRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO
· ARRUEBO LOSHUERTOS ELENA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO
· ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El enema opaco, técnica utilizada actualmente en el servicio de radiodiagnóstico del Hospital Ernest Lluch, ha sido superado en los últimos años por la colonografía virtual por TAC (CTC)en el estudio de patología colorrectal, ya que permite realizar un estudio endoluminal del colon y así poder caracterizar posibles pólipos .
Tal es la mejora en el estudio radiológico de cáncer colorectal por CTC respecto al enema que desde el año 2008, la sociedad Americana de radiología ha incluido la CTC incluso como técnica útil para programas de cribado del cáncer colorectal (excluyendo el enema como técnica de utilidad) e incluso, en una reciente publicación en " European Journal of Surgical Oncology" de Abril de 2014 , el grupo de consenso EURECCA insta a la sustitución del enema opaco por CTC para el estudio coloretalde cáncer colorrectal.
Si bien aún existe cierta controversia entre las sociedades científicas en el papel de la CTC el cribado poblacional general en contraposición con la colonografía virtual, parece claro que el enema opaco es de menor utilidad. Cabe reseñar que existen claras indicaciones para la realización de CTC, aceptadas ampliamente por todas las sociedades científicas como son la realización de una colonoscopia óptica incompleta o contraindicación para realizar la misma por anticoagulación, riesgo de sedación o negativa del paciente para realizarse la prueba).
Hasta ahora, en el servicio de radiodiagnóstico del hospital Ernest Lluch, ha sido técnicamente imposible la realización de colonografía virtual por TC (CTC), ya que es necesario disponer de un TC de al menos 16 detectores para la realización de la técnica, pero desde la implantación en el año 2015 de un nuevo TAC multidetector ya es posible implantar esta técnica radiológica, por lo que se presenta una gran oportunidad de mejora para introducir una técnica novedosa y útil, mejorando el estudio de la patología colorrectal mediante imagen a toda la población del sector de Calatayud. Para ello, es necesario realizar un programa de indicaciones consensuado con el servicio de digestivo y concienciar al resto de médicos peticionarios de la necesidad de sustituir el enema opaco clásico por la colonografía virtual por TAC

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantar la colonografía virtual por TAC como técnica diagnóstica en el Hospital Ernest Lluch, sustituyendo el enema opaco como técnica diagnóstica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Crear guía de indicaciones de CTC consensuada entre el servicio de radiodiagnóstico y servicio de digestivo.
Informar desde el servicio de radiodiagnóstico al resto de servicios médicos peticionarios de la disponibilidad de la nueva técnica.
Desde el servicio de radiología, supervisar la peticiones radiológicas, y en el caso de recibir una petición de realización de enema opaco, contactar con el médico peticionario y así poder consensuarla reconversión de la exploración en CTC.
Implantar nuevo método diagnóstico y valorar sus resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de colografía virtual realizadas.
Ratio de colografía virtual realizada/ colografía virtual completada con éxito.
Ratio de enemas opacos realizados/colonografía virtual realizada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Septiembre- Octubre de 2015: creación de guía diagnóstica con el servicio de digestivo.
Noviembre: Información de la disponibilidad de la técnica al resto de servicios peticionarios.
Noviembre2015-Junio 2016: Implantación de la nueva técnica y valoración de resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pruebas diagnósticas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 680

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA COLONOGRAFIA VIRTUAL POR TAC COMO TECNICA DIAGNOSTICA EN EL SECTOR SANITARIO DE CALATAYUD

1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ..... 2 Poco
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 280

1. TÍTULO

ESTRATEGAIA DE SEGURIDAD PARA EL USO DE MEDICAMENTOS EN LA SALA DE REANIMACION DE URGENCIAS: CLASIFICACION POR COLORES

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA SALVADOR TENA
· 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
· GARCIA LLORENTE JUAN CARLOS. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. las salas de reanimación en los servicios de urgencias son puntos donde hay un aumento del estado de tensión y alerta entre el personal. El trabajo requiere rapidez en las técnicas, en la toma de decisiones, un conocimiento avanzado en el manejo del aparataje. Requiere de conocimientos expertos que implican el preveer y presuponer las técnicas,medicaciones y herramientas que pudieran ser requeridas.
Como consecuencia del estado de tensión hay una disminución en la calidad de atención del paciente en relación a un aumento de errores terapéuticos, y existe riesgo de poner en peligro la vida del paciente.
Por ello pensamos que estructurar la medicación es una buena medida de seguridad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Garantizar la seguridad del paciente.
Disminuir el estress entre los profesionales.
Facilitar la búsqueda de medicación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El método elegido es el de clasificar por colores los diferentes grupos de medicación asignando a cada patología urgente un color determinado en la sala de reanimación.
ROJO: PATOLOGÍA CARDIACA
AZUL: PATOLOGÍA RESPIRATORIA
NEGRO: ANTÍDOTOS
AMARILLO: PATOLOGÍA RELACIONADA CON EL SNC
VERDE: MEDICACIÓN PARA LA INTUBACIÓN
BLANCO: MISCELANEA
La nomenclatura utilizada es la genérica evitando cambios en la identificación según marcas. Se han establecido tablas de equivalencia de genéricos con nombres comerciales hasta que todo el personal esté adiestrado en la utilización de nombres genéricos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Existe clasificación de cajetines de medicación urgente por colores.
2. Realización de encuestas para medir la satisfacción del personal implicado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Toma de contacto con empresa adjudicataria del material que se precisa: Julio 2015
Realización de clasificación de fármacos según grupos de patologías descritos anteriormente: Septiembre 2015
Finalización del proyecto: Febrero 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 501

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL SUAREZ BROTO
· 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
· MARTINEZ DELGADO ROBERTO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
· PEREZ BERASATEGUI OSCAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
· PAESA MURCIANO PEÑA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tumor vesical es una de las patologías más frecuentes en la consulta de urología y una de las que más coste genera por la cantidad de pruebas diagnosticas y reintervenciones que se producen en su seguimiento. Una de las pocas armas con las que cuenta el urólogo de cara a la prevención de recidivas, es un buen protocolo de seguimiento. Este protocolo incluiría una serie de pruebas diagnosticas de control (ecografías, cistoscopias, citologías, analíticas…) e instilaciones de mitomicina C (quimioterápico endovesical).

Las guías clínicas de la asociación europea de urología (EAU) recomiendan un protocolo de seguimiento según el tipo de tumor resecado. Este protocolo se basa en estudios científicos con gran evidencia, siendo una referencia para todos los urólogos

El Servicio de Urología del Hospital de Calatayud ya cuenta con un protocolo de estas características pero que requiere una actualización acorde a las nuevas evidencias publicadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se elaboró un protocolo de instilaciones de mitomicina C que se implementó. Se cumplieron los objetivos de:
1- inclusión de inclusión de tumores de moderado riesgo en el protocolo salvo aquellos pacientes que por su estado general no eran candidatos.

2- Los pacientes incluidos cumplian los requisitos. No hubo ningun sobretratamiento.

3- Se solicitaron las pruebas correctamente salvo en casos puntuales que se adecuó el protocolo a las caracteristicas del paciente. En la mayor parte de los casos se administraron las dosis correctas de mitomicina C y fecah de las mismas, salvo en algunas épocas por desabastecimiento a nivel mundial de MMC por sobreutilización en tumores de alto riesgo por ausencia a nivel mundial de BCG

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera diagnosticar antes las recidivas, minimizando en la medida de lo posible la progresión tumoral a tumor vesical de alto riesgo o musculoinvasivo, que conllevaría probablemente una cistectomia radical posterior. La cistectomía es una cirugía muy agresiva que genera un importante impacto en el paciente al necesitar una derivación urinaria. Aparte tiene una mortalidad perioperatoria no desdeñable de un 3% y supone un consumo de recursos muy importante a lo largo del ingreso.

Se espera disminuir los costes generados por esta patología, consiguiendo una disminución de las recidivas y un diagnóstico precoz de éstas, disminuyendo costes referidos a consultas en urgencias, procedimientos quirúrgicos…etc. Asímismo se espera administrar las correctas dosis de mitomicina C. Ni más ni menos, de las que aboga la EAU basada en metanálisis de primer nivel.

Se espera ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad, basada en los últimos estudios a nivel internacional mejorando en el corto y largo plazo su calidad de vida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará una actualizacion del protocolo segun las nuevas recomendaciones de las guias clinicas europeas.

Se continuará recogiendo datos de los tumores de moderado riesgo incluidos en el protocolo ya que se requiere mayor tiempo de estudio (el protocolo abarca dos años tras la primera instilacion aproximadamente)

El protocolo continuará adaptandose a nuestro centro y a las características de la población que atendemos y podrá individualizarse a cada paciente según su comorbilidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Se evaluarán todos los pacientes con el diagnóstico de tumor vesical de moderado riesgo. Se comprobará su inclusión dentro del protocolo.

2- Se evaluará que los pacientes incluidos en el protocolo correspondan con las indicaciones de inclusión del mismo para evitar sobretratamientos.

3- Se evaluará el correcto cumplimiento de las pruebas a solicitar y el correcto cumplimiento de número y fecha de las dosis de Mitomicina C.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 501

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Julio y Agosto: Revisión de bibliografía y estudios
Septiembre: Actualización del protocolo de seguimiento de los tumores vesicales superficiales de moderado riesgo
Octubre: Continuacion recogida datos con nuevo protocolo

Recogida de datos durante 1 año.

11. OBSERVACIONES. Este proyecto es continuación del protoclo del mismo titulo de la convocatoria 201411. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Tumor vesical
OTRA PALABRA CLAVE 2. Mitomicina C
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 219

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA TOMEY CEBRIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OTROS (ESPECIFICAR)
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAESA MURCIANO PEÑA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CONSULTAS EXTERNAS
· PEREZ BERASATEGUI OSCAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CONSULTAS EXTERNAS
· VAZQUEZ MARTINEZ EMILIA CARIDAD. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CONSULTAS EXTERNAS
· GARCIA TEJADA MARGARITA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CONSULTAS EXTERNAS
· PEREZ UTRILLA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes acuden a la consulta del especialista por un problema en cuestión, normalmente derivados por su medico de Atención Primaria, con la intención de que pueda ser resuelto sin necesidad de cirugía, pero a veces la solución al problema es mediante intervención quirúrgica.
Es el facultativo el que proporciona toda la información al paciente y/o familia sobre la intervención quirúrgica, incluyendo el consentimiento informado y los pasos que debe seguir antes del día de la intervención.
La mayoría de pacientes tras recibir la “noticia” de que lo tienen que intervenir quirúrgicamente, bien por edad, por su estado general de salud, por nervios o simplemente por la gran cantidad de información recibida en sólo unos pocos minutos, salen de la consulta sin haberse enterado bien de lo que es especialista les ha comunicado.
Existe poca información útil y de fácil comprensión para el paciente y/o familia con respecto a los pasos a seguir antes de someterse a dicha intervención quirúrgica.
Este proyecto de mejora consiste en diseñar un folleto informativo atractivo sobre el proceso quirúrgico que ira dirigido a todo paciente que vaya a ser intervenido quirúrgicamente sin distinción de edad ni sexo.
El folleto informativo seria proporcionado por la enfermera encargada de cada consulta, además de una breve explicación, con la intención de que el paciente y/o familia pueda visualizarlo y llevárselo a su domicilio para leerlo mas detenidamente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Ninguno, esta en construcción

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Creación e implantación del folleto informativo en el Hospital Ernest Lluch.
- El paciente y/o familia recibirá la máxima información posible sobre el proceso quirúrgico a través de dicho folleto.
- Se minimizaran las dudas mas frecuentes sobre el proceso quirúrgico, aumentando así el grado de satisfacción del usuario y/o familiares.

- Aumentara la percepción de calidad recibida por parte del paciente y/o familia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de un folleto informativo atractivo y de fácil comprensión para el paciente y familia.
- La entrega del folleto la realizara la enfermera responsable de cada consulta además de una breve explicación de los pasos a seguir antes del día de la intervención.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Dado que el folleto se va proporcionar a todos los pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente, como método de evaluación se les realizara una encuesta de satisfacción vía telefónica. Para ello se seleccionara una muestra de pacientes intervenidos entre las fechas establecidas de dicho proyecto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Creación del folleto: Septiembre 2015
- Difusión del folleto : Octubre 2015
- Evaluación del proyecto : Septiembre 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 699

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD Y TRAZABILIDAD EN EL PROCESO DE PREPARACION Y DISPENSACION DE CITOSTATICOS DESDE EL Sº DE FARMACIA: ELABORACION DE MANUAL DE RECONSTITUCION, DILUCION Y ACONDICIONAMIENTO DE CITOSTATICOS

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA VICENTE ITURBE
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA GARCIA MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA
· ARANDA PARDOS MARIA ARMANDINA. TCAE. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA
· ORTIN HERNANDO ISABEL. TCAE. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proceso de reconstitución, dilución, etiquetado y dispensación de mezclas citostáticas en los Servicios de Farmacia Hospitalarios constituyen uno de los procesos de la asistencia sanitaria con mayor riesgo de desencadenar errores graves que pueden causar la muerte del paciente en los casos más extremos.
La rotación de personal, tanto enfermero como auxiliar, en el Servicio supone un aspecto a controlar por ser una fuente potencial de errores, especialmente si el personal no ha ocupado dicha plaza habitualmente y no está familiarizado con el trabajo que se realiza. La elaboración de un manual de reconstitución, dilución y acondicionamiento, pretende disminuir la variabilidad en la práctica asistencial diaria, independientemente de que el personal que en ese momento realiza la preparación sea habitual o no del servicio, teniendo como fin último disminuir errores y mejorar la calidad de la asistencia proporcionada a los pacientes subsidiarios de recibir dichos tratamientos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el proceso asistencial del paciente que recibe mezclas intravenosas citostáticas, al disminuir los riesgos en la manipulación y preparación de los tratamientos en el Servicio de Farmacia del Hospital.
Disminuir la variabilidad de la práctica diaria en cuanto a preparación de mezclas intravenosas citostáticas.
Mejorar la trazabilidad de las mezclas intravenosas citostáticas mediante la protocolización de todo el proceso de preparación y dispensación, con ayuda del programa de gestión informático que ya está en marcha.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un manual de reconstitución, dilución y acondicionamiento de mezclas citostáticas elaboradas en el Servicio de Farmacia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Elaboración del manual: SI /NO
- Nº errores detectados/nº total de preparaciones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Junio 2015- fin Junio 2016
Junio-Septiembre. Búsqueda bibliográfica y formato del manual.
Octubre-Marzo: elaboración del manual
Abril-Junio: formación del personal e implementación del mismo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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). ... 3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 629

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA INDICACION DE INSTAURACION DE ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS INTRAVENOSOS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SEPSIS ABDOMINAL EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD YAÑEZ RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ ARIZA BENJAMIN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· ALONSO ALCAÑIZ MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MONTESA LOU CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· URDAZ HERNANDEZ MARTHA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· SANCHEZ SORIA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MARTINEZ ESTEBAN ESTIBALIZ. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la campaña "sepsis survey", y en concreto el grupo de semes de sepsis, se instaura un protocolo de sepsis en los servicios de urgencias del Salud en Aragon.
En el caso de la sepsis de origen abdominal en nuestro medio (Hospital de Calatayud) se actualiza en el 2015 el protocolo de indicación de antibiótico iv de manera consensuada con los servicios de cirugía , urgencias y farmacia principalmente a través de la comision de infecciones.
En nuestro proyecto de mejora de la calidad asistencial queremos medir la adecuación de los antibioticos en sepsis abdominal administrados en urgencias conforme el protocolo actualizado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. hasta el momento se ha participado activamente en formacion desde el grupo de semes en sepsis en el servicio de urgencias del hospital de calatayud.
desde el hospital se ha actualizado el protocolo de sepsis abdominal en urgencias.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. objetivo principal: medir la adecuacion del protocolo atb iv en sepsis abdominal en urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Presentación del protocolo actualizado de sepsis abdominal en urgencias : responsable de proyecto y primer colaborador (yañez rodriguez, urgencias) y segundo colaborador (perez zapata, cirugia)
método : 2 sesiones clinicas.
Medicion del indicador : tercer colaborador y personal de enfermeria (gonzalez ariza)
Comparación entre mediciones : cuarto colaborador (alonso alcañiz) y personal medico (montesa y urdaz)
mediciones a través del programa PCH de urgencias.
revisión y final de proyecto : responsable .

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. indicador 1 : numero total de pacientes con sepsis abdominal que han recibido atb iv desde urgencias / numero total de pacientes con sepsis abdominal en urgencias.
indicador 2 : numero total de pacientes con tto atb iv adecuado (conforme protocolo) / numero total de pacientes que han recibido atb iv con sepsis abdominal en urgencias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2015 - 1er semestre: Inicio de proyecto.
Actualización de protocolo de sepsis abdominal y presentación en Urgencias.
2015 - 2º semestre:1era medición de nivel de adecuación
2016-1er semestre : 2a medición y comparación.
Final de proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 663

1. TÍTULO

CALIDAD EN DOCENCIA PROGRAMA MARIAI.R DE FAMILIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD YAÑEZ RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO ALCAÑIZ MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MUÑOZ CIFUENTES PABLO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· FERNANDEZ MOROS RAUL WENCESLAO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MONTESA LOU CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La docencia del hospital de Calatayud para los MIR de familia es vinculada en el hospital a los tutores de medicina de familia nombrados por la comision de docencia a propuestas de la unidad docente de su área.
La evaluación de los residentes se realiza conjuntamente con los tutores de AP y especializada.
El rotatorio en urgencias se realiza en el primer año y la supervisión de las guardias de los residentes se realiza a lo largo de toda la residencia (4 años).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. mejorar la calidad asistencial a través de la formación de los M.I.R en los servicios de urgencias .
previamente se había evaluado la docencia en calatayud a través de la unidad docente con resultados óptimos desde el 2005 hasta la fecha actual.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal:
mejorar la tutorización de los MIR y las sesiones clinicas de los MIR en el hospital de Calatayud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. supervisión de sesiones clinicas: tutores y colaboradores docentes
sistematizada
tutorías: tutores
encuesta cualitativa estructurada
evaluaciones: tutores
sistematizada

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. indicador 1:
Supervision de sesiones clinicas de residentes por tutores / numero total de sesiones supervisadas.
indicador 2:
Realización de un minimo de 2 tutorias anuales por residente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2015-2016: Supervisión de sesiones clinicas segun calendario programado (semanales)
1er semestre 2015: 1era tutoría
2º semestre 2015: 2º tutoría
1er semestre 2016: evaluación y fin de proyecto

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. M.I.R
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. M.I.R

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. DOCENCIA
OTRA PALABRA CLAVE 2. URGENCIAS
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 DE MEJORA DE LA CALIDAD 310

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE GUIA INFORMATIVA PARA EL PROFESIONAL DE NUEVA INCORPORACION AL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ZAMORA RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZAPATA LOPEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION DE ENFERMERIA
· SOLER GIMENO TERESA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SANTAMARTA CHARTE DOLORES. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· BALLESTIN LIARTE EVA. TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. H ERNEST LLUCH. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Sector de Calatayud, considera como uno de sus aspectos fundamentales favorecer la articipación, asunción de responsabilidades y el desarrollo profesional y personal de sus trabajadores.
La organización debe lograr el mayor grado de satisfacción de las necesidades y expectativas de los profesionales que la integran, para que revierta de forma positiva en la atención de los pacientes y usuarios y se logre el cumplimiento de la Misión y Visión que la definen.
La obetención de una visión global y rápida de la organización, permitirá al trabajador de nueva incorporación, una ubicación más satisfactoria y que propicie la integración en la comunidad de profesionales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal de este proyecto es realizar la acogida, a través d una Guia informativa para el profesional de nueva incorporación al hospital Ernest LLuch.
Como objetivos específicos se definen los siguientes:
- Elaborar un instrumento útil, informativo, formativo que satisfaga las expectativas de los profesionales.
- Definir circuitos de abordaje integral a los nuevos profesionales, de forma coordinada y complementaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión bibliográfica y búsqueda de experiencias semejantes en el entorno sanitario, realizadas por todo el equipo de mejora.
- Dirección global del manual y definición de contenidos or la coordinadora del proyecto.
- Puesta en común del trabajo realizado, integración de documentos y diseño definitivo del manual, por todo el equipo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Elaboración de una guía informatizada para el personal de nueva creación.
- Nº de profesionales que reciben la guía de acogida / Nº de profesionales de nueva incorporación x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1- Revisión bibliográfica: Junio 2015
2- Diseño global del manual y asignación de tareas: Entre Julio y Agosto 2015
3- Integración de documentos, elaboración del manual, trabajo en grupo: Diciembre 2015
4- Presentación del manual: Enero 2016
5- Implantación: Febrero 2016
6- Evaluación de indicadores, proceso y resultado: Mayo 2016

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Personal de nueva incorporación
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

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. ..... 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 320

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE NEUMOLOGIA, POR LA RESOLUCION DE CONSULTAS CLINICAS NO PRESENCIALES, A TRAVES DE LA VIA INFORMATICA

2. RESPONSABLE ..... MARCOS ZUIL MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA SAEZ SANDRA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE NEUMOLOGIA
· GOMEZ HERNANDO MERCEDES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE NEUMOLOGIA
· SANCHO MUÑOZ ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE ENDOSCOSCOPIAS
· MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE ENDOSCOSCOPIAS
· ORTEGO GARCIA MERCEDES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE NEUMOLOGIA
· GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las características geográficas del Área rural de Calatayud, la atención de una población con una edad media elevada, las peculiaridades de determinados pacientes crónicos respiratorios y las dificultades logísticas para el desplazamiento de los pacientes desde sus domicilios al Hospital Ernest Lluch, plantea la necesidad de buscar activamente alternativas viables en la atención ambulatoria de estos pacientes, con el fin de lograr evitar estos problemas, sin abandonar la prestación de una asistencia sanitaria de calidad.
Se oferta la posibilidad de realizar consultas concretas desde Atención Primaria sobre pacientes determinados, a través de una consulta vía informática (desde ahora, consulta vía web) a una dirección de correo electrónico.
A través de dichas consultas vía web, se pueden plantear las dudas clínicas que se estimen oportunas acerca de un determinado paciente, que eviten el traslado del citado paciente a la Consulta de Neumología, con el consecuente problema del transporte o de la demora en ser atendido.
Este sistema posibilitará la resolución de dudas concretas o gestionará la atención preferente de determinados casos, a través de la citación urgente como Orden Médica desde la propia Consulta de Neumología, si así se estimara oportuno, siempre, de acuerdo con el Médico de Atención Primaria responsable del paciente.
Este sistema no pretende sustituir la función del Servicio de Urgencias, ni ser un mecanismo alternativo de reducción del tiempo de demora en las consultas. Pretende ser un sistema de consulta ágil que pueda evitar el traslado de un paciente con dificultades para ello, un primer apoyo para iniciar un tratamiento sobre el que puedan ofrecerse dudas o una primera aproximación a un tratamiento que será revisado posteriormente en la Consulta de Neumología.
Se prevee atender las reclamaciones o demandas a la mayor brevedad, aunque inicialmente se estima el plazo de demora máximo a las preguntas solicitadas en una semana.
De esta manera se pretende ahorrar 1 consulta de Especializada y 1 consulta de Atención Primaria por cada petición vía informática y las añadidas en revisiones.
Esta iniciativa, ya desarrollada desde hace 2 años en la Consultas Externas de Neumología del Hospital Ernest Lluch para la petición de estudios de pacientes con Síndrome de Apneas del Sueño EPOC (Proyecto de Apoyo en convocatorias anteriores) o, recientemente, en Consulta de Deshabituación Tabáquica, pretende ahorrar en coste, tiempo, número de consultas y lista de espera en una Especialidad con una amplia demanda asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminución del número de pacientes remitidos a Consultas Externas de la Unidad de Neumología.
- Disminución del tiempo de demora entre la solicitud de consulta y respuesta en el manejo de dichos pacientes.
- Respuestas a demandas asistenciales solicitadas desde Atención Primaria en un tiempo independiente a la lista de espera existente.
- Disminución de recursos asistenciales en casos clínicos solicitados.
- Disminución de recursos logísticos en casos clínicos solicitados.
- Mayor control del paciente tras modificaciones terapéuticas.
- Gestión preferente de atención ambulatoria en casos considerados.
- Mantenimiento de la Calidad Asistencial de los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La solicitud de estudio de pacientes se realizará a través de consulta vía web mediante correo electrónico a dirección habitualmente utilizada:
(neumología.hcalatayud@salud.aragon.es).
La solicitud será atendida diariamente en horario laboral.
Tras la evaluación del caso (Dres. Zuil y García), se contestará a la mayor brevedad (máximo de tiempo: 7 días).
La gestión de posibles revisiones en consultas de manera preferente o solicitud de probables pruebas complementarias requeridas, se realizará por el personal DUE (Dña. Mercedes Gómez) o Auxiliar de Enfermería (Dña. Mercedes Ortego), de acuerdo a la actividad asistencial y disponibilidad de las Consultas Externas del Servicio de Neumología.
En el caso de ser solicitada una prueba específica neumológica (Espirometría, Test de la Marcha, Broncoscopia, Toracocentesis, Drenaje pleural u otra), su gestión y realización se desarrollaría directamente con la ayuda de las DUEs de Consulta (Dña. Mercedes Gómez) o de la Unidad de Endoscopias (Dña. Elena Sancho o Dña. Carmen Martínez).
El control de calidad del procedimiento estaría supervisado por la DUE de la Unidad de Calidad del Hospital

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 320

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE NEUMOLOGIA, POR LA RESOLUCION DE CONSULTAS CLINICAS NO PRESENCIALES, A TRAVES DE LA VIA INFORMATICA

Ernest Lluch (Pilar García).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de consultas vía web directas realizadas
- Número de consultas vía web que requirieran una segunda consulta o seguimiento.
- Tiempo medio de demora en contestar las consultas vía web solicitadas
- Porcentaje de consultas vía web realizadas en comparación con estudios solicitados de manera tradicional en pacientes ya conocidos.
- Incremento de solicitud de consultas vía web en comparación con previas, antes de desarrollo de Programa de mejora de Calidad.
- Cálculo de Consultas presenciales evitadas y extrapolación de ahorro en costes, según parámetros estimados habitualmente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer mes: valorar peticiones de consultas vía web ya solicitadas.
- 2º-8º mes: cuantificar número de peticiones de consultas vía web ya solicitadas.
- Valoración de acuerdo a los indicadores de calidad

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuaidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes respiratorios (agudos y crónicos)

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Gestión proceso respiratorio
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