

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2019

Número de memorias: 29 (Actualizado el lunes 22 de febrero de 2021 a las 09:08:59 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	GARCES RAMOS ALBA	2019_0753	F	17/01/2021	PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	RUIZ LAZARO PEDRO MANUEL	2019_1082	S2	21/12/2020	GESTION POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO MONCAYO ENFERMERIA	ANEL GRACIA SILVIA	2019_1363	S2	23/12/2020	CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	ALBERICIO GIL BELEN	2019_0679	F	09/12/2020	PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	LUKIC OTANOVIC ANTONELA	2019_1041	S2	02/01/2021	MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESÁ
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	MELERO POLO JORGE	2019_1127	F	04/01/2021	SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	MARTINEZ LABUENA ANA	2019_1284	F	16/01/2021	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIONAURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTANEO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	DIARTE ABENIA MARIA CARMEN	2019_0554	S2	28/12/2020	ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	GIMENO ORNA JOSE ANTONIO	2019_0162	S2	27/11/2020	CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS	SIERRA MONZON JOSE LUIS	2019_1316	F	15/01/2021	IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	JORGE SAMITIER PABLO	2019_0840	F	10/12/2020	PROTOCOLO DE ATENCION Y PREVENCION DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RODRIGUEZ IBAÑEZ RUBEN	2019_1001	F	01/01/2021	MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	CRIBADO MAINAR CARMEN	2019_0808	F	31/12/2020	REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS HOSPITAL CLINICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	HERNANDEZ BONAGA MARIA	2019_0593	F	14/01/2021	ACTUALIZACION DEL PROCESO DE CANALIZACION Y DERIVACION COMPARTIDA DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN VMNI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BESCOS SANTANA ELENA MARIA	2019_0043	F	14/12/2020	INCORPORACION DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ MEDEL JORGE	2019_0527	F	29/12/2020	REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	NARVION CASORRAN CAROLINA	2019_0598	F	23/12/2020	INTERCONSULTA DE ATENCION PRIMARIA PARA LA DERIVACION DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES	2019_0645	S2	27/12/2020	CRIBADO DE PRECLAMPSIA, CIR Y PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	PADIN FABEIRO MARTA	2019_0779	S2	06/12/2020	ATENCION A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	PUENTE COLINA ALBERTO	2019_0861	F	13/01/2021	GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA	PEREZ VECINO DANIEL	2019_0572	F	12/01/2021	ELABORACION DE GUIA VISUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO	2019_0388	F	01/12/2020	ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	MEDRANO CID MAYRA	2019_0389	S2	04/12/2020	ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA	2019_0699	S2	09/12/2020	ESCUELA PERINEAL. CONOCE TU SUELO PELVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MARTA LAZO MIGUEL ANGEL	2019_0727	S2	29/12/2020	IMPLANTACION DEL BIOFEEDBACK TERAPEUTICO EN LA UNIDAD

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2019

Número de memorias: 29 (Actualizado el lunes 22 de febrero de 2021 a las 09:08:59 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		REHABILITACION					DE REHABILITACION DE SUELO PELVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	VILAFRANCA RUIZ PAMELA	2019_0345	S2	01/12/2020	CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS.
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	SOLANS ATANCE ADRIAN	2019_1049	S2	16/12/2020	CODIGO ICTUS EN URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	BERNAL JULIAN MARIA DOLORES	2019_1423	S2	30/12/2020	GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	BLANCO CHAMORRO CARLOS	2019_0261	S3	20/12/2020	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0753

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA

Fecha de entrada: 17/01/2021

2. RESPONSABLE ALBA GARCES RAMOS
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCES TRULLENQUE EVA MARIA
MOLINS GUITARTE AURORA
QUEROL NASARRE AURORA
QUINTANILLA LOPEZ MIGUEL ANGEL
REDRADO LACASA ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Establecer Modelo y criterios de derivación intraequipo, de mantenimiento en los programas y de alta:

- a planes de cuidados de Enfermería,
- a terapia individual y grupal de Psicología,

Definición del contenido de la consulta de enfermería de salud mental en USMA Inocencio Jiménez

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta

Existencia de documento de actuación de enfermería SM en la USMA.

Exposición de dicho documento al resto del equipo de la USMA y a los diferentes equipos que trabajan en coordinación con este servicio

Porcentaje >80% de pacientes con planes de cuidados incluidos en su historia clínica.

Existencia de documento interno en relación a las Visitas domiciliarias y/o intervención domiciliaria en TMG

Existe un programa específico de actuación en TMG: No realizado (Competencia ajena a nuestra unidad)

Existe un Plan de Atención en TCA por parte de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en coordinación con la UTCA

Presentación de consulta de enfermería de salud mental de la USMA a los equipos de enfermería de AP mediante visitas y exposición a todos los centros de salud de referencia de nuestra población (a excepción de los situados en medio rural)

Porcentaje de visitas pre-alta a pacientes en seguimiento por enfermería de la USMA ingresados en la UCE >80%

(Realizado hasta antes de la pandemia, paralizado en estos momentos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Encontramos importantes dificultades para establecer reuniones de trabajo y para llevar a cabo las tareas derivadas de ellas, en gran medida por la intensa carga de trabajo que sufrimos los profesionales de la USMA. Quizá esto podría facilitarse estableciendo en la agenda una prestación destinada a "coordinación/informes" como sucede en otras especialidades, puesto que permitiría al personal disponer de tiempo concreto para trabajar en la mejora de la calidad asistencial.

Durante los años que ha durado este proyecto, estos trabajos se acaban realizando bien fuera del horario laboral, bien en espacios destinados a pacientes que no acuden. Esto no permite una buena programación.

Derivado de esta falta de tiempo y de recursos humanos quedaría sin definir la consulta de trabajo social puesto que, en nuestra unidad contamos con 1/2 trabajadora social para dar respuesta a las necesidades de una población extensa.

Otras dificultades que hemos podido observar en el desarrollo de este proyecto son la falta de motivación, en general, para este tipo de cuestiones ya que, a pesar de intentar coordinarnos con otros servicios de la red de salud mental, no se ha logrado extraer conclusiones y protocolizar de manera alguna actuaciones cotidianas en nuestro día a día, pero de las cuales no existe consenso en cuanto a medios de comunicación, priorización de pacientes, criterios de inclusión, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/753 ===== ***

Nº de registro: 0753

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0753

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA

PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA

Autores:

GARCES RAMOS ALBA, GARCES TRULLENQUE EVA MARIA, QUEROL NASARRE AURORA, MOLINS GUITARTE AURORA, QUINTANILLA LOPEZ MIGUEL ANGEL, REDRADO LACASA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El traslado de la asistencia ambulatoria desde CCEE de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa a la Unidad de Salud Mental del Centro de Especialidades Médicas Inocencio Jiménez supone una oportunidad de mejora del trabajo en equipo con la ampliación de la plantilla de psicología clínica y enfermería de salud mental.

Dada la nueva configuración del equipo ante estos puestos de nueva creación, hemos decidido centrarnos en la elaboración de una serie de procedimientos de actuación, criterios de derivación y programas interdisciplinarios con el objetivo de obtener el máximo rendimiento del trabajo y facilitar a todos los profesionales la coordinación con el resto de compañeros de otras categorías.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer criterios de derivación a enfermería SM
Definir la actuación de enfermería de SM en la USMA
Implantación del plan de cuidados de cada paciente en seguimiento por enfermería SM
Definición de Cartera de Servicios comunitaria con TMG
Definición de la atención a Trastornos de la Conducta Alimentaria
Mejora de la continuidad de cuidados mejorando la coordinación con enfermería de atención primaria
Mejorar la continuidad de cuidados mejorando la coordinación con el equipo de enfermería de la UCE y HDPA, UME, CD
Establecer criterios de derivación a Psicología Clínica
Establecer criterios de derivación a Trabajo Social
Organizar actividades terapéuticas (coterapia o grupal) con participación interdisciplinar

MÉTODO

Reuniones multidisciplinares del equipo de la USMA. Creación de grupos de trabajo.
Distribución de trabajo en paralelo, y puestas en común de consenso en reunión quincenal.
Coordinación focal de los responsables de calidad con los agentes implicados: equipos de UCE, equipos de AP, ESAD, UME, HDPA, CD.
Supervisión de los trabajos y revisión de logros desde Comisión de Calidad del servicio
Obtención de opinión y devolución a los equipos de Atención Primaria
Creación de Checklist de cumplimiento de procesos.
Asesoramiento si fuese preciso por expertos en calidad del Servicio Aragonés de Salud
Memoria anual de resultados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0753

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COORDINACION INTRAEQUIPO EN LA USMA INOCENCIO JIMENEZ Y DEFINICION DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA

INDICADORES

Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta a Enfermería SM (ESM)

Existencia de documento de actuación de enfermería SM en la USMA.

Exposición de dicho documento al resto del equipo de la USMA y a los diferentes equipos que trabajan en coordinación con este servicio

Porcentaje de pacientes con planes de cuidados incluidos en su historia clínica.

Existe un Plan de Visitas domiciliarias y/o intervención domiciliaria en TMG

Existe un programa específico de actuación en TMG en la USMA

Existe un Plan de Atención en TCA por parte de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en coordinación con la UTCA

Porcentaje de equipos de enfermería de AP a los que se les transmite las funciones de enfermería de SM.

Porcentaje de Informes de Continuidad de Cuidados enviados a AP de pacientes con TMG.

Porcentaje de pacientes ingresados en los que se transmite desde la USMA al equipo de enfermería de la UCE el Informe de Continuidad de Cuidados.

Porcentaje de pacientes ingresados por los que se establece contacto telefónico con el personal de la UCE.

Porcentaje de visitas pre-alta a pacientes en seguimiento por enfermería de la USMA ingresados en la UCE.

Existencia de criterios de derivación a psicoterapia individual/grupal (inclusión y exclusión)

Existen criterios de alta de consulta de Psicología Clínica

Existencia de criterios de tipo de consulta, derivación y alta de Psicología Clínica

Existencia de criterios de participación profesional, tipo de terapia/grupo, derivación y alta de Psicología Clínica

DURACIÓN

Calendario:

Marzo - abril 2019:

- Definición de la consulta de enfermería

- Establecimiento de criterios de derivación a Psicología Clínica, Trabajo Social y Enfermería de Salud

Mental

- Definición de actividad psicoterapéutica y grupal interdisciplinar

Mayo - septiembre 2019:

- Presentación del contenido de la consulta de enfermería de la USMA tanto a nivel interno, como externo, a Centros de Salud urbanos y rurales, y UCE.

- Presentación a nivel de equipo de los criterios establecidos de derivación a Psicología Clínica, Trabajo Social y Enfermería de Salud Mental

Octubre - noviembre 2019:

- Evaluación de los indicadores

Diciembre 2019:

Memoria de actividad de la USMA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1082

1. TÍTULO

GESTION POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III

Fecha de entrada: 21/12/2020

2. RESPONSABLE PEDRO MANUEL RUIZ LAZARO
· Profesión PSIQUIATRA
· Centro CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARRERA FRANCES ANA
CALVO SARNAGO ANA ISABEL
GARCES TRULLENQUE EVA
GONZALEZ MONSEGUR MARIA DOLORES
LOBAN IZA JOSE MANUEL
MABRY PARAISO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha hecho un mejor filtro de las solicitudes desde Atención Primaria con la introducción de la interconsulta virtual pero es imprescindible conseguir que los volantes sean sólo electrónicos y no en papel (siguen llegando desde especializada HCU todavía en papel) y se pueda recabar más información de forma ágil y eficaz. La historia electrónica también facilita la salida al alta por curación, mejoría o edad con información para AP de todo paciente. Se ha incorporado de forma plena, total, el uso del Curso clínico desde el confinamiento pro la covid-19.

Se entregan los documentos informativos psicoeducativos por escrito para familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH.

El diseño de un folleto con la cartera de servicios y las funciones de los miembros del equipo interdisciplinar de la USMIJ, protocolos, consentimiento informado para padres separados, divulgación de criterios e informes de derivación para distintas unidades está en proceso.

Se ha hecho protocolo para atención presencial segura de pacientes en época covid19

Al crearse la USMIJ Cinco Villas se ha derivado a todos los pacientes sectorizados allí con informe pormenorizado de alta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Utilización plena del curso electrónico
Derivación con informe a USMIJ CINCO VILLAS y transición a USM adultos
Protocolo covid19

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso del curso clínico electrónico facilita la gestión de los procesos de entrada y salida a USMIJ

7. OBSERVACIONES.

Sería útil tener cámara y microfonos para videollamadas, reuniones virtuales

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1082 ===== ***

Nº de registro: 1082

Título
GESTION POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III

Autores:

RUIZ LAZARO PEDRO MANUEL, BARRERA FRANCES ANA, CALVO SARNAGO ANA ISABEL, GARCES TRULLENQUE EVA MARIA, MABRY PARAISO SILVIA, GONZALEZ MARIA DOLORES, LOBAN IZA JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1082

1. TÍTULO

GESTION POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En 2018 las primeras visitas acumuladas en diciembre son 653 (con traslado a CEM Inocencio Jiménez se pierden días guardia) con 4669 totales. Con una demora media prospectiva de 38.8 días con 145 pacientes pendientes en buzón. La demora se ha incrementado de forma creciente tras el traslado a Inocencio Jiménez al realizar guardias de presencia física en el HCU en horario de mañana y perder ese día de consulta. Se ha hecho un mejor filtro de solicitudes desde AP con la introducción de interconsulta virtual. Es imprescindible conseguir que los volantes sean sólo electrónicos y no en papel (siguen llegando todavía desde AP y especializada). La historia electrónica facilitará la salida al alta por curación, mejoría o edad con información para AP de todo paciente. La Dra Mabry de forma piloto ha iniciado el uso del Curso clínico. Desde la Sección se mantiene contacto regular con las Asociaciones de familiares de pacientes y dos reuniones de equipo y de sección semanales. Ello nos ha permitido conocer que tenemos un área de mejora en la transmisión de información con las familias y necesidad de CI en padres separados. Al crearse la USMIJ Calatayud se derivó a todos los pacientes sectorizados allí con informe pormenorizado de alta. Este proyecto puede mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de profesionales, familias y usuarios al incrementar la información documentada.

RESULTADOS ESPERADOS

Informatizar definitivamente el filtro de solicitudes desde AP y especializada.

Mejorar la satisfacción de las familias de usuarios menores de edad en cuanto a accesibilidad, menor tiempo de espera, documentación, criterios de alta, mejora de información.

Mejorar acceso/derivación mediante divulgación de criterios e informe protocolizado escrito o digitalizado

Realizar detección y protocolización de consentimiento informado en caso de padres separados para entrevista, realización de pruebas

Disponer de documentos informativos psicoeducativos por escrito para familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH

Disponer de folleto con la cartera de servicios y las funciones de los miembros del equipo interdisciplinar de la USMIJ.

Realizar informe de derivación a UHIJ, USM Adultos, UTCA adultos, incluyendo informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería

MÉTODO

Informatización definitiva filtro de solicitudes AP y especializada.

Plan de comunicación con folletos para mejora satisfacción de familias de usuarios menores de edad en cuanto a accesibilidad, menor tiempo de espera, documentación, criterios de alta, mejora de información.

Documento para divulgación de criterios derivación e informe protocolizado escrito o digitalizado.

Documento consentimiento informado en caso de padres separados para entrevista, realización de pruebas

Documentos informativos psicoeducativos por escrito para familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH

Folleto con la cartera de servicios y las funciones de los miembros del equipo interdisciplinar de la USMIJ.

Informe de derivación a UHIJ, USM Adultos, UTCA adultos, incluyendo informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería.

Reuniones semanales del equipo USMIJ para realizar documentos y con USMA, UHIJ, UTCA adultos.

INDICADORES

Informatizar todas solicitudes desde AP

Nº de solicitudes electrónicas y en papel: 100% electrónicas a fin de año.

Nº de solicitudes rechazadas 5-10%

Aumentar la satisfacción entre las familias de pacientes con TCA, TEA y TDAH
TCA, TDAH, TEA: 100-400

Nº de folletos entregados de

Aumentar satisfacción de familias

Nº de folletos entregados con cartera de servicios y funciones del equipo: 100-400

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1082

1. TÍTULO

GESTION POR PROCESOS EN ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL USMIJ SECTOR III

Medida (de 1 a 10) de satisfacción de familias: 5-10

Mejorar transición a USM adultos
Número de pacientes derivados con informe: 75%-100%.

DURACIÓN

Doce meses de enero a diciembre de 2019

Plan de comunicación mejora satisfacción de familias de usuarios menores de edad: Silvia Mabry

Consentimiento informado padres separados: Eva Garcés.

Folletos TCA, TDAH, TEA: Pedro Ruiz.

Folletos cartera servicios y funciones de equipo USMIJ: José Manuel Lobán.

Encuesta de satisfacción a familias: Ana Barrera

OBSERVACIONES

Población diana menoresde 18 años

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1363

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

Fecha de entrada: 23/12/2020

2. RESPONSABLE SILVIA ANEL GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CENTRO SANITARIO MONCAYO
· Localidad TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO LUNA MARIA JESUS
PASCUAL GONZALEZ BEATRIZ
ORCASTEGUI DELSO JUAN LUIS
MARINA GOMEZ ABEL
HERNAEZ BRUNA LAURA
BELTRAN PERIBANEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En periodo COVID-19 la atención se ha realizado de consultas telefónicas(e-salud)
Se ha seguido con la educación sanitaria, seguimiento de síntomas, adhesión, valoración de autonomía... y se han resuelto las dudas de estos pacientes para evitar su contagio, ya que en general se mostraban preocupados al ser pacientes de mayor riesgo dadas sus patologías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha hecho el seguimiento de 11 pacientes de los cuales hemos dado 8 altas de la consulta. De las altas 4 eran paciente EPOC y 4 con Asma.
La media de edad de los pacientes dados de alta es de 77.12 años.
Dos pacientes fueron derivados a la neumóloga Dra. Navarro, uno de ellos considero que había empeorado su fatiga y otro paciente considero que los inhaladores le habían producido efectos secundarios y abandonó el tratamiento.
Otro paciente nos comunicó que no necesitaba este seguimiento.
El resto de pacientes refieren mejora de calidad de vida y TAI respecto al inicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayoría de los pacientes están satisfechos con esta consulta y tienen mejora de su adhesión al tratamiento y mejor control de su enfermedad.

La dificultad para realizar charlas educativas y consultas presenciales ha dificultado el proyecto. Esperamos poder continuar este 2021 para retomarlas y continuar con control y registro de datos mediante HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1363 ===== ***

Nº de registro: 1363

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

Autores:
ANEL GRACIA SILVIA, NAVARRO LUNA MARIA JESUS, HERNAEZ BRUNA LAURA, PASCUAL GONZALEZ BEATRIZ, ORCASTEGUI DELSO JUAN LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO MONCAYO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1363

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA PARA PACIENTE NEUMOLOGICO DE CME MONCAYO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha detectado un déficit de conocimientos y/o Manejo inefectivo de régimen terapéutico en pacientes de Neumología. Creemos necesario empoderar al paciente en estas situaciones mediante intervenciones educativas de enfermería, especialmente en la falta de conocimientos y/o de entrenamiento de dispositivos y generando hábitos de vida saludables en: Nutrición, seguridad, actividad, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia al estrés. Esta consulta de enfermería mejora la Autonomía, la calidad de vida del paciente y sirve de nexo entre:

ESPECIALISTA DE NEUMOLOGÍA -ENFERMERIA- PACIENTE CON EPOC o ASMA INTRINSECA.

En la consulta se realiza la primera valoración de enfermería utilizando las Necesidades básicas de V. Henderson y en especial a estos puntos

- Nivel de instrucción del manejo de fármacos y terapias (inhaladora, oxigenoterapia y manejo de dispositivos y nivel de conocimientos de su enfermedad para el control de síntomas)
- Factores de riesgo: tabaquismo, ansiedad, depresión, nerviosismo, hábitos de vida poco saludables, disnea, abandono de régimen terapéutico

• Conocimientos de entorno familiar u situación socio-sanitaria. En situaciones de dependencia, nivel de conocimientos del cuidador principal

Los pacientes en consulta de Neumología tienen diagnóstico médico de EPOC o ASMA intrínseco. El EPOC: es una enfermedad crónica inflamatoria de los pulmones que obstruye el flujo de aire desde los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de mucosidad (esputo) y silbido al respirar. ASMA, Inflamación crónica de las vías aéreas (bronquios), que causa episodios recurrentes de disnea, sibilancias, tos y sensación de opresión en el pecho... ASMA intrínseco, enfermedad sin estímulo inmunológico.

Los inhaladores son los dispositivos que facilitan la llegada de los medicamentos a los bronquios. Existen muchos tipos de inhaladores y cada uno tiene sus ventajas, sus inconvenientes y sus instrucciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar hábitos de vida saludables y proporcionar medidas higiénico-dietéticas.
- Facilitar al paciente los conocimientos básicos: para mejorar el control de síntomas, sus inhaladores y otras necesidades detectadas
- Aumentar autonomía para el manejo de su régimen terapéutico para eliminar al máximo la sintomatología y saber si son necesarios los inhaladores de rescate.
- Adiestramiento práctico de inhalador y refuerzo cada visita de la técnica: destrezas manuales para mejorar adherencia.

MÉTODO

La consulta consistirá en realización una valoración de enfermería en consulta de Neumología y Espirometría.

- Facilitar una Guía útil con hábitos de vida saludables, medidas higiénicas y autovaloración de síntomas de agudización de su enfermedad. Instrucciones de cada inhalador adaptadas a los conocimientos/habilidades.
- Se realizarán sesiones individuales y/o grupales con pacientes y seguimiento conocimientos hasta revisión de neumología.

INDICADORES

Para la valoración y evaluación de los pacientes en la consulta estarán incluidos en la valoración de enfermería.

- El test de adhesión. TAI
- Escalas de valoración de Actividades de la vida diaria (AVD)

Escalas de valoración AVD: Índice de KATZ y Índice de BARTHEL

Escala de Valoración de AVD Instrumental: Escala de Lawton y Brody

DURACIÓN

De junio 2019 a junio de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0679

1. TÍTULO

PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

Fecha de entrada: 09/12/2020

2. RESPONSABLE BELEN ALBERICIO GIL
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARBONELL ROMERO MARIA
PRADAL JARNE LAURA
PASTOR TOMAS EVA MARIA
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
SOLA GARCIA JOSE LUIS
GUILLEN ANTON JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo-abril: búsqueda de bibliografía.
Mayo-junio: elaboración de protocolo y algoritmo de actuación basado en la evidencia científica, así como las hojas de registro, evaluación y satisfacción.
Julio: presentación en sesión clínica al servicio de anestesia. Resolución de dudas.
Agosto: puesta en marcha del proyecto.
Enero: análisis de los resultados, puesta en común en sesión clínica. Valorar cambios en el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizará una hoja de registro para valorar: Incidencia, circunstancias del evento adverso, descripción del evento adverso, síntomas acompañantes, necesidad de tratamiento, tratamiento recibido, intensidad del dolor (EVA) antes y tras tratamiento y satisfacción de la paciente.

Resultados: reducción de la incidencia, optimización de estancia hospitalaria, reducción de complicaciones, prevención o disminución del dolor y satisfacción de la paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Limitación principal: Falta de comunicación en la notificación del problema.

Valoración del equipo: Dar claridad al manejo del problema ante la variabilidad que existe en su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/679 ===== ***

Nº de registro: 0679

Título
PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

Autores:
ALBERICIO GIL BELEN, CARBONELL ROMERO MARIA, PRADAL JARNE LAURA, PASTOR TOMAS EVA MARIA, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, SOLA GARCIA JOSE LUIS, GUILLEN ANTON JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cefalea postpunción dural (CPPD) fue descrito en 1898 por el Dr. Bier, después de realizar una punción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0679

1. TÍTULO

PROTOCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

raquídea.

La CPPD es la complicación más frecuente asociada a la analgesia epidural. Su incidencia ha disminuido a lo largo de los años, debido a la mejora de las técnicas, mayor experiencia del anestesista y al uso de agujas de menor calibre y de punta no cortante. Actualmente el riesgo de punción dural accidental en centros docentes es de 1 al 2,5%.

La International Headache Society la define como el dolor de cabeza que mejora con la posición supina dentro de 15 minutos y se exacerba en sedestación o en bipedestación dentro de los 15 minutos siguientes.

El dolor puede ir acompañado de rigidez de cuello, fotofobia, hipoacusia, náuseas o tinnitus. La cefalea se desarrolla dentro de los 5 días de la punción dural, por lo general se presenta dentro del 1º y 2º día y suele resolverse espontáneamente, o bien en las 48 horas tras iniciar el tratamiento; Sin embargo, algunas veces los síntomas pueden durar meses o años.

El dolor de cabeza puede ser intenso y con frecuencia dura más tiempo, llegando a ser de mayor incapacidad en pacientes obstétricas que en la población general. La CPPD se asocia a mayor estancia hospitalaria tras el parto vaginal, incrementa el número de consultas y provoca una marcada reducción de su calidad de vida.

Las opciones de tratamiento de la CPPD son pocas y de eficacia limitada. Hay poca evidencia científica en los trabajos publicados, ensayos clínicos con sesgos, con lo que no hay fuerza científica para formular recomendaciones claras. Faltan estudios comparativos y con rigor científico y de metaanálisis sin sesgo. Hay necesidad un ensayo clínico controlado, aleatorizado, doble ciego y multicéntrico para proporcionar evidencia de la eficacia de las medidas más comprometedoras.

La CPPD es a menudo compleja, grave, duración variable y merece una cautelosa e individualizada aproximación en su diagnóstico. Hay que valorar riesgo/ beneficio de la paciente antes de iniciar alguna medida tanto de prevención, profilaxis y tratamiento que incluya las opciones de catéter intratecal, la morfina epidural y el parche hemático epidural.

Dada la complejidad del tema es importante que se cuenten en los Servicios con protocolos escritos, claros e institucionalizados y que faciliten la toma de decisiones para que los pacientes reciban una atención óptima y de calidad en el tratamiento.

La falta de seguimiento de estos pacientes se asocia con mayor número de demandas médico-legales. Un seguimiento riguroso de estos pacientes es de una responsabilidad importante del equipo médico y debería realizarse por profesional experimentado.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear un protocolo en el manejo de la CPPD para establecer unas medidas terapéuticas basadas en la última evidencia científica y establecer un algoritmo dinámico terapéutico que sirva como guía de decisión para los anestesistas de este centro.
2. Realizar un registro para evaluar y seguir la evolución de los pacientes para una asistencia de calidad.
3. Conocer si las estrategias planteadas han conseguido el éxito deseado.

MÉTODO

Los componentes del equipo realizarán una revisión de la bibliografía disponible tras lo cual se reunirán en varias sesiones a fin de configurar un algoritmo que sirva de guía de actuación a los profesionales.

Una vez configurado el protocolo de actuación será puesto en conocimiento del equipo (anestesistas, ginecólogos, matronas,...) el plan de actuación en caso de punción dural accidental o cefalea post-punción en sesión clínica y se realizará un árbol de decisión que estará disponible tanto en el Servicio de Anestesia como en la 4ª planta (ginecología).

Así mismo se realizará una hoja de registro para evaluar la incidencia, complicaciones, necesidad de tratamiento, satisfacción de los pacientes,...

INDICADORES

Se realizará una hoja de registro para valorar: Incidencia, circunstancias del evento adverso, complicaciones, satisfacción de los pacientes, necesidad de tratamiento, tratamiento recibido, intensidad del dolor (EVA) antes y tras tratamiento.

Los valores a alcanzar serán: reducir la incidencia, optimizar tiempo de estancia hospitalaria, evitar complicaciones, mejorar la satisfacción de los pacientes y disminuir el dolor.

DURACIÓN

La evaluación del proyecto se realizará analizando los datos obtenidos en la hoja de registro y comparándolos con la incidencia y registros de la bibliografía disponible. Los resultados obtenidos serán comunicados en sesión clínica.

La realización del proyecto seguirá un calendario aproximado que se detalla a continuación:

Marzo-abril: búsqueda de bibliografía.

Mayo-junio: elaboración de protocolo y algoritmo de actuación basado en la evidencia científica, así como las hojas de registro, evaluación y satisfacción.

Julio: presentación en sesión clínica al servicio de anestesia, ginecología y matronas. Resolución de dudas.

Agosto: puesta en marcha del proyecto.

Enero: análisis de los resultados, puesta en común en sesión clínica. Valorar cambios en el protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0679

1. TÍTULO

PROCOLO CEFALEA POSTPUNCION DURAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1041

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 02/01/2021

2. RESPONSABLE ANTONELA LUKIC OTANOVIC
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JORDAN DOMINGO MARTA
JIMENEZ MELO OCTAVIO
REVILLA MARTI PABLO
RUIZ ARROYO JOSE RAMON
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO
SIMO SANCHEZ BORJA
DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Análisis del año 2020:

Tras la recogida de los datos del año 2018 y 2019 se ha procedido a realizar una serie de sesiones clínicas tanto en el Servicio de Urgencias como en el Servicio de Cardiología, de cara a difundir los resultados, invitar a los profesionales a reflexionar y solicitar colaboración en cuanto a los registros de los tiempos de actuaciones en las historias clínicas de los pacientes. Así, se solicitó además que se modificara el método de almacenamiento de los electrocardiogramas en la historia del paciente, ya que la utilización del esparadrapo cubriendo la hora de la realización del ECG impedía el análisis de las demoras diagnósticas. Se les invitó a los profesionales a utilizar grapadora antes que el esparadrapo para unir los ECG. Además, se solicitó que se anotara la hora de solicitud y de la realización de la interconsulta a Cardiología.

La situación excepcional vivida este año nos ha obligado a suspender las actividades previstas para el 2020 del proyecto (formación celadores, difusión resultados, reuniones trimestrales, etc) y tras valorarlo ampliamente, se ha llegado a un consenso de no incluir en el análisis de este año los pacientes atendidos en el periodo de inicio de la pandemia (marzo-abril), dados los posibles sesgos que puedan aparecer en relación con las demoras, tanto de los pacientes como del sistema.

El descenso del número de pacientes que acudían a urgencias de nuestro centro se ha visto reflejado este año en el número de pacientes con SCACEST que han acudido por sus propios medios directamente a urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Así, finalmente y por consenso del grupo, se ha realizado un análisis retrospectivo de los 31 pacientes atendidos en urgencias del HCU entre finales de abril y 31 de octubre el año 2020 a los que se les realizó cateterismo cardiaco en el mismo centro. De ellos, 4 pacientes no fueron SCACEST o sospecha y se han excluido del análisis, quedándonos con 26 pacientes con ICP primaria y un rescate realizados en HCU entre 30 de abril y 31 de octubre el año 2020. En cuanto a las características de los pacientes atendidos, 56% fueron varones, 48% presentaban HTA, 41% DLP, 26% DM, 33% tabaquismo y 26% obesidad. En 7 casos se realizó cateterismo diagnóstico, resto fueron cateterismos combinados (diagnóstico y terapéutico). 85% recibió antiagregación con AAS, 30% clopidogrel, 7% prasugrel y 52% ticagrelor. En 70% se trató un vaso, 48% presentaban enfermedad multivaso. La mayoría (70%) fueron Killip I aunque hubo 5 pacientes con Killip III-IV. En 48% la arteria responsable fue la DA y en un 26% la CD, con 60% de pacientes con flujo inicial TIMI 0 (arteria totalmente obstruida). Siete de los pacientes analizados fueron remitidos a urgencias para valoración por parte de hemodinamista de guardia tras la inicial consulta telefónica. 52% de los casos fueron atendidos en un día festivo, casi 60% fuera del horario laboral (entre las 15h y 8h), 26% en horario nocturno (22-8h).

En relación con los análisis realizados previamente, se han detectado demoras algo más prolongadas respecto al 2019 y respecto a los tiempos óptimos recomendados por las guías (HCU medianas): demora de activación año 2019: 33 min (año 2020: 34 min), demora de traslado año 2019: 27,5 min (30 min en 2020), demora de sala año 2019 24,5 min (25 min en 2020), demora de sistema año 2019: 92 min (en 2020: 99 min). Persisten demoras atribuibles al paciente muy prolongadas (en 2020 media 374 min, mediana 304 min). La revisión ha permitido recoger la hora de realización del ECG en 26 de los 27 pacientes, por lo que ha sido posible establecer la demora de diagnóstico (puerta-realización del ECG) en 11.8 minutos de mediana (en 2019 fue de 9 min).

Más de 73% de los analizados han sido valorados por Cardiología previo a la activación del Código, hecho que se mantiene mayor que el año anterior (en 2019 fue de 60%). Los casos con electrocardiograma menos expresivo tuvieron mayor probabilidad de ser valorados por Cardiología. Si es el personal de Urgencias el que activa el Código Infarto son los pacientes con los mejores tiempos de actuación y esa sería la actuación ideal a la que habría que aspirar, igual no en 100% de los casos pero mucho más que los 30% que observamos en la actualidad.

Así mismo, las demoras de sala se mantienen estables, unos minutos más prolongadas que el año anterior. Los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1041

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESÁ

tiempos de traslado han aumentado, probablemente debido al tiempo de ocupación de la sala (con los protocolos actualmente vigentes en nuestra Sección en cuanto a la limpieza, especialmente en casos Covid se prolonga el tiempo de inhabilitación de la sala, prolongando estos tiempos) y el requerimiento de adecuada protección del personal para el traslado ya que estos pacientes se tratan como posible COVID (ya que no se dispone de PCR). Además, en dos de los casos coincidió con que la sala estaba ocupada por otro paciente. No se ha realizado ninguna actuación formativa ni informativa a nivel de los celadores del hospital y tampoco se ha conseguido, a pesar de haber hecho gestiones con la Dirección del centro, asignar un celador diario para el Código Infarto, gestiones que tenemos previsto retomar este año. Solamente un 48% de los pacientes tenían registrada la hoja de recogida de los tiempos de actuación, lo que indica que este será uno de los puntos a insistir en 2021. Así mismo, en solamente 40% de los pacientes estaba registrada la hora de llamada a Cardiología y en un 37% la hora a la que Cardiología valora al paciente. Este punto es de interés de cara al estudio de las demoras generadas y se va a volver a insistir en sesión. La mortalidad de los pacientes analizados es preocupante y se ha procedido al análisis de dicha mortalidad. Entre los pacientes fallecidos, 3 presentaban situación de shock cardiogénico (2 desde su ingreso y uno posterior), un paciente debutó con edema agudo de pulmón en contexto de disfunción VI severa, uno presentaba miocardiopatía dilatada no isquémica que cursó con PCR extrahospitalaria y dos fallecimientos fueron debidos a una complicación mecánica (CIV + rotura cardiaca con taponamiento). Por el otro lado, hubo diferencia significativa en la edad de los pacientes fallecidos respecto a los supervivientes (81 vs 64,5 años, p 0.016). De los 4 pacientes que presentaban Killip IV en el momento del ingreso, solamente uno sobrevivió. Se objetivó también una demora de sistema más prolongada en el grupo de fallecidos (134.4 vs 98.8 min) sin llegar a ser estadísticamente significativa (p 0.198). Las demoras de traslado (desde cuando es aceptado hasta llegar a la sala) fueron más prolongadas en los fallecidos (56.5 vs 29.1 min, p 0.032). Dichas demoras se han debido a que alguno de estos pacientes han precisado de ventilación mecánica no invasiva o de IOT previa a la realización del cateterismo, lo que ha generado la prolongación de los tiempos registrados. Los fallecidos no presentaban demoras atribuibles a los pacientes más prolongadas que los supervivientes. Tras un análisis exhaustivo y caso por caso, no se objetivaron demoras de sistema injustificables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El análisis de los tres años indica reiteradamente que los electrocardiogramas menos "floridos", en los que las alteraciones del ST son más sutiles, bloqueos de rama, etc son frecuente causa de las demoras de activación ya que generan dudas diagnósticas y se procede a determinación de las enzimas cardiacas de cara a confirmar el diagnóstico, demorándose así el tiempo de isquemia con el consecuente agravio en el pronóstico. Por ello, el grupo de trabajo ha considerado de interés presentar a la comisión de formación continuada del centro una solicitud del curso sobre los electrocardiogramas del SCA, en concreto SCACEST, dirigido a DUEs, MIR y FEAs interesados, en el que se abordarían estos casos y se insistiría en el manejo global.

Los proyectos previos a realizar en el 2021 serían:

1. Cursos formativos: de dos tipos: dirigidos a celadores y dirigidos a DUEs-MIR-FEAs
2. Retomar las gestiones para disponer de un celador asignado para Código Infarto
3. Insistir en la necesidad de registrar las horas de las actuaciones en Cardiología y Urgencias
4. Sesiones de mortalidad cardiología- urgencias- UCI con el análisis pormenorizado de cada caso buscando puntos de mejora.

La atención al SCACEST precisa de una óptima coordinación de los profesionales implicados en su atención y el grupo de trabajo considera que tenemos que seguir trabajando sobre el tema, por lo que esperamos que este proyecto siga siendo de interés en cuanto a su continuidad.

7. OBSERVACIONES.

IRENEO DE LOS MARTIRES ALMINGOL, EN REPRESENTACION DEL GRUPO DE MEJORA Y OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL SCACEST

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1041 ===== ***

Nº de registro: 1041

Título
MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESÁ

Autores:
LUKIC OTANOVIC ANTONELA, RUIZ ARROYO JOSE RAMON, LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, JORDAN DOMINGO MARTA, SIMO SANCHEZ BORJA, JIMENEZ MELO OCTAVIO, REVILLA MARTI PABLO, DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1041

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESÁ

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de cardiopatía isquémica, la atención al síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) requiere de una rápida y correcta identificación del cuadro y un correcto manejo clínico del mismo siendo el retraso hasta reperusión un condicionante pronóstico. La mortalidad intrahospitalaria de SCACEST varía entre 4 y 12% (mortalidad al año 10%). Las sociedades científicas insisten en la necesidad de monitorización de las demoras y en su auditoria periódica. Las guías nos indican los objetivos de calidad y cuando nuestro centro es un "centro con hemodinámica activa" (a semanas alternas, cuando coincide con la Alerta de Hemodinámica del equipo del HCU) se nos hacen las siguientes recomendaciones: Una demora < 10 min para realización e interpretación del electrocardiograma (ECG). Una demora < 10 min desde el diagnóstico hasta fibrinólisis (valorar reperusión a los 60- 90 min). Una demora <60 minutos desde diagnóstico hasta ICP primaria (ICPp) (paso de la guía). Los pacientes transferidos para ICPp deberían ir directamente a hemodinámica. Todos los SCACEST deben permanecer monitorizados. Se desconoce en la actualidad cual es la situación en nuestro centro en cuanto a las demoras y la actuación en estos casos. Los datos preliminares indican que existe un amplio margen de mejora y que es necesario monitorizar y auditar periódicamente las actuaciones. Se ha realizado un análisis retrospectivo de los 61 pacientes atendidos en urgencias del HCU con ICP primaria realizada en HCU en el año 2018. Se han detectado demoras sustancialmente más prolongadas que los tiempos óptimos recomendados por las guías (HCU- demora de activación 55 min, demora de traslado 25 min, demora de sala 22 min, demora de sistema 100 min (medianas)- supone unos 30 min por encima de los tiempos recomendados). En muchos de los casos no ha sido posible determinar la hora del ECG. Más de 50% de los analizados han sido valorados por Cardiología previo a la activación del Código. El análisis de los datos no permite determinar de forma fidedigna cual es el principal determinante del alargamiento de las demoras ya que alguna de las actuaciones o bien no están registradas o no disponen de registro de la hora de su realización.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: Disminuir la demora de atención de los pacientes que acuden a nuestro centro con el diagnóstico de SCACEST, intentando ajustarnos a los tiempos recomendados por las guías de práctica clínica. Objetivos secundarios: Monitorizar las actuaciones y las demoras generadas. Analizar las demoras y buscar los posibles causantes. Corregir las actuaciones que generan demoras más prolongadas. Establecer un feed back entre los Servicios de Urgencias, Cardiología y Hemodinámica.

MÉTODO

El desarrollo del proyecto requiere de las siguientes actuaciones: Etapa 1: Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por los médicos y DUEs de Urgencias, Cardiología y Hemodinámica y celadores. Creación de una hoja de registro unificada. Definición de las variables a recoger. Unificación de criterios. Elaboración de Diagrama de Ishikawa con los factores contribuyentes. Análisis y evaluación de riesgos. Priorización de riesgos con en AMFE. Etapa 2: Difusión entre los profesionales y explicación de la importancia del registro. Recogida de datos. Etapa 3: Reuniones trimestrales del grupo de cara a revisar los casos recogidos y auditar las demoras (detección de riesgos). Recogida de las demoras, primer ECG (o ECG diagnóstico de SCACEST) y cateterismo para cada paciente. Análisis causa raíz para los potenciales eventos adversos graves derivados de las demoras. Generación de un informe en cada reunión con feed back en los dos servicios. Etapa 4: Creación de un informe anual con propuesta de plan de contingencia de corrección de riesgos (demoras injustificadas generadas). Etapa 5: Puesta en marcha de los planes de contingencia. Análisis de las mejoras conseguidas.

INDICADORES

1. Porcentaje de los pacientes con todos los ítems rellenos 2. Porcentaje de pacientes con demora del sistema superior a 120 minutos. 3. Porcentaje de los pacientes con demora de sistema <60 minutos. 4. Porcentaje de pacientes con demora de diagnóstico < 10 minutos.

DURACIÓN

El proyecto tiene un desarrollo por etapas. Inicio mayo 2019. Finalización diciembre 2020. Está prevista la cumplimentación de Etapa 1 durante los meses de mayo y junio 2019. Etapa 2 junio, julio, agosto y septiembre. Etapa 3- reuniones en septiembre y diciembre 2019, marzo, junio, septiembre y diciembre del 2020. Etapa 4- enero-febrero 2020. Etapa 5: marzo a diciembre 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1041

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y AUDITORIA DE LOS TIEMPOS DE ATENCION A LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGIA DEL HCU LOZANO BLESA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1127

1. TÍTULO

SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

Fecha de entrada: 04/01/2021

2. RESPONSABLE JORGE MELERO POLO
· Profesión MIR
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MESEGUER GONZALEZ DANIEL
RIO SANCHEZ SARA
MURLANCH DOSSET ELENA
BRICEÑO REVILLO JORGE
COIMBRA DURAN HUMBERTO
CANTERO LOZANO DANIEL
REVILLA MARTI PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado seminarios impartidos por residentes desde Cardiología desde mayo de 2019 hasta marzo de 2020, cuando a raíz de la situación originada por la pandemia COVID 19 debieron detenerse. Las charlas se han realizado con periodicidad semanal (en general los miércoles, sujeto a modificación según la disponibilidad de los ponentes) siempre que hubiera pacientes que cumplieran los requisitos (pacientes con Infarto de Miocardio reciente, siempre que su situación clínica lo permita).

En primer lugar, se elaboró una presentación explicando en qué consiste la cardiopatía isquémica, los factores de riesgo que es necesario controlar y la importancia de la adherencia al tratamiento. Se incluyeron contenidos que pudiesen ser interesantes y abordables para los pacientes, evitando el uso de lenguaje técnico.

La posibilidad de asistir al seminario era explicada por parte del residente de cardiología encargado del pase de planta a todos los pacientes con Infarto de Miocardio reciente, siendo en todos los casos es totalmente opcional y voluntaria.

Todos los participantes en el proyecto han impartido seminarios, y en general se ha intentado que haya siempre un mínimo de 2-3 residentes en cada sesión para poder responder posteriormente las dudas de todos los asistentes y ocuparse de la recogida de datos, según se explica en el siguiente punto.

Se han elaborado, además de la presentación mencionada, varios materiales para el Proyecto:

1. Un cuestionario sobre conocimientos en factores de riesgo vascular que se hacía cumplimentar a los pacientes tanto antes como después de la charla, con el fin de evaluar la utilidad de la misma y comprobar qué mensajes llegan mejor a nuestros asistentes.

2. Una encuesta de satisfacción para valorar la satisfacción de los pacientes con las charlas. Todos estos cuestionarios son anónimos.

Se recogieron todos los resultados en una base de datos para el posterior análisis del éxito y utilidad de la iniciativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante los nueve meses en los que se ha desarrollado el proyecto se realizaron 39 seminarios, a los que acudieron un total de 187 pacientes.

La efectividad del proyecto se ha evaluado de dos formas: una objetiva, a través de un cuestionario previo y posterior al seminario y otra subjetiva, mediante una encuesta de satisfacción.

Para la valoración objetiva, se realizaron cuestionarios aleatoriamente a 1 de cada 5 pacientes (37 pacientes). En estos, la calificación previa al seminario fue de 6 puntos sobre 10 y tras el mismo aumentó hasta 8,2 puntos sobre 10, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p 0,002), traduciéndose la intervención en una mejoría significativa de los resultados.

Por otro lado, la valoración subjetiva fue muy positiva, siendo para 153 pacientes muy satisfactoria (81,8%) y para 34 satisfactoria (18,2%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los seminarios grupales voluntarios en pacientes ingresados por síndrome coronario agudo son una estrategia efectiva a la hora de educar y concienciar a los pacientes, mejorando su conocimiento sobre la enfermedad. La percepción subjetiva de los pacientes de la actividad es asimismo altamente satisfactoria. Por tanto, recomendamos la realización de estos seminarios.

En el contexto epidemiológico actual ha debido suspenderse la actividad al no ser aceptable reunir a varios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1127

1. TÍTULO

SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

pacientes en un mismo espacio cerrado. No obstante, una vez que pueda superarse esta situación, consideramos necesario que se fomenten este tipo de medidas educacionales, pues se ha demostrado que son una forma efectiva de fomentar el control de los factores de riesgo y el cumplimiento terapéutico a partir de la información, gozando además de una gran aceptación entre los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1127 ===== ***

Nº de registro: 1127

Título
SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO.

Autores:
MELERO POLO JORGE, MESEGUER GONZALEZ DANIEL, RIO SANCHEZ SARA CARMEN, BRICEÑO REVILLA JORGE, MURLANCH DOSSET ELENA, COIMBRA DURAN HUMBERTO ANTONIO, CANTERO LOZANO DANIEL, REVILLA MARTI PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes que padecen un Infarto agudo de miocardio (IAM) deben enfrentarse, junto al estrés de una patología con potencial riesgo vital, a una serie de cambios en su vida cuando salen de alta del hospital. En primer lugar, el control de factores de riesgo vascular: algunos de estos, como el tabaquismo, son difíciles de erradicar a largo plazo (según las últimas series hasta un 50% de los pacientes que deja de fumar por un infarto recae en el primer año) y otros como los hábitos dietéticos de calidad o el ejercicio físico son de difícil implementación. En segundo lugar, tras el diagnóstico de IAM, es necesario pasar a tomar un número elevado de pastillas, en muchos casos de por vida. La polifarmacia, bien aceptada en general por los pacientes en la fase aguda, es más cuestionada por los pacientes en los meses / años venideros, produciéndose en muchos casos la interrupción del tratamiento. El hecho de no proporcionar a los pacientes adecuada información puede influir de forma decisiva en esta conducta. Pensamos que el momento propicio para proporcionar información de calidad a los pacientes y a sus familiares es precisamente mientras todavía se encuentran ingresados, dado que en este momento la percepción del riesgo es mayor. Asimismo, creemos que el hecho de realizar seminarios grupales genera un refuerzo positivo en los pacientes, que comprenden que no son los únicos que pasan por esta situación.

RESULTADOS ESPERADOS

Los pacientes diana de nuestros seminarios serán todos aquellos pacientes ingresados en la planta de cardiología con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (así como sus familiares) y que deseen participar en los mismos (la asistencia será siempre, por supuesto, voluntaria). Como intervención, elaboraremos y expondremos semanalmente durante un año un seminario cuyas características se detallarán en el apartado siguiente. Los objetivos a conseguir son los siguientes:
- Explicar brevemente a los pacientes / familiares en qué consiste el infarto agudo de miocardio y qué causas pueden haber contribuido a haberlo padecido
- Detallar cuáles son las intervenciones que pueden ayudar a controlar los factores de riesgo vascular, disminuyendo así de forma muy significativa el riesgo de reinfarcto.
- Explicar cómo funcionan y en qué basan su eficacia los medicamentos más habituales que se prescriben tras un IAM, reforzando así la adherencia al tratamiento.
- Informar a los pacientes sobre cuestiones legales relevantes tras un IAM que pueden ser importantes tanto para su propia salud como para la de la población (plazo necesario para conducir, profesiones de riesgo, etc...)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1127

1. TÍTULO

SEMINARIOS PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REFORZANDO EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

MÉTODO

Se llevará a cabo, con periodicidad semanal (todos los miércoles), un seminario de unos 20 minutos de duración en la sala de sesiones de cardiología; El momento elegido será al acabar la actividad asistencial de la mañana, en torno a las 15:00h. Durante el pase de planta, se informará verbalmente a pacientes y familiares de la realización del seminario.

Los encargados de realizar esta actividad serán los residentes de cardiología del HCU Lozano Blesa, que elaborarán los temas que se van a explicar, y se ocuparán de impartir los seminarios.

Posteriormente, todos los interesados podrán formular las preguntas que estimen.

INDICADORES

Con el objetivo de tratar de establecer si el proyecto es efectivo, se elaborará una encuesta de satisfacción, que se solicitará al alta.

La encuesta será totalmente anónima, y en ella se planteará:

- En primer lugar, una valoración subjetiva sobre la actividad, su utilidad y si recomendarían que se hiciera de forma rutinaria.

- En segundo lugar, preguntar de forma abierta acerca de lo que han aprendido y qué otros temas les gustaría que se trataran, para adaptar en el futuro el temario a aquello que sea más útil.

DURACIÓN

Fecha de comienzo de proyecto: 01/05/2019

Fecha de finalización de proyecto: 01/05/2020

Duración: 12 meses.

01/05/2019 - 01/06/2019: durante este primer mes se elaborará el material necesario para la actividad (selección de los temas a discutir, búsqueda de bibliografía, elaboración de una presentación, diseño de la encuesta de satisfacción...)

01/06/2019 - 01/04/2020: durante 10 meses desarrollaremos la actividad de forma semanal, además de registrar la satisfacción de los receptores mediante una encuesta.

01/04/2020 - 01/05/2020: este último mes evaluaremos el éxito de la iniciativa analizando los resultados de la encuesta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1284

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTANEO

Fecha de entrada: 16/01/2021

2. RESPONSABLE ANA MARTINEZ LABUENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ ARROYO JOSE RAMON
REVILLA MARTI PABLO
MESEGUER GONZALEZ DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este proyecto era la elaboración de un algoritmo de tratamiento antiagregante y anticoagulante de aquellos pacientes diagnosticados de fibrilación auricular sometidos a la realización de un intervencionismo percutáneo a nivel de las arterias coronarias.

Se estima que el 6-8% de los pacientes que se someten a un intervencionismo coronario percutáneo (ICP) presentan fibrilación auricular. En este contexto, las guías de la European Society of Cardiology (ESC) de 2019 sobre enfermedad coronaria estable recomiendan el uso de ácido acetilsalicílico (AAS) + Clopidogrel en asociación, en pacientes candidatos (no portadores de prótesis valvular mecánica, sin estenosis mitral moderada-severa y sin insuficiencia renal severa) con anticoagulantes orales directos (ACOD) (Apixaban 5 mg/12 h, Dabigatran 150 mg/12h, Edoxaban 60 mg/24 h, Rivaroxaban 20 mg/24 h) como primera opción respecto a los antagonistas de la vitamina K (AVK).

La duración del tratamiento depende de dos factores: el riesgo isquémico y hemorrágico del paciente. Si prevalece el riesgo isquémico: en la enfermedad coronaria estable se recomienda la triple terapia durante al menos un mes independientemente del tipo de stent implantado; en el caso de síndromes coronarios agudos o casos con especial complejidad anatómica/procedimientos complicados se recomienda triple terapia durante 6 meses. Posteriormente, en todos los casos, está indicada doble terapia con un solo antiagregante (AAS o Clopidogrel) + ACO hasta los 12 meses. Transcurrido este tiempo, la evidencia actual recomienda continuar únicamente con la anticoagulación. Si prevalece el riesgo hemorrágico, se recomienda tratamiento con triple terapia antitrombótica durante un mes (clase de recomendación IIa) y continuar con ACOD + clopidogrel (ticagrelor y prasugrel están contraindicados en triple terapia) hasta cumplir 12 meses de tratamiento (clase de recomendación IIa). En este caso es posible considerar (clase de recomendación IIa) la reducción de dosis de rivaroxaban (15 mg) o dabigatran (110 mg cada 12 horas). En pacientes de muy alto riesgo hemorrágico, se puede plantear la toma de AAS durante sólo una semana y continuar posteriormente con Clopidogrel + ACO.

En el caso de pacientes que deban tomar tratamiento con AVK se recomienda un control estrecho, manteniendo el INR entre 2 y 2,5, con un tiempo en rango terapéutico (TTR) mayor del 70%.

Siguiendo todas estas consideraciones, se ha elaborado un algoritmo de actuación para el adecuado tratamiento de este tipo de pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado un algoritmo de tratamiento antiagregante y anticoagulante en pacientes diagnosticados de fibrilación auricular que son sometidos a un intervencionismo coronario percutáneo, teniendo en cuenta tanto el riesgo isquémico como el riesgo hemorrágico de estos pacientes.

Aunque el algoritmo ha sido desarrollado, todavía se encuentra pendiente de ser valorado en sesión conjunta del servicio de Cardiología para validarlo y así poder utilizarlo posteriormente en la práctica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto necesario dado el elevado número de pacientes de estas características que ingresan en el servicio de Cardiología. Queda pendiente la utilización en la práctica diaria del algoritmo elaborado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1284 ===== ***

Nº de registro: 1284

Título
PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTANEO

Autores:
MARTINEZ LABUENA ANA, RUIZ ARROYO JOSE RAMON, REVILLA MARTI PABLO, MESEGUER GONZALEZ DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1284

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIONAURICULAR SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTANEO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la edad adulta y se calcula que entre el 20 y el 30% de los pacientes con fibrilación auricular presentan enfermedad coronaria. Se estima que aproximadamente el 5-8% de los pacientes que se someten a un intervencionismo coronario percutáneo (ICP) presentan fibrilación auricular. Aunque los anticoagulantes orales y el tratamiento antiplaquetario doble ayudan a reducir el riesgo de ictus y acontecimientos isquémicos recurrentes, respectivamente, la combinación conduce a un aumento del riesgo de hemorragia. Actualmente se han publicado diversos estudios con la combinación de anticoagulantes orales directos (ACODs) y antiagregación simple o doble con buenos resultados de seguridad. Por ello creemos necesario homogeneizar la estrategias terapéutica en cuanto a fármacos y duración de los tratamientos en los pacientes con fibrilación auricular e intervencionismo coronario percutáneo bien electivo o por síndrome coronario agudo.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar el algoritmo de tratamiento al alta hospitalaria de los pacientes con fibrilación auricular sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (de forma programada o tras síndrome coronario agudo)

MÉTODO

- Elaboración del algoritmo de tratamiento antiagregante y anticoagulante
- Difusión del mismo en el servicio de Cardiología

INDICADORES

- Elaboración del protocolo y algoritmo de tratamiento (si/no)
- Número de pacientes con fibrilación auricular e ICP y recomendación de duración del tratamiento antitrombótico en el informe de alta * 100 / Número de pacientes con fibrilación e ICP
- Número de pacientes con fibrilación auricular no valvular e ICP en tratamiento con ACOD * 100 / Número de pacientes con fibrilación auricular no valvular e ICP

DURACIÓN

Abril-Mayo 2019 - Elaboración del protocolo / algoritmo de tratamiento
Junio 2019 - Difusión en el servicio de Cardiología
Mayo 2019-Enero 2020 - Recogida de datos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0554

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION

Fecha de entrada: 28/12/2020

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
BUENO FENERO SARA
SOLER LANZUELA FRANCISCO
SANCHEZ BUEY MILAGROS
CASTAÑO PRIETO CARMEN
RUBIO TORNER NATALIA
OCON BRETON JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la revisión del documento "borrador", se acordó realizar una serie de modificaciones del contenido del documento, de manera que se diferenciaron tres documentos informativos, con contenido común y contenido específico:

- Información a pacientes portadores de colostomía
- Información a pacientes portadores de ileostomía
- Información a pacientes portadores de derivaciones urinarias.

Se realizó la modificación oportuna del texto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha avanzado en el proyecto, del que se ha modificado su línea de trabajo inicial propuesta, pasando de elaborar uno a tres documentos informativos.

Los indicadores descritos en el proyecto y la anterior memoria se evaluarán a los 6 meses de la implementación de los documentos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de trabajo ha visto interrumpido su trabajo en este proyecto durante los meses de pandemia.

Aspectos pendientes:

Maquetar los textos y consensuarlos con el equipo multidisciplinar.

Presentación del nuevo proyecto final al jefe de servicio de Cirugía general, Urología y Supervisora de enfermería de ambas unidades.

Presentación a la unidad de Calidad y tras su aprobación, proceder a su uso y difusión.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/554 ===== ***

Nº de registro: 0554

Título

ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION, QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION

Autores:

DIARTE ABENIA MARIA CARMEN, SANZ PLUMED ANA VICTORIA, BUENO FENERO SARA, SOLER LANZUELA FRANCISCO, SANCHEZ BUEY MILAGROS, CASTAÑO PRIETO CARMEN, RUBIO TORNER NATALIA, OCON BRETON MARIA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades del aparato genitourinario
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0554

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES DIETETICAS PARA EL PACIENTE SOMETIDO A UNA INTERVENCION QUE CONLLEVE LA REALIZACION DE UN ESTOMA DE ELIMINACION

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el servicio de cirugía y la unidad de estomaterapia, detectamos la necesidad de proporcionar información escrita como soporte a la educación sanitaria realizada al paciente ostomizado, durante la hospitalización y tras el alta, en consulta ambulatoria. Actualmente disponemos de un tríptico de información general, realizado en el año 2012 en el marco de un proyecto de mejora de calidad, pero no de monográficos sobre otros aspectos en los que interesa profundizar, como es la dieta. En el monográfico de alimentación en ileostomías, se incluirá además un registro de débito por la ileostomía, los signos de alarma, y los pasos a seguir en caso de aparición de alguno de ellos.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: pacientes intervenidos en el hospital, a los que se les realiza una ostomía de eliminación. El objetivo principal del proyecto es mejorar la atención brindada a los pacientes sometidos a una cirugía que conlleva la realización de un estoma de eliminación.

Objetivos:

- a) Reforzar la información proporcionada verbalmente a los pacientes.
- b) Aumentar la seguridad y confianza en el autocuidado por parte del paciente/familia.
- c) Disminuir el número de consultas no programadas por dudas o complicaciones relacionadas con la dieta.
- d) Disminuir el número de asistencias de urgencias debido a complicaciones relacionadas con la dieta inadecuada (deshidratación, obstrucción...)
- e) Disminuir el número de reingresos debidos a complicaciones relacionadas con la dieta inadecuada.

MÉTODO

- a) Formación del equipo de trabajo multidisciplinar. En él se incorporan enfermeros del servicio de cirugía general, de la unidad de estomaterapia, del servicio de urgencias y de atención primaria, además de ser supervisado el proyecto por el servicio de nutrición.
- b) Búsqueda bibliográfica.
- c) Elaboración de documento "borrador". Este será entregado a cirujanos generales, enfermeros de cirugía, nutricionista, y a pacientes "expertos" que colaboran actualmente en el taller de educación a pacientes ostomizados y familiares. Tras su valoración y recogida de opinión se procederá a:
- d) Analizar el feed back recibido y redacción de nuevo documento con sus correcciones/aportaciones.
- e) Revisión y consenso por el equipo multidisciplinar.
- f) Presentación del proyecto final al equipo directivo del servicio: jefe cirugía, supervisora de unidad.

INDICADORES

El resultado de nuestro proyecto se evaluará por medio del impacto en el número de visitas no programadas a las consultas externas y a urgencias en el primer mes post-intervención. El objetivo será alcanzar ninguna visita no programada, relacionada con dudas sobre aspectos dietéticos. Así mismo se evaluará el grado de satisfacción de los pacientes por medio de entrevista en consultas. No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.

DURACIÓN

- ? -Inicio: marzo 2019: Reunión del equipo. Búsqueda bibliográfica.
- ? -Abril: Redacción de documento "borrador". Será consensuado con servicio de nutrición, y evaluado por al menos 2 cirujanos del servicio de cirugía general del hospital.
- ? -Primer martes de mayo: presentación a pacientes expertos del documento "borrador".
- ? -2ª Quincena de mayo: redacción del documento definitivo.
- ? -Junio: Implementación del documento como documento de apoyo educativo a todos los pacientes ostomizados intervenidos a partir de ese momento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0162

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES

Fecha de entrada: 27/11/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GIMENO ORNA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLADA DEL HOYO JESUS
MONZON LOMAS FRANCISCO JOSE
RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN
TEJERO JUSTE CARLOS
CARRANZA NAVARRO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

No han podido realizarse reuniones dada la situación de COVID y la necesidad de aportar todos los servicios personal para su atención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ninguno
Queda pendiente de retomar tras normalización de la situación asistencial

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Necesidad de tiempo para poder realizar la actividad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/162 ===== ***

Nº de registro: 0162

Título
CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES

Autores:
GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, CEBOLLADA DEL HOYO JESUS, MONZON LOMAS FRANCISCO JOSE, RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN, TEJERO JUSTE CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La presencia de diabetes (tipos 1 y 2) incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. A pesar de un control metabólico adecuado y de un tratamiento de los factores de riesgo vascular hasta alcanzar los objetivos recomendados por las guías clínicas, el riesgo cardiovascular residual de algunos pacientes con diabetes puede ser muy elevado. Es necesario por ello estratificar de la forma más precisa posible el riesgo vascular del paciente individual.

El riesgo cardiovascular más extremo se presenta en pacientes con DM y afectación de varios territorios vasculares (fenotipo vascular maligno) y en pacientes con ERC avanzada. Por ello es un grupo diana óptimo para intensificar las medidas terapéuticas.

Estrategias consolidadas para mejorar el pronóstico de los sujetos son la reducción agresiva del colesterol LDL y de la presión arterial, la consecución del mejor control posible de la HbA1c sin inducir hipoglucemias y utilizando fármacos que han demostrado beneficio cardiovascular y el empleo de antiagregantes en los pacientes de mayor riesgo inicial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0162

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención a los pacientes con DM y riesgo vascular extremo
- Facilitar la coordinación entre especialidades orientada a reducir el riesgo vascular residual de los pacientes con DM y riesgo vascular extremo.
- Creación de un grupo multidisciplinar compuesto por distintas especialidades involucradas en el manejo de estos pacientes.
 - Medicina Interna
 - Endocrinología
 - Cardiología
 - Neurología
 - Nefrología
- Generación de una base de datos compartida para investigación epidemiológica

MÉTODO

Se plantea la apertura de una agenda semanal (CMDMRR) atendida rotatoriamente por facultativos de los servicios de endocrinología, nefrología y medicina interna. Esto permitirá centralizar la atención a los pacientes disminuyendo el número de consultas a las que asistir, ya que estos pacientes pueden ser susceptibles de ser visitados en múltiples especialidades.

Se garantizará la existencia de un circuito fluido de derivación en caso necesario de los pacientes a las agendas propias de cada especialidad.

La selección de pacientes se realizará por los representantes del proyecto de cada uno de los servicios implicados. Cada Servicio tendrá conocimiento de la oferta asistencial de la nueva consulta y planteará potenciales candidatos al responsable de ese Servicio incluido en el proyecto. También se contempla la incorporación de pacientes enviados desde la consulta de pie diabético del hospital provincial por parte del cirujano vascular del sector III.

INDICADORES

- 1.- Puesta en funcionamiento de la consulta
- 2.- Porcentaje de pacientes con realización de todas las exploraciones complementarias de cribado: estándar > 70%
- 3.- Porcentaje de pacientes con todos los FR controlados según los objetivos fijados: estándar > 50%

DURACIÓN

Implantación y apertura de la agenda en 2019 y mantenimiento de modo indefinido

OBSERVACIONES

El enfoque principal es la reducción del riesgo residual de pacientes con diabetes de riesgo extremo. Se priorizará la selección de aquellos pacientes que por su mayor esperanza de vida y mejor situación funcional puedan experimentar mayor beneficio de un tratamiento intensivo.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con DM tipo 1 y más de 20 años de evolución de la DM (preferentemente con afectación microvascular)
- Pacientes con DM tipo 2 y que hayan presentado
 - Síndrome coronario agudo
 - Ictus isquémico no cardioembólico
 - Pie diabético con un componente de afectación vascular
- ERC preferentemente con macroalbuminuria

Criterios de exclusión

- Limitación de la esperanza de vida por comorbilidades
- Edad > 65 años
- Dependencia funcional
- ERC estadio 5D no candidato a trasplante

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1316

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 15/01/2021

2. RESPONSABLE JOSE LUIS SIERRA MONZON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORALES MORALES JOSE MARIA
LUQUE GOMEZ PILAR
VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN
VALDRES CARROQUINO PEDRO
SANJOAQUIN CONDE ISABEL
BERNUES BERGUA TERESA
SUÑER GARCIA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la memoria de seguimiento, ya se indicó que se había evaluado la solicitud de pruebas diagnósticas microbiológicas y la adecuación de los tratamientos administrados con respecto a las recomendaciones locales de la guía PROA y que se actualizaron las recomendaciones de la guía PROA en función de nuevas recomendaciones bibliográficas (guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la NAC de la American Thoracic Society y la Infectious Diseases Society of America).

Con estas recomendaciones actualizadas, se impartieron 3 sesiones, a las que se hacía referencia en la memoria de seguimiento, y se completaron una cuarta y una quinta en la Unidad de Cuidados Intensivos y en el Servicio de Medicina Interna.

Finalmente se evaluó el impacto de las sesiones formativas en el manejo de la NAC. Para ello se analizaron las pruebas microbiológicas solicitadas y tratamientos empíricos instaurados en los pacientes que ingresaron con diagnóstico de NAC durante los meses de diciembre 2019 y enero 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Informe con los estándares de calidad diagnóstico-terapéuticos consensuados para el manejo de la NAC: Sí.

Informe con los resultados de la verificación de los estándares de calidad de manejo de pacientes con NAC: Sí

Propuesta de actividad de mejora que incluya actividades y cronograma: Sí

Número de sesiones informativas presentadas: 5.

Evaluación del impacto de la implementación de la actividad de mejora mediante informe con los resultados de verificación de los estándares de calidad tras la intervención de mejora: Sí.

Se han completado las sesiones informativas de los resultados obtenidos en la revisión realizada de los ingresos por NAC y con las nuevas recomendaciones PROA de obtención de test microbiológicos y de tratamiento en todos los servicios implicados en este proyecto (Enfermedades Infecciosas, Urgencias, Neumología, Medicina Interna y UCI). De la revisión clínica realizada, se obtuvo que solamente en el 25% de los casos ingresados con diagnóstico de NAC se habían realizado las pruebas microbiológicas recomendadas y que solo en el 55% de los pacientes el tratamiento se adecuaba a las recomendaciones terapéuticas vigentes.

Tras la actualización de las recomendaciones en nuestra guía PROA y las sesiones formativas, el porcentaje de adherencia a las recomendaciones instauradas pasó de 25 a un 41% en el caso de solicitud de estudios microbiológicos. Inicialmente, el 60% de los pacientes presentaban indicación de hemocultivos, solicitándose en el 35% de los casos. En el análisis posterior el porcentaje aumentó a un 52% de pacientes que cumplían criterios y los que se les realizó. En el análisis inicial al 76% de los casos no se realizaron cultivos de esputo, cifra que disminuyó al 47%, siendo esta la medida que más impacto ha tenido en el estudio. El antígeno de neumococo y legionella se recogió en el 34% de los pacientes antes de las medidas instauradas, siendo de un 42% tras las mismas.

En cuanto al tratamiento, la adherencia a la guía de antibioterapia empírica fue del 53% aproximadamente antes de las medidas instauradas por este proyecto, no existiendo diferencias en cuanto a mortalidad entre los pacientes en los que se cumplían las recomendaciones respecto a aquellos en los que no se cumplían. Tras la puesta en marcha del proyecto la adherencia a las recomendaciones ha pasado a un 66%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Del presente proyecto concluimos que la actualización constante y periódica de las recomendaciones propuestas por la guía PROA es necesaria para caminar de la mano de la mejor evidencia científica disponible. Probablemente una proporción de la mejora del porcentaje de adherencia a las recomendaciones terapéuticas se deba a que parte de los profesionales ya seguía la mejor evidencia disponible: en la actualización de la guía PROA no se indica necesidad de tratamiento combinado (betalactámicos con macrólidos) a todos los enfermos que ingresan, como sí ocurría con las anteriores recomendaciones.

Es fundamental recordar su modo de uso y el recuerdo periódico de las mismas en los servicios implicados en el manejo de la NAC.

La optimización de solicitud de pruebas microbiológicas, previo al inicio de tratamiento antibiótico,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1316

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

permitirá poder adecuar el tratamiento dirigido de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

El objetivo inicial era realizar el análisis tras las medidas instauradas con todos los ingresos por NAC durante los meses de enero a junio, pero el estallido de la pandemia COVID-19 ha supuesto muchos retos a nuestro sistema sanitario. Uno de ellos ha sido la manera en que se aborda el manejo de enfermos con infecciones respiratorias. Por lo que creemos que el análisis de las pruebas microbiológicas solicitadas y de tratamiento antibiótico instaurado durante estos meses no es comparable a los meses prepandemia. Damos, pues, el proyecto por concluido con el análisis de los meses de diciembre y enero.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1316 ===== ***

Nº de registro: 1316

Título
IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO2019

Autores:
SIERRA MONZON JOSE LUIS, MORALES MORALES JOSE MARIA, BERNUES BERGUA TERESA, LUQUE GOMEZ PILAR, VICENTE DE VERA CARMINA, SUÑER GARCIA SARA, VALDRES CARROQUINO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La NAC es una de las principales causas de infección que requieren ingreso hospitalario en el que se ven implicados diversos servicios hospitalarios (Urgencias, Medicina Interna, Neumología, Enfermedades Infecciosas, UCI). El diagnóstico y la instauración de un tratamiento eficaz precoces inciden de manera importante en la morbimortalidad de este cuadro.

El propósito del presente proyecto es evaluar el grado de adherencia a la guía disponible, la adecuación de las recomendaciones a las nuevas guías de práctica clínica y a la realidad microbiológica de nuestro medio así como consensuar con los diferentes servicios implicados en la atención de la NAC de los estándares de calidad a implementar.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consensuar los estándares de calidad en el manejo de las NAC en función de las guías de práctica clínica vigentes.
2. Evaluar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad en una muestra de pacientes con NAC atendidos en el HCUZ en 2018
3. Identificar las principales oportunidades de mejora y las principales barreras existentes para lograr la mejora de la calidad asistencial
4. Diseñar una intervención multimodal dirigida a contrarrestar las barreras identificadas
5. Implementar la intervención de mejora en los servicios implicados
6. Evaluar el impacto de la intervención de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1316

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO

MÉTODO

1. Revisión de literatura y selección consensuada por todos los servicios implicados de los estándares de calidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la NAC
2. Diseño de la hoja de recogida de datos (CDR) y revisión de historias clínicas
3. Informe sobre la calidad del manejo diagnóstico-terapéutico de la NAC en el HCUZ e identificación de las principales barreras
4. Diseño de la intervención de mejora
5. Presentación de los resultados de la actividad y de la intervención de mejora en los cuatro servicios clínicos implicados (Urgencias, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas)
6. Implementación de la intervención de mejora en los servicios implicados

INDICADORES

- Informe con los estándares de calidad diagnóstico-terapéuticos consensuados para el manejo de la NAC (Sí/No)
- Informe con los resultados de la verificación de los estándares de calidad de manejo de pacientes con NAC (Sí/No)
- Propuesta de actividad de mejora que incluya actividades y cronograma
- Número de sesiones informativas presentadas (favorable si =3/4)
- Evaluación del impacto de la implementación de la actividad de mejora mediante informe con los resultados de verificación de los estándares de calidad tras la intervención de mejora

DURACIÓN

- Marzo 2019: Revisión de la literatura y selección y consenso de los estándares de calidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la NAC
- Abril 2019: Diseño del CRD y revisión de historias clínicas
- Mayo-junio 2019: Informe sobre la calidad del manejo diagnóstico-terapéutico de la NAC en el HCUZ e identificación de las principales barreras
- Julio-agosto 2019: Diseño de la intervención de mejora
- Septiembre 2019: Presentación de los resultados de la actividad en los cuatro servicios clínicos implicados (Urgencias, Medicina Interna, Neumología y Enfermedades Infecciosas) e
- Octubre-Diciembre 2019: Implementación de la intervención
- Finales diciembre 2019: Evaluación del impacto de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0840

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCION Y PREVENCION DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 10/12/2020

2. RESPONSABLE PABLO JORGE SAMITIER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El desarrollo del proyecto se ha visto influenciado de manera negativa desde marzo de 2020 debido a la pandemia de covid 19. Desde marzo de 2020 las plantas de medicina interna han modificado su actividad hacia la atención de pacientes covid y por tanto los pacientes típicos de las unidades de medicina interna han tenido que ser trasladados a diferentes plantas, en función de las necesidades de organización del Hospital. Esto ha supuesto un freno importante a la hora de iniciar la instauración del protocolo al no tener plantas definitivas de medicina interna donde implantarlo.

1. Durante el año 2020 se desarrolla por completo el protocolo conforme a la plantilla de la unidad de calidad del HCU Lozano Blesa.

2. Inicio de estudio descriptivo de incidencia del delirium en planta de medicina interna/covid + desde noviembre de 2020. Aprobado por la Dirección del HCU Lozano Blesa en octubre 2020.

3. Realización y organización de curso moodle de 10h de duración sobre el delirium agudo en el anciano para su implantación en plataforma de formación online del servicio aragonés de salud. Destinado al personal de enfermería y medicina. Este curso será utilizado para la formación del personal destinado a implantar y mantener el protocolo en funcionamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aún con retraso con respecto al cronograma inicial, durante el año 2020 se finaliza el protocolo y se encuentra en el punto adecuado para ponerlo en marcha en cuanto las condiciones necesarias de estabilidad en las unidades de medicina interna se mantengan.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se espera que durante el año 2021, tras la vacunación de la población, pueda volver a la normalidad la asistencia en las unidades de medicina interna y se pueda iniciar la formación del personal de las unidades implicadas en la implantación del protocolo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/840 ===== ***

Nº de registro: 0840

Título
PROTOCOLO DE ATENCION Y PREVENCION DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN EL ANCIANO EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA

Autores:
JORGE SAMITIER PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa, ingresan fundamentalmente personas mayores de 75 años. Durante los ingresos hospitalarios, la unión de diversos factores, pueden ocasionar cuadros de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0840

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCION Y PREVENCION DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA

desorientación temporoespacial e incluso de agitación psicomotriz. Es lo que se conoce como SCA. Este constituye una complicación frecuente y perjudicial entre los ancianos, siendo además un síntoma de emergencia médica. Es el segundo síndrome psiquiátrico más prevalente en la esfera hospitalaria y su incidencia aumenta con la edad. Su presencia en el anciano se asocia a una elevada morbilidad y a una mayor mortalidad. Es además un predictor de institucionalización y rehospitalización e implica un incremento de los días de estancia hospitalaria y un aumento de los costes sanitarios asociados. Su evolución es variable, bien hacia la curación o bien puede provocar la muerte. Para el sistema sanitario es un problema importante de salud pública, dado su relevante impacto negativo a nivel bio-psico-social en la integridad del paciente y su entorno. La aparición del SCA genera angustia en el paciente, los cuidadores y los propios profesionales. El SCA puede durar horas, incluso día. Existen una serie de factores predisponentes y factores precipitantes que deberían ser tenidos en cuenta de cara a poder prevenir y/o atender el SCA. Es por ello que, la intervención preventiva contribuiría a mejorar el desarrollo, pronóstico y evolución de los ingresos hospitalarios. Estableciendo un plan de cuidados de enfermería estandarizado y un protocolo de actuación al ingreso en planta, nos podemos anticipar a la aparición del delirio. Una vez se ha instaurado el delirium, el tratamiento inicial se basa en identificar la causa que lo ha precipitado y actuar sobre ella. En los casos más graves se recurre al tratamiento farmacológico y la contención mecánica como último recurso y siempre bajo prescripción facultativa.

RESULTADOS ESPERADOS

- Analizar la situación del SCA en el anciano en las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa.
- Implantar un protocolo multidisciplinar de atención y prevención del SCA en las 4 unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa
- Disminuir la incidencia de casos de SCA en los pacientes ingresados en las unidades de medicina interna.
- Disminuir el número de casos de SCA que precisan contención farmacológica y/o mecánica durante el ingreso en las unidades de medicina interna.

MÉTODO

Plan de Comunicación: 1º al Jefe de servicio con el fin de incluirlo en el Contrato de Gestión de las Unidades de MI, Reunión con FEAS y RMI solicitando su colaboración y participación en el proyecto. Segundo reunión con Supervisoras de Enfermería solicitando colaboración y participación en el proyecto asegurando la continuidad del mismo mediante formación de las profesionales recién llegadas. Reunión con Enfermeras y TCAEs solicitando colaboración y participación en la confección del proyecto de manera voluntaria. Comunicación a las enfermeras gestoras de casos del hospital con el fin de poder incluir aspectos relacionados con el SCA en el anciano en los talleres de cuidadores informales. Revisión bibliográfica sobre el SCA en el anciano, su prevención y atención al caso agudo. Confección del protocolo de prevención, valoración inicial de enfermería, planificación de cuidados y diagrama de flujo en la atención al SCA en el anciano. Confección del Plan de Investigación de la situación del SCA en el anciano en las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa. Diseño del proyecto de mejora como protocolo de actuación clínica multidisciplinar

INDICADORES

Nº de pacientes con protocolo implantado presente en la historia clínica/ Nº pacientes ingresados. x año
Nº de pacientes que sufren SCA durante el ingreso hospitalario/Nº ingresos hospitalarios. x año
Nº de pacientes con SCA y precisan contención farmacológica y/o mecánica/Nº de pacientes con SCA en el año. x año

DURACIÓN

Proyecto de investigación de corte retrospectivo descriptivo para establecer un estado de situación del grado de incidencia del SCA en el anciano en las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa. Marzo 2019-marzo 2020. Plan de Comunicación (marzo-abril 2019). Responsable de la implantación-Dueño del proceso. La realización del protocolo (mayo-junio 2019). Responsable de la implantación- Dueño del proceso y Colaboradores médicos y enfermeros. Reuniones con médicos, enfermeras y TCAEs para valorar la necesidad de establecer cambios organizativos, especialmente en lo concerniente a la movilización de los pacientes (sedestación, deambulación) (mayo-junio 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1001

1. TÍTULO

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 01/01/2021

2. RESPONSABLE RUBEN RODRIGUEZ IBAÑEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AGUILERA ENGUITA NATALIA
MARTIN CARPI ANA ISABEL
CASASUS ARTAL EVA GLORIA
RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR
TORRES GARCIA MARIA ELENA
CASTELLANO PALLARES ELSA
OLMOS BAQUEDANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos hemos centrado en actividades encaminadas a cuantificar el nivel de autoestima, así como factores (dolor, apoyo social cercano y autonomía) que creemos influyentes directamente en el bienestar del paciente, e inherentes en su día a día, para pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.

Estas actividades han consistido en la elaboración del material didáctico necesario para llevar a cabo el proyecto y seguimiento, compuesto por, la escala validada de Autoestima de Rosenberg, intervenciones NIC relacionadas con los diagnósticos referentes a la autoestima y unas hojas de seguimiento donde cuantificamos el autoestima antes y después de la aplicación de las intervenciones.

Por otro lado hemos llevado a cabo medidas formativas e iniciativas para contar con la colaboración del personal sanitario, así como para promover la involucración de las familias y cuidadores más cercanos, en los casos necesarios. También hemos establecido unas intervenciones NIC, así como su aplicación, basadas en escucha activa, asesoramiento, apoyo emocional, potenciación de la autoestima para la mejora y el mantenimiento de un nivel de autoestima y de autonomía correcto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En primer lugar, se ha conseguido una mayor participación del personal encaminada a favorecer la autonomía y la autonomía funcional de los pacientes.

El número de reuniones, cuyo nivel estándar era una cada mes, se ha logrado de forma notoria, logrando realizar una reunión al mes con un porcentaje de asistencia media del 70%.

En cuanto a los valores cuantitativos para valorar los indicadores del proyecto, nos vamos a centrar en una muestra de 62 pacientes. Así pues, de acuerdo a los resultados obtenidos, podemos establecer:

Número de pacientes mayores de 60 años valorados: 62, siendo el nivel estándar un mínimo de 40 pacientes valorados.

Un 66 % de los pacientes valorados cuenta con apoyo social cercano antes de las intervenciones, disminuyendo hasta un 48 % tras la aplicación de las intervenciones.

Al inicio del estudio un 60 % se evaluó con autoestima baja, un 31 % con autoestima media y un 10 % con autoestima elevada, obteniendo como resultado tras la aplicación de intervenciones un 23 % con autoestima baja, un 44 % con autoestima media y un 34 % con autoestima elevada.

De este modo observamos, un aumento del nivel de autoestima de esta muestra de 62 pacientes tras la aplicación de las intervenciones, con una disminución del bajo nivel de autoestima en un 37 %.

No obstante, debido a la situación excepcional del Covid-19, se ha visto mermada tanto la mayor autonomía del paciente como la posibilidad de contar con el apoyo social familiar necesario, aspectos indudablemente ligados al nivel de autoestima del paciente. Prueba de ello es que en la etapa pre-covid se logro un aumento del 12% en el apoyo social tras la aplicación de las intervenciones, mientras que en el etapa covid se produjo una disminución del 18% en dicho apoyo social.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Podemos mencionar que hemos logrado evaluar e identificar a pacientes con baja autoestima situacional, en gran medida debido al proceso de hospitalización y lo que ello conlleva, así como mejorar el nivel de dicho autoestima.

Además hemos logrado aumentar la implicación social y familiar, así como el de los profesionales del servicio, obteniendo un mayor número de adultos mayores motivados, mostrando actitudes de autocuidado y afrontamiento necesarias para aquellos cambios propios de la edad y del propio proceso de hospitalización, aunque viéndose mermados estos resultados debido a la situación actual del Covid-19.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1001

1. TÍTULO

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Para concluir, recalcar que el cuidado del adulto mayor requiere incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, como principal medida para favorecer su autonomía jugando enfermería un papel fundamental en torno a la percepción del sentirse bien y al desarrollo de las potencialidades humanas dirigidas a favorecer, desarrollar y restablecer el bienestar del individuo.

Como resultado de nuestras intervenciones tendremos un mayor número de adultos mayores motivados, con las herramientas necesarias para enfrentar acontecimientos estresantes propios de la edad, adhiriendo a sus tratamientos, mostrando actitudes de autocuidado y estrategias de afrontamientos necesarias para aquellos cambios físicos o psicológicos propios de la edad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1001 ===== ***

Nº de registro: 1001

Título
MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Autores:
RODRIGUEZ IBANEZ RUBEN, AGUILERA ENGUITA NATALIA, MARTIN CARPIO ANA ISABEL, CASASUS ARTAL EVA GLORIA, RODRIGO AYLAGAS MARIA PILAR, TORRES GARCIA MARIA ELENA, CASTELLANO PALLARES ELSA, OLMOS BAQUEDANO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología causante de la estancia hospitalaria.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años se ha generado un especial incremento de la población de la tercera edad, así como el interés por conocer el bienestar de las personas mayores, consecuencia del aumento de las expectativas de vida de la población mayor en los países desarrollados.

La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el buen estado emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante a todas las áreas de la vida, como establece el estudio de Mercedes Zavala G. Así pues, observándose su directa relación con el bienestar general de la persona, sería posible considerar la autoestima como un buen indicador de salud mental y de la calidad de vida a largo plazo.

Entre los determinantes más fuertes de la autoestima en ancianos se encuentra el apoyo social y la autonomía funcional, aspectos, habitualmente perjudicados, en los procesos agudos a los que se ven expuestos los pacientes propios de la Unidad de Medicina Interna.

Por ello, y ante la detección de pacientes con una baja autoestima manifestado por sentimientos de tristeza, soledad y pesimismo ante la hospitalización, consideramos relevante en nuestra unidad de MIC, el llevar a cabo un proyecto de mejora basado en la prevención y afrontamiento de la baja autoestima situacional relacionado con el deterioro funcional y social, entre otros, ante los que permanecen expuestos la mayoría de pacientes de nuestra unidad, así como el mantenimiento de la misma. Logrando así, una mejor y breve recuperación y un menor número de complicaciones potenciales durante su estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificación temprana de pacientes mayores de 60 años con problemas de autoestima.
- Elección de la escala más apropiada para la cuantificación de la autoestima, así como su puesta en marcha, en al menos un mínimo de 40 pacientes.
- Mantenimiento o consecución del nivel óptimo de autoestima del paciente mayor de 60 años, obteniendo una estancia hospitalaria de mayor calidad, evitando posibles complicaciones potenciales y logrando una mayor implicación tanto del personal como del paciente y su entorno social.
- Identificación de las intervenciones más adecuadas en el paciente mayor de 60 años hospitalizado con el diagnóstico de baja autoestima situacional.

MÉTODO

Proyecto encaminado hacia las acciones de mantener un funcionamiento normal para mejorar el estado de ánimo, suprimir síntomas evitando el dolor y el sufrimiento que estos producen, lograr la mínima interrupción de actividades, trabajo y responsabilidades, minimizar las consecuencias producidas en la vida familiar y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1001

1. TÍTULO

MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACION

colaborar en el proceso de recuperar la salud descubriendo los puntos fuertes y débiles de nuestra personalidad.

Por otro lado un aspecto muy importante es la prevención frente a este trastorno del ánimo la cual se puede llevar a cabo mediante acciones como el equilibrio afectivo, controles periódicos, realización de las escalas que valoran la autoestima, limitar la soledad, tener capacidad de afrontamiento, fortalecer vínculos personales, aprender a pedir ayuda o tener hábito de una actividad o ejercicio físico, entre otras.

Para llevar a cabo dichas acciones se intentará contar con la colaboración activa tanto del personal sanitario de la unidad de MIC, como de los familiares/cuidadores del entorno de cada paciente. Además el uso de recursos materiales como material didáctico para la evaluación de la autoestima de los pacientes (escalas), para su seguimiento durante la estancia hospitalaria y para la formación en este ámbito. Todo ello quedará reflejado y analizado en las reuniones con carácter mensual entre los miembros del equipo.

INDICADORES

La evaluación del proyecto y objetivos será llevada a cabo mediante los indicadores cuantitativos y cualitativos:

- Número de pacientes mayores de 60 años a los que se les ha aplicado la escala de valoración de la autoestima, siendo el nivel mínimo de 40 pacientes.
- Numero de pacientes estudiados en el proyecto entre los cuales su entorno social cercano se muestra participativo en las acciones de autoestima.
- Porcentaje de pacientes mayores de 60 años evaluados con resultado de nivel bajo, medio o alto de autoestima.
- Porcentaje de pacientes con resultado de baja de autoestima, con incremento del nivel de esta-, tras la aplicación de las intervenciones.
- Porcentaje de pacientes con resultado de media o elevada autoestima, con disminución del nivel de esta, tras la aplicación de las intervenciones.
- Número de reuniones entre los miembros del proyecto, siendo el nivel estándar de una cada mes.
- Participación y colaboración del resto del personal de la unidad.
- Incremento del nivel de satisfacción de paciente y familia durante la estancia hospitalaria.

DURACIÓN

Se prevé una duración anual del proyecto, con fecha de inicio desde la aprobación y con fecha fin de un año desde su inicio, con opción de duración prorrogable.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0808

1. TÍTULO

REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS HOSPITAL CLINICO

Fecha de entrada: 31/12/2020

2. RESPONSABLE CARMEN CRIADO MAINAR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLASCO PARIS SANDRA
TELLO SANCHO MATILDE
PEREZ VALLE RAQUEL
PEREZ MAINAR LAURA
MORENO CUARTERO ANGELES
ALVIRA MATEO FRANCISCA
VIZARRAGA SIMON MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El día 11 de Noviembre de 2019 se inauguro la nueva Unidad de Diálisis del HCU, se pudo dejar libre la UCI que habíamos ocupado a lo largo de tres meses, en el plazo previsto . El traslado se realizó por parte del personal de la unidad y se configuró el espacio de una forma provisional para poder comenzar la actividad de un día para otro. Constatando que las instalaciones y La Planta de Aguas cumplían con las normas técnicas obligatorias y de seguridad, el Jefe de servicio autorizó la apertura, faltando muchos pequeños detalles que con los días y las semanas fuimos perfilando.

Previamente se comunicó a los pacientes por escrito y verbalmente de la apertura de la nueva Unidad y de los horarios de atención a los pacientes crónicos, así como a los servicios de transporte. Se les informo de las nuevas instalaciones y del uso que se les iba a dar. Se informa también al servicio de hostelería del hospital y al almacén del hospital del regreso a la ubicación de siempre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consigue una Unidad de Diálisis nueva y moderna con todos los últimos adelantos para dializar a los pacientes, doble osmosis, circuito centralizado (se disponía de ello pero ya la instalación era muy antigua y necesitaba la reforma) con un sistema de registro informático Nefrolink, que permite monitorizar al paciente de forma constante desde su entrada a la sesión hasta la finalización de la misma, consiguiendo con ello una mejora en la eficiencia en cada sesión de diálisis y con ello un mejor control y seguimiento de cada paciente.

Se consigue un funcionamiento de la Unidad con las mismas directrices de la dirección del servicio:

- Sala de crónicos con un total de ocho puestos.
- Sala de pacientes agudos con un total de tres puestos.
- Un puesto para aislamiento.
- Una Consulta tratamientos ambulatorios, para visitar pacientes nefrólogos y enfermeras.
- Una sala blanca de curas para la inserción de catéteres vasculares y realización de biopsias.

Se instala un sistema de almacenamiento llamado Kanban, que permite un mejor control de material tanto para su uso como para su reposición, gracias a su informatización y su sistema de pedidos en línea.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A los seis meses se realiza revisión de seguimiento del proyecto, valorando positivamente cada sala y cada ubicación de la nueva unidad confirmando el cumplimiento de los estándares establecidos. Después de un año de funcionamiento comprobamos cada día, que los pacientes crónicos que vienen a su tratamiento tres veces por semana, disponen de unas instalaciones que les permiten cada día una sesión mas confortable. Todos los medios informáticos a nuestro alcance nos ayudan a hacer más fácil el trabajo diario y nos permiten aportar efectividad. Se establece como pauta una revisión anual integral de la Unidad para valorar las áreas de mejora y poder subsanar problemas o deficiencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/808 ===== ***

Nº de registro: 0808

Título
REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS HOSPITAL CLINICO

Autores:
CRIADO MAINAR CARMEN, BLASCO PARIS SANDRA, TELLO SANCHO MATILDE, ALVIRA MATEO FRANCISCA, GARCIA LANZAN MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0808

1. TÍTULO

REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS HOSPITAL CLINICO

JOSE, VIZARRAGA SIMON MARIA PILAR, SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION, TOBIAS RUIZ ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Insuficiencia Renal
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La unidad de Diálisis del Hospital Clínico Lozano Blesa situada en la planta semisótano, cuenta con unas instalaciones antiguas de más de treinta años, que no han sido reformadas en ningún momento, de hecho la ubicación actual de la unidad se contempló entonces de forma provisional, esperando una reforma o un emplazamiento diferente.

Son instalaciones viejas, obsoletas y en algunas ocasiones podríamos definir las como insuficientes e inapropiadas. Con el paso del tiempo esta situación ha ido empeorando y las deficiencias interfieren en el trabajo diario.

RESULTADOS ESPERADOS

La reforma de la unidad será un beneficio en primer lugar para los pacientes y también para el personal, que unos podrán beneficiarse de unas instalaciones modernas, adecuadas y la plantilla mejorará sus condiciones de trabajo, adecuándose las nuevas instalaciones a la misma línea de la unidad nueva en el Centro de Especialidades Inocencio Jiménez, dependiente del Hospital Clínico.

Los pacientes que serán objeto de la mejora son :

- Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo renal en programa de hemodiálisis-
- Pacientes con insuficiencia renal aguda que precisen de instauración de acceso vascular y tratamiento de hemodiálisis de forma aguda.
- Pacientes crónicos o agudos portadores de virus positivos que precisen aislamiento del resto de pacientes.
- Pacientes de la Unidad de Críticos del hospital que se beneficiará de una mejor y más avanzada tecnología para sus tratamientos dialíticos.

MÉTODO

Reuniones con la dirección para estructurar las obras de la reforma.

Reuniones con la empresa que resulte adjudicada por concurso.

Traslado provisional de la unidad actual a la ubicación que la dirección determine.

Reuniones con los pacientes crónicos para informar del nuevo proyecto y la ubicación provisional.

Informar a los servicios de transporte de los pacientes crónicos de los cambios, y coordinar las modificaciones.

Reuniones con la plantilla para definir estrategias para la nueva organización provisional.

INDICADORES

- Funcionamiento con las mismas directrices de la dirección del servicio de:

Sala de pacientes crónicos

Sala de pacientes agudos

Puesto para aislamiento

Sala blanca o quirófano para la inserción de catéteres vasculares y realización de biopsias.

DURACIÓN

Marzo de 2019 Sale a concurso la licitación de las obras.

Junio 2019 comienzan las obras de reforma de la unidad, que tienen que coincidir con el período vacacional, puesto que la actual unidad se cerrará por completo, la dirección tiene que reubicar el servicio de forma provisional aprovechando los cierres estivales de ici, planta...

Octubre 2019 la reforma debe estar concluida, puesto que finalizan los cierres de verano.

Noviembre 2019 la Unidad estará finalmente instalada en la nueva unidad.

A los seis meses se realizará una revisión de seguimiento del proyecto, valorando sí cada sala y ubicación de la nueva unidad cumple con los estándares establecidos y evaluando estos resultados obtenidos hasta el momento.

Al frente de las obras de la unidad el jefe de servicio, el jefe de sección y la supervisora de la unidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0808

1. TÍTULO

REFORMA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS HOSPITAL CLINICO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0593

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROCESO DE CANALIZACION Y DERIVACION COMPARTIDA DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN VMNI

Fecha de entrada: 14/01/2021

2. RESPONSABLE MARIA HERNANDEZ BONAGA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OBON AZUARA BLANCA
GUZMAN AGUILAR JESUS
TARI FERRER ELVIRA
JORDAN DOMINGO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han realizado cambios estructurales en el hospital, disponiendo en la actualidad de una Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI)
- Se han realizado cambios en los horarios y turnos de trabajo
- Se han concretado
 - o las características de los pacientes que requieren valoración por el S de Neumología a su llegada al hospital en el S de Urgencias
 - o Los criterios de admisión en la misma tanto desde el S de Urgencias, como desde el S de Medicina Intensiva
 - o Los criterios de derivación al S de Medicina Intensiva
- Se han elaborado diversos protocolos y procedimientos de actuación de utilidad tanto para el S de Neumología como para el resto del hospital. En estos protocolos cabe destacar la orientación multidisciplinar de los miembros que han colaborado en su elaboración.
 - o Protocolo de Oxigenoterapia en el paciente hospitalizado
 - o Procedimiento de VMNI
 - o Procedimiento de OAF
- Se ha elaborado el borrador del documento. Dadas las circunstancias actuales no se ha presentado el documento definitivo, esto se realizará el año 2021 y una vez ultimado se presentará en Dirección.
- Se han impartido sesiones de difusión en el Servicio de Medicina Interna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento actual no ha sido posible contar con cuantificación de resultados alcanzados. Durante los años 2021 y 2022 se procederá a su medición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Para optimizar la atención sanitaria a los pacientes con insuficiencia respiratoria resulta indispensable la implicación activa de varios servicios del hospital, con los que se ha trabajado de manera conjunta.
- Ha sido preciso elaborar documentación conjunta que afecte a la totalidad del hospital y no circunscribirse únicamente al Servicio de Neumología.
- El modo de trabajo se ha modificado profundamente, y así los/las Adjuntos/as del S de Neumología valoran de manera continua los pacientes en el S de Urgencias. Así mismo han establecido una canalización de los pacientes que deben ingresar o no en el S de Medicina Intensiva.

7. OBSERVACIONES.

- Queda pendiente
 - o la elaboración definitiva del documento
 - o ultimar los indicadores seleccionados
 - o realizar la medición de los mismos
 - o monitorizar el resultado de las acciones emprendidas

*** ===== Resumen del proyecto 2019/593 ===== ***

Nº de registro: 0593

Título
ACTUALIZACION DEL PROCESO DE CANALIZACION Y DERIVACION COMPARTIDA DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN VMNI

Autores:
HERNANDEZ BONAGA MARIA, GUZMAN AGUILAR JESUS, HURTADO ORTEGA JORGE, MORALES MORALES JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0593

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROCESO DE CANALIZACION Y DERIVACION COMPARTIDA DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN VMNI

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

? En el año 2013 se elaboró el documento CIRCUITO DE DERIVACIÓN Y CANALIZACIÓN DE PACIENTES CON SOPORTE VENTILATORIO por parte de un grupo de trabajo multidisciplinar coordinado por miembros de nuestro Servicio. Este documento ha sido la base sobre la que se creó y ha venido funcionando la Unidad de Ventilación No Invasiva del Servicio de Neumología. Sin embargo durante estos años se han producido cambios organizativos y en las infraestructuras y medios técnicos disponibles que aconsejan revisar y renovar el documento a partir de la experiencia de estos años y de los planes de futuro desarrollo de la Unidad de VMNI.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar en proceso de canalización y derivación compartida de los pacientes que precisan VMNI

MÉTODO

1. Constitución del grupo de trabajo y planificación de la actividad
2. Desarrollar borrador del documento
3. Discusión del borrador a nivel de Servicio
4. Presentación a dirección

INDICADORES

Protocolo escrito y consensuado con Dirección.

DURACIÓN

- Segundo trimestres 2019. Trabajos.
- Tercer Trimestre 2019. Borrador documento.
- Cuarto trimestre Documento final.

OBSERVACIONES

Este proyecto debe ir en paralelo con l desarrollo de nuevas infraestructuras y medios técnicos para la Unidad de VMNI

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0043

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL

Fecha de entrada: 14/12/2020

2. RESPONSABLE ELENA MARIA 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.
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO
SANZ LOPEZ ALEJANDRO
NASSAR MELIC NADIA
AMBROJ NAVARRO CARMEN
TIMON GARCIA ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante estos dos años se consiguieron realizar 6 colposacropexias laparoscópicas. Las tres primeras cirugías el tiempo de duración osciló entre 3-4h, las restantes aproximadamente 3h. Se realizo mediante un equipo quirúrgico multidisciplinar uroginecológico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los postoperatorios fueron de menor estancia hospitalaria que en la vía abierta y el dolor postoperatorio fue mucho menor.
En 5 de ellas no hubo ninguna complicación, una de ellas tras ser dada de alta ingreso por abdomen agudo sin causa clara.
Tras dichas cirugías se planteo introducir el kit de malla de colposacropexia que estabamos empleando en las compras del hospital pero la respuesta en 2019 fue negativa.
Durante el 2020 dado la situación de pandemia no ha sido posible retomar conversaciones para conseguir su compra y continuar con la via laparoscópica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La via laparoscopica nos permite una mejor visaulización de estructuras y un postoperatorio mucho mas favorable, tanto por el dolor percibido como por la rapidez de recuperación y alta hospitalaria ofreciendo los mismos resultados postoperatorios que la vía abierta.

Para poder continuar la realizacion de la colposacropexia laparoscópica es preciso incorporar un kit de malla que facilite la técnica quirúrgica.

7. OBSERVACIONES.

Esperamos volver a poder realizar esta técnica en un futuro.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/43 ===== ***

Nº de registro: 0043

Título
INCORPORACION DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DE PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL

Autores:
BESCOS SANTANA ELENA, HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO, SANZ LOPEZ ALEJANDRO, NASSAR MELIC NADIA, AMBROJ NAVARRO CARMEN, TIMON GARCIA ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0043

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Prolapso de órganos pélvicos es una de las indicaciones más frecuentes de cirugía de suelo pélvico, hasta el 11% de las mujeres requerirán alguna intervención al llegar a los 80 años de edad. El síntoma más común es la sensación de cuerpo extraño.

Los factores asociados al Prolapso de órganos pélvicos son el número de partos vaginales, multiparidad, edad avanzada, obesidad, antecedente de histerectomía y aumento de la presión intraabdominal.

El manejo ideal del prolapso de cúpula vaginal es la Sacrocolpopexia (abdominal, laparoscópica o robótica), descrita inicialmente en 1957 por Lane. Su éxito se basa en asegurar el soporte del suelo pélvico con material sintético fijando la cúpula al sacro, preservando el eje y profundidad normales de la vagina. El material sintético proporciona fuerza donde el tejido está debilitado.

El resultado tras la Sacrocolpopexia laparoscópica ha demostrado éxito y satisfacción en hasta el 78-100% de las pacientes, en contraste con lo reportado con la fijación de cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso durante histerectomía vaginal del 88-90% de mejoría.

El abordaje laparoscópico evita la necesidad de realizar incisiones grandes además de tener menor manipulación intestinal, por lo cual el tiempo de recuperación y estancia hospitalaria son menores que en la cirugía abierta, sin embargo, los tiempos quirúrgicos suelen ser mayores, y la curva de aprendizaje ha retrasado el empleo universal de esta técnica. El tiempo quirúrgico estimado es de 150-210min.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo prioritario del proyecto es la realización de las Colposacropexias por prolapso de cúpula vaginal o aquellas asociadas a histerectomía en las que profilácticamente se realice una Cervicopexia profiláctica sean realizadas mayoritariamente vía laparoscópica.

MÉTODO

Las intervenciones que se programaran con el tiempo suficiente para poder realizar quirófanos multidisciplinares en los que se colabore con el Servicio desde Urología. Mediante este quirófano Uroginecológico de Suelo Pélvico se pretende facilitar la curva de aprendizaje y minimizar los riesgos y complicaciones.

INDICADORES

- Porcentaje de Colposacropexias /Cervicopexias realizadas vía laparoscópica
- Disminución en los días de estancia postoperatoria
- Pérdida hemática quirúrgica

DURACIÓN

Enero 2019 - Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0527

1. TÍTULO

REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

Fecha de entrada: 29/12/2020

2. RESPONSABLE JORGE MARTINEZ MEDEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEO ALCALA PURIFICACION
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron dos reuniones entre representante del Servicio de Obstetricia y representante del Servicio de Anestesia para poner en común la información bibliográfica disponible y acordar la técnica analgésica empleada, el lugar de realización (sala de dilatación de partos) y el personal participante, así como criterios generales de selección de pacientes.
Se expuso la nueva técnica al personal de Enfermería del área de Urgencias obstétricas y Partos, acordando lugar de realización (sala de dilatación de partos) y funciones del personal implicado.
El responsable del proyecto informó personalmente a todas las pacientes candidatas, explicando beneficios, riesgos y desventajas de la técnica, así como tasas de éxito reportadas en la bibliografía.
Se informó al Servicio de Obstetricia y Ginecología de los resultados obtenidos en su sesión clínica matutina habitual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recogieron los datos clínicos de las pacientes en la base de datos de versiones externas del Servicio, ya existente.

El 52% de las pacientes con feto en presentación podálica aceptaron realización de versión cefálica externa. Esta tasa se encuentra entre el 30-60% que se planteó como objetivo inicialmente. Todas ellas optaron por un primer intento sin analgesia. Ninguna de ellas aceptó un primer intento bajo analgesia. Ello supone claramente menos del 5% que se estableció como objetivo mínimo inicialmente.

Tan solo 4 pacientes, de las que se sometieron a versión que resultó no exitosa, aceptaron realización de nuevo intento de versión externa (éste bajo analgesia neuroaxial). Ello supone claramente menos del 15% que se estableció como objetivo mínimo inicialmente.

Ninguno de los 4 intentos de versión bajo analgesia raquídea fue exitoso.

Un 78% de pacientes sometidas a versión exitosa tuvieron finalmente un parto vía vaginal. Ello se encuentra dentro del 65-80% planteado como objetivo inicialmente.

Se obtuvo una reducción total de la tasa de cesáreas, asociada a la técnica, de un 0,86% (por encima del 0,6% establecido como objetivo inicialmente).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se logró realizar más que 4 intentos de versión bajo analgesia raquídea en un periodo de 2 años. La oferta de un primer intento de versión, si analgesia, con entorno a un 50% de éxito, hizo que ninguna paciente optara por un primer intento bajo analgesia. Encontramos difícil que las pacientes elijan de entrada una versión bajo analgesia, con una tasa de éxito tan alta sin ella. La información transmitida a las pacientes fue acerca de la tasa de éxito global con y sin analgesia, pero no según los factores de riesgo presentes.

Sería posible establecer un sistema de valoración de probabilidad de éxito en base a criterios clínicos (paridad, índice de líquido amniótico, peso fetal estimado, etc) que en numerosos estudios han demostrado asociación directa con la tasa de éxito, de modo que a las pacientes con menor probabilidad de éxito se les ofrezca directamente la versión bajo analgesia, o bien se les explique la baja probabilidad de éxito sin analgesia.

Las pacientes en que la versión sin analgesia fue fallida (por tanto con mayor incidencia de factores clínicos "desfavorables") rechazaron en su mayoría un nuevo intento bajo analgesia, debido en su mayoría a "la mala experiencia sufrida". Las 4 que la aceptaron fueron pacientes ya de entrada desfavorables (con factores clínicos desfavorables), hecho (o quizás sesgo) que probablemente guarde relación con el fracaso de todos ellos.

Conclusiones:

1. Las pacientes de nuestro medio prefirieron un primer intento de versión externa sin analgesia. La información acerca de las tasas de éxito quizás debería haber incluido una valoración personalizada de probabilidad de éxito según factores clínicos, en lugar de una tasa global.

2. Las pacientes con versión externa sin analgesia fallida raramente desean un nuevo intento con analgesia.

Puntualizar que estas pacientes requieren una manipulación más intensa y por tanto padecen un dolor mayor y viven la experiencia como mala.

3. Los 4 casos en que se intentó versión bajo analgesia fueron fallidos. Puntualizar que todos ellos presentaban factores clínicos claramente desfavorables.

4. El establecimiento de un sistema de puntuación de probabilidad de éxito de la versión podría permitirnos aconsejar mejor a las pacientes y dirigir de entrada a los casos menos favorables a una versión bajo analgesia. A la vista de la bibliografía ello podría aumentar la tasa de éxito en esos casos y reducir el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0527

1. TÍTULO

REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

dolor de la maniobra.

5. La realización de versión externa sigue mostrando resultados claramente favorables en la reducción global de la tasa de cesáreas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/527 ===== ***

Nº de registro: 0527

Título
REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

Autores:
MARTINEZ MEDEL JORGE, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, ALVAREZ MARTINEZ ALICIA, GUARGA MONTORI MARIA, ECHARTE MARIA TERESA, LUNA ALVAREZ CRISTINA, ABAD PEREZ PRADO, ESTEBAN CID VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El objetivo final de la VCE (versión cefálica externa) es aumentar la probabilidad de tener un parto vaginal en presentación cefálica y reducir así la tasa de cesáreas asociada a presentación no cefálica. Esta maniobra se dirige a pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término. Las pacientes deben de ser informadas correctamente y manifestar su conformidad mediante la firma del consentimiento informado de versión cefálica externa.

La eficacia de la VCE es alrededor de un 60% (entre el 40 y el 78%). Diversos factores se asocian con una reducción de las tasas de éxito: nuliparidad, placenta anterior, disminución de líquido amniótico, pelvis no favorable, obesidad materna, tensión de pared abdominal materna, tensión uterina, cabeza fetal no palpable, rotura prematura de membrana (RPM), edad materna avanzada, edad gestacional avanzada, peso fetal elevado, cicatriz uterina previa, presentación de nalgas puras.

Otros se asocian con mayor éxito de la versión externa: uso de tocolíticos durante la maniobra, experiencia del operador, multiparidad, volumen de líquido amniótico abundante, placenta en localización posterior o presentación fetal de pies.

El proyecto de calidad implementado en 2018 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de Zaragoza puso de manifiesto una tasa de éxito del 47,8% de las versiones realizadas (sin uso alguno de analgesia), con una reducción global asociada de la tasa de cesáreas del hospital de un 0,86%. Asimismo quedó patente que un 50% de las pacientes con feto en presentación no cefálica rechazaron la técnica, expresando como uno de los principales motivos el miedo al dolor que produce.

Estudios recientes han demostrado que la realización de la VCE bajo analgesia neuroaxial, tanto en un primer intento como en un segundo intento tras una VCE inicial fallida (ésta sin analgesia), se asocia con un incremento promedio de la tasa de éxito del 15%, logrando valores globales de éxito de hasta un 87%

La aplicación de dicha analgesia permitirá incrementar el número de pacientes que acepten la realización de la técnica y mejorar la tasa de éxito, reduciendo así la tasa de cesáreas.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término, con feto en presentación no cefálica, bien con VCE inicial fallida (sin analgesia), bien como primera opción.

Resultados: Protocolización VCE bajo analgesia neuroaxial, mejora tasa de éxito (y consecuentemente reducción de tasa de cesáreas), optimización de recursos.

MÉTODO

Acciones previstas: Establecimiento de protocolo o vía clínica de VCE bajo analgesia neuroaxial, realización por número limitado de operadores.

Recursos: Puesta en marcha de proyecto. Reuniones Servicio de Obstetricia y Servicio de Anestesia para acordar protocolo o vía clínica, así como técnica analgésica empleada y personal participante. Colaboración personal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0527

1. TÍTULO

REALIZACION DE VERSION CEFALICA EXTERNA BAJO ANESTESIA RAQUIDEA

del Servicio de Anestesia. Colaboración del personal de Enfermería del área de Urgencias obstétricas y Partos. Cambios previstos: Realización ambulatoria bajo analgesia neuroaxial.

INDICADORES

Porcentaje de presentaciones no cefálicas que aceptan versión externa: Valor a alcanzar 50%, límites 30-60%.
Porcentaje de presentaciones no cefálicas que aceptan versión externa bajo analgesia neuroaxial como opción inicial: Valor a alcanzar 10%, límites 5-15%.
Porcentaje de presentaciones no cefálicas que, tras versión fallida, aceptan versión externa bajo analgesia neuroaxial: Valor a alcanzar 30%, límites 15-45%.
Porcentaje de versiones exitosas (realizadas bajo analgesia neuroaxial): Valor a alcanzar 60%, límites 40-80%.
Porcentaje de versiones exitosas que finalizan en parto vaginal: Valor a alcanzar 75%, límites 65-80%.
Reducción total de la tasa de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 0,8%, límites 0,6-1%.
Fuente de datos: Base de datos del Servicio de Obstetricia de Versiones Externas

DURACIÓN

Fecha de inicio del proyecto: Inmediata
Duración prevista: Valoración de resultados en 1 año.

Responsables: Todos los componentes del equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0598

1. TÍTULO

INTERCONSULTA DE ATENCION PRIMARIA PARA LA DERIVACION DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO

Fecha de entrada: 23/12/2020

2. RESPONSABLE CAROLINA NARVION CASORRAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATEO ALCALA PURIFICACION
AGUILAR ALOMA ESTHER
GOMEZ GIMENO ANGELICA
GRACIA BELTRAN ASUNCION
OROS LOPEZ DANIEL
LUNA ALVAREZ CRISTINA
ABADIA CUCHI NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este año 2020 estaban previstas varias reuniones con el sector de primaria y matronas para solucionar los problemas encontrados previamente y poder llevar a cabo el proyecto. Pero debido a la pandemia, éstas quedaron suspendidas y de momento no se han podido realizar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nos encontramos con una serie de dificultades para poder llevar a cabo este proyecto, ya que el problema está en el sistema informático. Y es que nuestra respuesta de la interconsulta no puede ser visualizada por las matronas, ya que éstas utilizan el programa OMI y no la HCE. Por tanto, por ahora, sólo pueden responder a nuestras interconsultas los médicos de atención primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando el servicio de informática y los responsables de la HCE retomen este tema, podremos volver a poner en marcha este proyecto, ya que nos comunicaron que este problema se intentaría solucionar en las próximas actualizaciones que se realizarán en la HCE. Además se iba a implantar una herramienta de chat en la interconsulta virtual, con lo que se favorecería la comunicación bidireccional entre matronas y obstetras.

7. OBSERVACIONES.

Debido a la pandemia todo este proyecto ha quedado paralizado y no hemos podido avanzar sobre ello. Nos parecía interesante continuar con este proyecto, ya que iba a favorecer la relación matrona-obstetra a través de la historia clínica electrónica. También iba a facilitar mucho la gestión de citas en las consultas de obstetricia y evitar los retrasos que a veces ocurren en la primera visita del embarazo. Esperamos poder concluir el proyecto en cuanto se solucione el problema informático que aún existe.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/598 ===== ***

Nº de registro: 0598

Título
INTERCONSULTA DE ATENCION PRIMARIA PARA LA DERIVACION DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO

Autores:
NARVION CASORRAN CAROLINA, MATEO ALCALA PURIFICACION, AGUILAR ALOMA ESTHER, GOMEZ GIMENO ANGELICA, GRACIA BELTRAN ASUNCION, OROS LOPEZ DANIEL, LUNA ALVAREZ CRISTINA, ABADIA CUCHI NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0598

1. TÍTULO

INTERCONSULTA DE ATENCION PRIMARIA PARA LA DERIVACION DE LA GESTANTE A PRIMERA VISITA DE EMBARAZO

PROBLEMA

Con la creación de la cartilla electrónica del embarazo se ha creado una herramienta muy útil para el seguimiento y control del embarazo, a la cual tienen acceso tanto matronas desde atención primaria como los especialistas en las consultas de obstetricia.

El avance en la informatización del manejo de nuestros pacientes mejora la asistencia a los mismos. Hasta ahora la derivación de una gestante a primera visita de embarazo se inicia desde la consulta del médico de cabecera, y se deriva a la mujer embarazada a su matrona para captación de la paciente, cribado de cáncer de cérvix y apertura de cartilla electrónica del embarazo. Tras esa primera visita en Atención Primaria, la derivación a Obstetricia se realiza con volante de interconsulta escrita que, en muchas ocasiones se extravía o resulta incompleto en la información o no comprensible. Se da la situación que algunas embarazadas no pasan por la consulta de la matrona y otras aparecen tarde para acoplarse a los programas de cribado de Diagnóstico Prenatal vigentes.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es poner en marcha la interconsulta informatizada de Atención Primaria, herramienta de ayuda para la correcta canalización de las pacientes de forma más ordenada y racionalizada. Otros objetivos:

- Que la mujer embarazada tenga una primera visita con la matrona, para el primer contacto del seguimiento de la gestación.
 - Que la primera consulta especializada en tocología se produzca alrededor de la semana 9 del embarazo.
- La población diana son los médicos y matronas de Atención Primaria y, de forma secundaria, las gestantes que acuden a primera visita de embarazo.

MÉTODO

A través de la historia electrónica, vemos las interconsultas realizadas por Atención Primaria, que nos derivan a las mujeres embarazadas para iniciar su seguimiento. Indicando la FUR (fecha de última regla) en la interconsulta realizada, se calcula cuándo citar a la mujer en la consulta de primer día de obstetricia del CME Inocencio Jiménez.

Este acto administrativo puede ser realizado por el obstetra responsable de la consulta de embarazo en Inocencio Jiménez, Ejea de los Caballeros y Tarazona, de forma semanal todos los lunes.

INDICADORES

Número de embarazadas que tienen primera visita de embarazo concertada con su matrona.
Número de embarazadas que tienen visitas concertadas con la matrona a lo largo de su embarazo.
Número de visitas de primer día en consulta de obstetricia en torno a la semana 9 de embarazo, número de citas correctamente realizadas.

DURACIÓN

Marzo 2019: curso de formación para los miembros del servicio de Medicina Materno Fetal.
Abril 2019: presentación en sesión clínica a los miembros del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Abril 2019: reunión con las matronas de Atención Primaria.
Abril- mayo 2019: periodo de prueba de la interconsulta informatizada.
Mayo de 2019: charlas con los responsables de diferentes centros de Atención Primaria.
Mayo de 2019: puesta en marcha de la Interconsulta informatizada, a la vez que se suspende la interconsulta en papel actual.
Diciembre 2019: primera revisión de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0645

1. TÍTULO

CRIBADO DE PRECLAMPSIA, CIR Y PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION

Fecha de entrada: 27/12/2020

2. RESPONSABLE MERCEDES SOBREVIELA LASERRADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ MARTINEZ DOLORES
SANZ LOPEZ ALEJANDRO
LERMA PUERTAS DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado todas las gestiones con el laboratorio responsable de los reactivos (Roche) así como con los responsables de bioquímica del hospital para poder coordinar el proyecto con nuestra actividad actual

Se ha preparado el soporte informático donde se recogerá la información y formateado el informe clínico donde se reflejara el resultado

Se ha realizado la formación del personal de enfermería de las consultas donde sean atendidas las pacientes de primer trimestre de gestación

Se ha comunicado a todos los miembros del Servicio de Obstetricia el procedimiento que se va a realizar así como su aplicación clínica inmediata

No se ha podido poner en marcha por la aparición de la pandemia que bloqueó todo tipo de comunicación con laboratorios externos. Estamos a la espera del desbloqueo sanitario

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se han obtenido resultados hasta el momento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sin duda cuando lo presentamos en 2019 habíamos previsto tener el proyecto en marcha en estas fechas, la situación infecciosa no lo ha permitido, pero todo está preparado para realizarlo. La importancia de este proyecto es máxima en la práctica obstétrica, identificar los factores de riesgo desde el inicio del embarazo permite actuar desde la génesis de la patología y ser más efectivos con los tratamientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/645 ===== ***

Nº de registro: 0645

Título
EVALUACION DEL RIESGO DE PREECLAMPSIA, CIR Y PREMATURIDAD EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION MEDIANTE FORMULAS MATEMATICAS

Autores:
SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES, GONZALEZ DE AGUERO LABORDA RAFAEL, DIEGO LERMA DIEGO, JIMENEZ MARTINEZ DOLORES, DE DIEGO ALLUE ELENA, SANZ LOPEZ ALEJANDRO, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0645

1. TÍTULO

CRIBADO DE PRECLAMPSIA, CIR Y PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION

Prematuridad

1 de cada 13 alumbramientos en España se produce por debajo de la semana 37, estos bebés tienen un mayor riesgo de complicaciones graves como: parálisis cerebral, déficits sensoriales, enfermedades crónicas etc., y siguen siendo la principal causa de mortalidad infantil incluso en los países más desarrollados.

Retraso de crecimiento

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal. está asociado a una mayor incidencia de mortalidad perinatal (1/5), mayor morbilidad neonatal (1/3), alteraciones en su desarrollo neurológico y metabólico a largo plazo, incluso en la edad adulta. Uno de cada 10 casos es un retraso de crecimiento grave, aparece muy precozmente y puede llegar a ser fatal para el feto. La detección temprana de los factores de riesgo que permita clasificar a la gestación en alto o bajo riesgo de presentar alguno de los tres cuadros. Es fundamental para poder mejorar el pronóstico de los mismos.

Preeclampsia

Trastorno hipertensivo que afecta alrededor del 2 al 8 % de embarazos y es una causa importante de mortalidad materna con una prevalencia estimada de 100.000 muertes anuales a nivel mundial.

Es también la primera causa de admisión materna a unidades de cuidados intensivos y está asociada con un riesgo aumentado de mortalidad perinatal, siendo responsable del 10 % de los mortinatos y del 15 % de los nacimientos prematuros. La importancia del diagnóstico precoz está reforzada cuando investigaciones recientes muestran que, en una proporción considerable de casos de muertes fetales debidas a preeclampsia, un manejo diferente podría haber alterado el resultado.

Estos tres procesos engloban la mayor parte de las complicaciones obstétricas y son causa de gran parte de la patología fetal y del recién nacido, precisando para su diagnóstico y tratamiento gran cantidad de recursos humanos y económicos junto con la repercusión socio-familiar que dichos cuadros conllevan.

Recientemente han sido publicados múltiples estudios, que demuestran que la detección precoz junto con una intervención efectiva puede mejorar los resultados, por lo que el desarrollo de estrategias eficaces de predicción y prevención se ha convertido en un objetivo importante de la atención prenatal.

En el momento actual disponemos de algoritmos de cálculo (tomados de la Fetal Medical Foundation) que nos permiten obtener el riesgo específico para cada paciente mediante la combinación de: factores de la historia de la paciente (raza, peso, antecedentes obstétricos), medida de la tensión arterial, doppler de las arterias uterinas, valores de productos placentarios en sangre materna, determinaciones de parámetros bioquímicos utilizados actualmente para el cribado bioquímico de aneuploidías, y datos ecográficos del feto, y con ello establecer la probabilidad de que se desarrollen dichas patologías. Son herramientas que permiten realizar diferentes tipos de cálculos exactos para ayudar en el manejo de diferentes situaciones clínicas

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestra propuesta consiste en realizar dichos cálculos a partir de la información recogida tras la realización de la exploración ecográfica del primer trimestre e incluir en el informe clínico, los valores de riesgo que presenta la paciente para cada uno de los cuadros descritos y con ello poder perfilar nuestra población gestante en alto o bajo riesgo para cada una de las tres patologías descritas y poder aplicar precozmente las medidas preventivas y/o terapéuticas adecuadas para mejorar la evolución de las mismas.

MÉTODO

Durante la exploración ecográfica se introducirán los datos requeridos para aplicar las fórmulas matemáticas (conectados a la página de la Fetal Medical Foundation), y dejar reflejado el riesgo en el informe ecográfico, de manera que el clínico reciba la información en el primer trimestre de gestación y esto le permita aplicar medidas preventivas-terapéuticas precozmente

INDICADORES

Número de gestaciones controladas en nuestro centro clasificadas en alto y bajo riesgo. Los datos quedaran registrados en el informe ecográfico que figurara en el sistema informático hospitalario y en la cartilla electrónica de la gestante.

DURACIÓN

- Incorporar las fórmulas matemáticas al informe ecográfico: 2 meses
- Difusión de los nuevos parámetros clínicos a todo el servicio: 1 mes
- Análisis de la repercusión clínica de dicho cribado a los 6 meses de su aplicación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0645

1. TÍTULO

CRIBADO DE PRECLAMPSIA, CIR Y PARTO PRETERMINO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION

-Fecha de inicio del proyecto: Desde el momento de su aprobación
-Finalización del proyecto: 12 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0779

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA

Fecha de entrada: 06/12/2020

2. RESPONSABLE MARTA PADIN FABEIRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUTIERREZ CIA ISABEL
PEREZ MUÑOZ ANA
AGUERRI NECOCHEA MARIA CRUZ
MONSERRAT CANTERA MARIA ESTHER
SANCHEZ SERRANO LARA
VALENCIA BETRAN MARTA
HERRERO CASTILLO MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estaba previsto la puesta en marcha de la consulta en el primer semestre de 2020. Debido a la pandemia COVID-19 se paralizó el proyecto.
En los primeros meses de la pandemia las consultas de ginecología ubicadas en el edificio de consultas externas del Hospital Clínico Universitario fueron reubicadas en el CME Inocencio Jiménez, lo que supuso una reorganización de nuestra actividad diaria. Actualmente todas nuestras consultas han vuelto a su ubicación habitual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La nueva situación sanitaria y social que vivimos con la llegada del COVID-19, nos ha llevado a replantear la ubicación para la consulta de mujeres con movilidad reducida en el CME Inocencio Jiménez. Desde el inicio de este proyecto sabíamos que la principal dificultad para poner en marcha la consulta era la necesidad de recursos técnicos y de infraestructura, ya que se precisa un espacio amplio. En el momento actual, cuando más que nunca debemos priorizar recursos sanitarios y económicos sin descuidar o desatender nuestra actividad, utilizaremos los recursos técnicos disponibles para la puesta en marcha de la consulta .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La necesidad e importancia de este proyecto no ha cambiado . La creación de la consulta de ginecología para mujeres con movilidad reducida en nuestro Sector, va a garantizar que estas mujeres no estén excluidas por su discapacidad de los programas de cribado de cáncer de cérvix, salud sexual y reproductiva. Por ello hemos solicitado el seguimiento de este proyecto

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/779 ===== ***

Nº de registro: 0779

Título
ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA

Autores:
PADIN FABEIRO MARTA, GUTIERREZ CIA ISABEL, PEREZ MUÑOZ ANA, MONSERRAT CANTERA MARIA ESTHER, SANCHEZ SERRANO LARA, VALENCIA BETRAN MARTA, HERRERO CASTILLO MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde las asociaciones de mujeres con discapacidad y desde la sociedad se demanda la eliminación de barreras,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0779

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA

que todas las personas tengan las mismas oportunidades y que estas no se vean limitadas por barreras físicas. En temas de salud la eliminación de barreras exige adaptar nuestros hospitales, consultas y al personal para poder realizar las mismas actividades con independencia de la discapacidad del paciente. En respuesta a esta demanda de la sociedad en varias Comunidades Autónomas se están abriendo consultas de ginecología para mujeres con movilidad reducida. Queremos que las mujeres de Zaragoza con movilidad reducida dispongan de este recurso y que no se sientan excluidas de los programas de cribado y salud sexual y reproductiva.

RESULTADOS ESPERADOS

Crear una consulta de ginecología para proporcionar a las mujeres con movilidad reducida una atención basada en los principios de autonomía y justicia, dirigida a su salud sexual y reproductiva integral y que respete su capacidad de decidir respecto a la maternidad. Integración de estas pacientes en los programas de cribado, adaptándolos para superar las barreras de la discapacidad.

MÉTODO

Prestaciones ofertadas: las mismas que oferta el Salud a todas las mujeres: -Cribado para la prevención del cáncer de cuello uterino.-Asesoramiento anticonceptivo y reproductivo.-Consulta ginecológica en mujeres con patología.-Control gestacional.

Actividades preventivas:-Desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud.-Prevención de la violencia de género.-Proporcionar información a las pacientes desde los EAP/matronas de AP sobre sus posibilidades reproductivas.-Formación específica a los profesionales sobre atención a la discapacidad. Elaboración de material informativo: trípticos...Este proyecto va dirigido a mujeres con situación de movilidad reducida. Mujeres con discapacidad más del 33% y 7 o más puntos de movilidad reducida: Zaragoza capital: 1.261 y Zaragoza provincia: 465.

465.

INDICADORES

Valoración con encuesta por parte del paciente.

Valoración del número de pacientes atendidas en la consulta a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha.

Porcentaje de interconsulta virtual similar al resto de las pacientes.

DURACIÓN

Enero 2019- enero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0861

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 13/01/2021

2. RESPONSABLE ALBERTO PUENTE COLINA
· Profesión INGENIERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ CADENAS MAR
SERRANO BARCOS LAURA
ZUECO GARCIA ELENA
INGLES GARCIA CONCEPCION
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
SIMON MELCHOR LUCIA
ACHA AIBAR BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades de carácter formativo - informativo:

Relación de Acciones Formativas en materia de violencia externa en el trabajo realizadas en el periodo 2019 - 2020:

ATENCION ESPECIALIZADA.

? 201902 / SESION CLINICA AGRESIONES: PROTOCOLO ACTUACION / MEDICOS SERVICIO URGENCIAS (HCU) / 1 HORA / 12 TRABAJADORES.

? 201906 / TALLER DE CONTENCIÓN MECANICA - INMOVILIZACIÓN TERAPEUTICA / ENFERMEROS Y TCAES SERVICIO URGENCIAS (HCU) / 3 HORA / 17 TRABAJADORES.

? 201911 / TALLER DE CONTENCIÓN MECANICA - INMOVILIZACIÓN TERAPEUTICA / ENFERMEROS Y TCAES SERVICIO URGENCIAS (HCU) / 3 HORA / 16 TRABAJADORES.

ATENCION PRIMARIA.

? 201904 / FORMACION AGRESIONES (CS UNIVERSITARIAS): FORMACION PRACTICA EN EL CONTROL DE SITUACIONES DE VIOLENCIA EXTERNA / 6 HORAS / 20 TRABAJADORES.

? 201905 / FORMACION AGRESIONES (CS ALAGON, CASSETAS y UTEBO): FORMACION AGRESIONES EN EL SECTOR SANITARIO/ 1,5 HORAS / 70 TRABAJADORES.

? 201906 / FORMACION AGRESIONES (CS BORJA): FORMACION AGRESIONES EN EL SECTOR SANITARIO/ 1,5 HORAS / 20 TRABAJADORES.

? 202002 / FORMACION AGRESIONES (COORDINADORES MEDICOS y ENFERMERIA): FORMACION AGRESIONES EN EL SECTOR SANITARIO. AGRESIONES. PROTOCOLO ACTUACION (GP05Z301) - AT.PRIMARIA/ 1 HORAS / 41 TRABAJADORES.

Elaboración y difusión de documentos de acompañamiento:

Documentos informativos, elaborados, actualizados y puestos a disposición en la intranet, en materia de violencia externa en el trabajo durante el periodo 2019:

? Actualización y publicación en la intranet (<http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1>) del IMPRESO DE DECLARACIÓN DE AGRESIÓN.

? Actualización y publicación en la intranet (<http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1>) del ALGORITMO DE VIOLENCIA EXTERNA.

? Elaboración y publicación en la intranet (<http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1>) de la GUÍA DE PREVENCIÓN ANTE LAS AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS SECTOR ZARAGOZA III.

? Publicación en la intranet (<http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1>) de la NOTIFICACIÓN AGRESIONES CONSEJERÍA (Secretaría General Técnica Dpto. Sanidad).

? Publicación en la intranet (<http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1>) del PROTOCOLO ACTUACIÓN ANTE VIOLENCIA EXTERNA (Orden 21 octubre 2014, Departamento de Hacienda y Administración Pública).

? Publicación en la intranet (<http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1>) del TRÍPTICO PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO (MAZ prevención).

? Publicación en la intranet (<http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1>) del TRÍPTICO PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES (MAZ prevención).

? Publicación en la intranet (<http://10.35.208.91:16080/prevencion-riesgos-laborales1>) de la IT.5.02.02 VIOLENCIA EXTERNA EN EL LUGAR DE TRABAJO - ATENCION PRIMARIA S.III

IT.5.02.02 VIOLENCIA EXTERNA EN EL LUGAR DE TRABAJO - ATENCION PRIMARIA S.III

Actividades de carácter ORGANIZATIVO:

ATENCION ESPECIALIZADA.

? Elaboración del MAPA de RIESGO de violencia externa.

? Se evalúan los aspectos referidos al diseño de la instalación del Servicio de Urgencias del HCU, que suponen o pueden suponer uno o varios riesgos para los trabajadores usuarios de la misma frente al riesgo de Violencia Externa, estableciéndose un conjunto de acciones preventivas de carácter ORGANIZATIVO actualmente en fase de implementación (regulación del acceso de familiares acompañantes, incremento de equipos de enfermería en ciertas áreas, etc.).

ATENCION PRIMARIA.

? Elaboración del MAPA de RIESGO de violencia externa.

? El 21 de marzo, se realiza visita al C.S. UNIVERSITARIAS con objeto de evaluar el centro de trabajo frente al riesgo de violencia externa. De esta evaluación, se derivan una serie de medidas y acciones preventivas de carácter ORGANIZATIVO detalladas en el documento y actualmente en fase de implementación (reubicación de mobiliario, vías de evacuación libres de obstáculos, reagrupación de consultas en horario de tarde y fin de semana, etc.). El alcance de algunas de estas medidas no se circunscribe solo a este centro de trabajo sino, que tiene aplicación a otros centros de trabajo de atención primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0861

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Actividades de carácter OPERATIVO:
ATENCION ESPECIALIZADA.

? Se evalúan los aspectos referidos al diseño de la instalación del Servicio de Urgencias del HCU, que suponen o pueden suponer uno o varios riesgos para los trabajadores usuarios de la misma frente al riesgo de Violencia Externa, estableciéndose un conjunto de acciones preventivas de carácter OPERATIVO actualmente en fase de implementación (instalación de cartelera, instalación de sistemas de alarma no sonoros, etc.).

ATENCION PRIMARIA.

? El 21 de marzo, se realiza visita al C.S. UNIVERSITAS con objeto de evaluar el centro de trabajo frente al riesgo de violencia externa. De esta evaluación, se derivan una serie de medidas y acciones preventivas de carácter OPERATIVO detalladas en el documento y actualmente en fase de implementación (instalación de puertas, instalación de sistemas de alarma "no sonoros" en teclado del PC, instalación de espejos, cámaras de seguridad, etc.). El alcance de algunas de estas medidas no se circunscribe solo a este centro de trabajo sino, que tiene aplicación a otros centros de trabajo de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La pandemia COVID19 que llevamos padeciendo desde inicios del 2020, nos ha impedido implementar buena parte de las acciones previstas en el presente proyecto. Sin embargo, sí que se ha experimentado entre los profesionales del sector un mayor grado de sensibilización a la hora de la comunicación y registro de las agresiones sufridas. Esto nos ha permitido elaborar un mapa de agresiones del sector bastante detallado, base fundamental para focalizar las acciones que ayuden a minimizar las agresiones que sufren nuestros profesionales y, en caso de sufrirlas, que conozcan, manejen y apliquen las herramientas para su afrontamiento eficaz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Seguir en la línea de trabajo iniciada en el 2019, implementando tanto acciones ya planificadas como nuevas que pudieran surgir y haciendo seguimiento de la efectividad de las mismas.

7. OBSERVACIONES.

Ninguna.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/861 ===== ***

Nº de registro: 0861

Título
GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
PUENTE COLINA ALBERTO ANDRES, PEREZ CADENAS MAR, SERRANO BARCOS LAURA, INGLES GARCIA CONCEPCION, GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA, SIMON MELCHOR LUCIA, ACHA AIBAR BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EL PROYECTO NO TRATA NINGUNA PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: MINIMIZAR CASOS DE VIOLENCIA EXT.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años se observa un incremento de los casos de Violencia Externa que afectan a los trabajadores de los centros sanitarios del Sector Zaragoza III. Desde el Servicio de PRL, se va a analizar el riesgo con objeto de establecer un conjunto de medidas preventivas que eviten o minimicen los casos de violencia externa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaboración de un MAPA de RIESGOS sobre violencia externa en el Sector III.
- Diseñar e implementar un PLAN de ACCION que evite o reduzca la exposición al riesgo de violencia externa.

MÉTODO
ACTIVIDADES DE CARÁCTER FORMATIVO - INFORMATIVO:
- Formación en cómo gestionar un caso de violencia externa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0861

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

- Formación en habilidades de carácter emocional en caso de violencia externa.
- Formación práctica en la gestión de un caso de violencia externa.
- Elaboración y difusión de documentos de acompañamiento (Guía de prevención ante agresiones y Algoritmo de violencia externa).

ACTIVIDADES DE CARÁCTER ORGANIZATIVO:

- Propuestas de medidas de carácter ORGANIZATIVO frente al riesgo de agresiones en atención domiciliaria, consultas y servicios de urgencias.

ACTIVIDADES DE CARÁCTER OPERATIVO:

- Propuestas de medidas de carácter OPERATIVO frente al riesgo de agresiones en atención domiciliaria, consultas y servicios de urgencias.

INDICADORES

ATENCION PRIMARIA "URBANO":

- Indicador Acción Formativa: COMO GESTIONAR un caso de Violencia Externa = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.

o Objetivo > 66% 1er año

o Objetivo > 99% 2er año

- Indicador Acción Formativa: HABILIDADES de carácter EMOCIONAL = Total trabajadores expuestos

x100/trabajadores formados-informados.

o Objetivo > 30% 1er año

o Objetivo > 50% 2er año

- Indicador Acción Formativa: PRACTICA = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores

formados-informados.

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 75% 2er año

- Implementación de medidas de carácter ORGANIZATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

- Implementación de medidas de carácter OPERATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

ATENCION PRIMARIA "RURAL":

- Indicador Acción Formativa: COMO GESTIONAR un caso de Violencia Externa = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.

o Objetivo > 66% 1er año

o Objetivo > 99% 2er año

- Indicador Acción Formativa: HABILIDADES de carácter EMOCIONAL = Total trabajadores expuestos

x100/trabajadores formados-informados.

o Objetivo > 30% 1er año

o Objetivo > 50% 2er año

- Indicador Acción Formativa: PRACTICA = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores

formados-informados.

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 75% 2er año

- Implementación de medidas de carácter ORGANIZATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

- Implementación de medidas de carácter OPERATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

URGENCIAS HCU:

- Indicador Acción Formativa: COMO GESTIONAR un caso de Violencia Externa = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores formados-informados.

o Objetivo > 66% 1er año

o Objetivo > 99% 2er año

- Indicador Acción Formativa: HABILIDADES de carácter EMOCIONAL = Total trabajadores expuestos

x100/trabajadores formados-informados.

o Objetivo > 66% 1er año

o Objetivo > 99% 2er año

- Indicador Acción Formativa: PRACTICA = Total trabajadores expuestos x100/trabajadores

formados-informados.

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 75% 2er año

- Implementación de medidas de carácter ORGANIZATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

- Implementación de medidas de carácter OPERATIVO = Total medidas propuestasx100/medidas realmente implementadas.

o Objetivo > 50% 1er año

o Objetivo > 90% 2er año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0861

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

DURACIÓN

DURACIÓN:

- Mayo 2019 - mayo 2021

CALENDARIO:

- Mayo 2019 - Mayo 2020:

o Elaboración MAPA de RIESGOS.

o Elaboración PLAN FORMATIVO e implementación parcial según objetivos establecidos.

o Elaboración del PLAN de ACCION (medidas preventivas) e implementación parcial según objetivos

establecidos.

- Mayo 2020 - Mayo 2021:

o Actualización del MAPA de RIESGOS.

o Implementación final del PLAN FORMATIVO según objetivos establecidos.

o Implementación final del PLAN de ACCION (medidas preventivas) según objetivos establecidos.

o Evaluación del grado real de implementación y consecución de objetivos.

OBSERVACIONES

Se trabajará conjuntamente con la Dirección y coordinadores de centro de salud del Sector III.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0572

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA VISUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 12/01/2021

2. RESPONSABLE DANIEL PEREZ VECINO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PIQUERO MICHETO MARIA CRUZ
ALONSO RODRIGUEZ VERONICA
GIL CARRETERO MARINA
GARCIA FRANCO DAVID
RUIZ MANZANO PEDRO
JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER
DE GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

RESUMEN AÑO 2019

Como ya se detalló en la anterior memoria parcial, durante el año 2019 en diferentes reuniones con el servicio de física y radioprotección, se establecieron los cuatro puntos fundamentales que toda persona debe conocer antes de entrar en una sala con radiación ionizante. Con posterioridad en sucesivas reuniones de trabajo se desarrollaron los anteriores cuatro puntos, expresando medidas de una manera clara y concisa, y las fotos que las acompañarían en nuestra guía.

Se expusieron diferentes bocetos durante el año 2019 y se aplicaron las correcciones oportunas hasta conseguir un diseño que fuese del agrado tanto del Servicio de física y radioprotección como de la unidad de calidad de nuestro hospital.

Implícito a este proyecto, se acordó también la realización de una formación de recuerdo a todo el servicio, ya que la guía es un recordatorio mínimo indispensable antes de trabajar con radiaciones ionizantes pero el trabajo continuo en la unidad requiere de formación continuada en radioprotección. Así, desde el servicio de física y se realizaron dos charlas de formación continuada de una hora de duración, impartidas por D. Francisco Javier Jimenez Albericio y D. Pedro Ruiz Manzano, a la totalidad del equipo de Radiología Vasculare Intervencionista. La primera charla se realizó el 10/07/19 y versó sobre "Protección a pie de tubo" y la segunda el 04/12/19 y trató sobre "Nueva Legislación. Justificación y optimización"

MEMORIA AÑO 2020

Durante el año 2020 se continuó con la formación acordada a pesar de todas las dificultades encontradas por la situación de pandemia mundial y concretamente por la prohibición de cursos presenciales para sanitarios. Para sustituir las formaciones continuadas recibidas en la unidad se nos invitó, desde el servicio de Física y radioprotección, a la realización de la actividad formativa S3-0365/2020 "PROTECCIÓN RADIOLOGICA PARA PERSONAL QUE DIRIGE U OPERA EQUIPOS DE RX CON FINES MÉDICOS" en la plataforma de formación del SALUD, que completamos los integrantes del proyecto.

En Septiembre de 2020 se presentó la guía a la unidad, impresa en tamaño DinA3 y se situó colgada en la puerta de entrada a nuestra sala. Y nuestros esfuerzos, como ya aventuramos en la anterior memoria parcial, se destinaron a evaluar, mediante encuesta, si realmente le es útil a la gente ajena al servicio que entra en la sala. Antes de comentar los resultados de las encuestas conviene recordar que la valoración se realiza en un año atípico marcado por la pandemia Covid-19. Por un lado se han rellenado menos encuestas de las esperadas debido a que se han reducido drásticamente el número de personas ajenas al servicio que han entrado en la sala por las restricciones de personal de formación para acceder al hospital. Por otro lado, los protocolos de protección personal y de cuidados de superficies para atender pacientes Covid-19 han supuesto la principal atención y preocupación de cualquier sanitario que ha entrado en nuestra sala. La sensación de riesgo radiológico que tienen todas las personas que entran en nuestra unidad ha quedado en segundo plano en este contexto de aumento de riesgo biológico que sufren todas las unidades hospitalarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado una guía visual que resume perfectamente los puntos básicos que toda persona debe conocer antes de entrar en una sala con radiación ionizante.

Hemos realizado una encuesta al personal eventual y ajeno al servicio, que ha entrado en nuestra sala para conocer el grado de cumplimiento de las medidas de autoprotección y la utilidad de nuestra guía.

Para ello, se han cumplimentado un total de 30 encuestas cerradas con respuesta de dos ítems (sí o no). Todas las personas que rellenaron la encuesta eran personas ajenas a la unidad de radiología que estuvieron en nuestra sala mientras que el angiógrafo emitió radiación ionizante.

Ante la primera pregunta "¿Tiene formación específica en protección radiológica?" un total de 24 personas respondieron que no, evidenciando el altísimo porcentaje de personal que pasa por nuestra sala (Enfermeros, anestelistas, intensivistas, auxiliares...) que no ha recibido una formación específica y que pueden beneficiarse de nuestra guía rápida.

La segunda pregunta trata de chequear qué medidas de protección radiológica utilizaron dentro de la sala. Todas las respuestas de todos los participantes fueron afirmativas para los puntos de: Delantal plomado, protector tiroideo, maximizar la distancia al foco de radiación y mantener las manos fuera del haz de RX.

Pero fueron negativas en el 100% a la utilización de Gafas plomadas, puesto que es una EPI necesaria solamente para trabajar a pie de tubo y nadie de fuera de la unidad dispone de ellas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0572

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA VISUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA

La medida de "Minimizar el tiempo que exposición en la sala" recibió 13 respuestas negativas. Al preguntar sobre este hecho muchos de ellos entendieron que su respuesta debía de ser negativa puesto que estuvieron desde el principio al final del procedimiento sin abandonar la sala. Es comprensible este resultado ya que la pregunta es subjetiva y sobre todo muy relativa, si comparamos la exposición del personal ajeno al servicio que asiste a un procedimiento frente a todos los procedimientos que el personal fijo de la unidad realiza a lo largo de un mes. Estas respuestas negativas evidencian que la percepción del riesgo radiológico que tienen las personas que no reciben formación es mucho mayor que la realidad.

Ante la pregunta "¿Algún miembro del equipo de la unidad le ha tenido que recordar alguna de estas medidas? En caso afirmativo diga cuál" Dos personas que no habían leído la guía contestaron que tuvieron que recordarles la utilización del protector tiroideo. También a una persona que sí había leído la guía hubo que recordarle que no metiese las manos dentro del haz de Rx mientras se trabajaba.

Hemos encontrado un alto porcentaje (Un total de 8 personas) que no leyeron nuestra guía antes de entrar. Las razones que barajamos son la urgencia de la intervención del paciente que no permite la demora y la sobreesaturación del personal a guías hospitalarias, sobre todo en esta época donde prodigan las guías frente al Coronavirus. También hay personal con conocimientos en radioprotección o años de trabajo bajando a nuestra unidad que no creyó que necesitase leerla

Del total de 22 personas que la leyeron a 16 le aportaron algún conocimiento nuevo y a los 22 les pareció útil para no olvidar ninguna medida de protección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La radiación ionizante es un riesgo laboral silencioso. No se ve y no se puede sentir, pero se acumula pudiendo dar problemas pasados los años. Es importante ser metódico en las medidas de autoprotección y la guía servirá para comprobar a modo de check-list que se cumplen todas las medidas antes de entrar en la sala.

Así mismo este proyecto ha servido para refrescar los conocimientos de toda la unidad relativos a protección radiológica con dos charlas de formación continuada y un curso, todos ellos impartidos desde el servicio de física y protección radiológica.

La guía ha sido de utilidad a todas las personas que la han leído. Sigue siendo tarea pendiente que todo el mundo la lea antes de entrar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/572 ===== ***

Nº de registro: 0572

Título
ELABORACION DE GUIA VISUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA

Autores:
PEREZ VECINO DANIEL, PIQUERO MICHETO MARIA CRUZ, ALONSO RODRIGUEZ VERONICA, GIL CARRETERO MARINA, GARCIA FRANCO DAVID, RUIZ MANZANO PEDRO, JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER, DE GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La unidad de Radiología Vascular Intervencionista trabaja con radiación ionizante para el desarrollo de su actividad. La radiación ionizante entraña unos riesgos laborales, que hacen necesaria formación en protección radiológica junto con el uso de material de protección específico. El servicio de Física y Protección Radiológica se encarga de la formación del personal en este ámbito.

La unidad de Radiología Vascular Intervencionista necesita en ocasiones de la colaboración de personal ajeno al servicio el cuál no está habituado a trabajar con radiaciones ionizantes y puede presentar un déficit de conocimientos específicos.

Aunque las medidas de protección radiológica se cumplen siempre, el personal de la unidad de Radiología Vascular Intervencionista viene detectando relajación entre el personal eventual y tiene que estar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0572

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA VISUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA

continuamente avisando y recordando estas medidas de protección radiológica.

Sin la intención de profundizar, ni sustituir la formación en protección radiológica, se decide la creación de una guía visual para recordar las medidas básicas de protección radiológica. Se colocará en la puerta de entrada a la sala para que todo el mundo que entre repase, a modo de chequeo, las medidas de protección que tendrá que adoptar al entrar a la sala.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal:

- Disminuir el riesgo laboral por radiación ionizante entre el personal que eventualmente tenga que entrar en la sala de Radiología Vasculosa Intervencionista.

Objetivos secundarios:

- Crear una guía visual rápida de protección radiológica.
- Tener la posibilidad de repasar las medidas de protección radiológica antes de entrar en la sala de Radiología Vasculosa Intervencionista a modo de check list.
- Advertir de la situación de riesgo al entrar a la sala y así promover la consulta al personal propio de la unidad de radiología vasculosa intervencionista de las dudas que tengan.

MÉTODO

1. Debatir qué medidas y conocimientos son los imprescindibles antes de entrar en una sala con radiaciones ionizantes.
2. Expresar estas medidas y conocimientos de una manera clara y concisa con la menor cantidad posible de texto.
3. Idear qué imágenes pueden expresar, de una manera visual, las medidas y conocimientos que queremos compartir, pudiendo sustituir o acompañar a los textos seleccionados.
4. Elaborar estas imágenes bien con dibujos o con fotografías.
5. Diseño y boceto de la guía agrupando las medidas por líneas de acción. (Microsoft Powerpoint)
6. Puesta en común del boceto y corrección de errores.
7. Elección de colores, tamaños y tipos de letra empleados para resaltar lo más importante.
8. Creación impresa del póster en tamaño DinA3.
9. Colocación de la guía en la puerta de acceso a la sala de Radiología Vasculosa Intervencionista.
10. Difusión del programa de protección radiológica de la unidad.

INDICADORES

Indicador de cumplimiento

Presencia del póster en la puerta de acceso a la sala de Radiología Vasculosa Intervencionista.

El personal eventual adopta las medidas de autoprotección sin necesidad de ser recordadas por el personal de la unidad.

Indicador de evaluación

Pequeña encuesta cerrada que se suministrará a las personas ajenas a la unidad de radiología vasculosa intervencionista que vienen a trabajar o de prácticas:

1. ¿Tiene formación previa en protección radiológica?
2. ¿Qué medidas de protección radiológica ha utilizado dentro de la sala?
 - a) Delantal plomado
 - b) Protector tiroideo
 - c) Gafas plomadas
 - d) Maximizar la distancia al foco de radiación
 - e) Minimizar el tiempo que exposición en la sala
 - f) Uso de blindajes
 - g) Colocarse siempre del lado del detector de imagen
 - h) Mantener las manos fuera del haz de RX
3. ¿Algún miembro del equipo de la unidad le ha tenido que recordar alguna de estas medidas? En caso afirmativo diga cuál.
4. ¿Ha visto nuestra guía visual sobre protección frente a las radiaciones ionizantes antes de entrar?
5. ¿Le ha aportado algún conocimiento nuevo sobre protección radiológica?
6. ¿Le ha servido para no olvidar alguna medida de protección radiológica?
7. ¿La considera útil?

DURACIÓN

El proyecto se realizará a lo largo de 2019. Se establece un calendario de reuniones mensuales de los integrantes para exponer los avances en el proyecto con nuevo reparto de tareas y difundir el programa de protección radiológica de la unidad junto con las normas de protección radiológica entre los miembros de la unidad.

Una vez impreso y colgado el póster, se realizará la encuesta a las personas que de manera eventual vengan a nuestro servicio.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0572

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA VISUAL DE PROTECCION RADIOLOGICA PARA LA UNIDAD DE RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0388

1. TÍTULO

ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"

Fecha de entrada: 01/12/2020

2. RESPONSABLE PEDRO PABLO DE MIGUEL HERNANDO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MEDRANO CID MAYRA
VILLARREAL SALCEDO ISABEL
PEMAN FRAGO ROSA
PEREZ PANZANO ESTHER
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO
PARDO SUS ALIDA
BUESO INGLAN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ELABORACION, MAQUETACION Y DIVULGACION DE DICHO TRIPTICO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

IMPLANTACION DE DICHO TRIPTICO 2º SEMESTRE 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

BUENA ACEPTACION TANTO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS COMO DE LOS PACIENTES

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/388 ===== ***

Nº de registro: 0388

Título
ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"

Autores:
DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO, MEDRANO CID MAYRA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, PEMAN FRAGO ROSA, PEREZ PANZANO ESTHER, GÜEMES SANCHEZ ANTONIO, PARDO SUS ALIDA, BUESO INGLAN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: LINFEDEMA POST MASTECTOMÍA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: DISMINUCIÓN INCIDENCIA LINFEDEMA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El linfedema es una patología crónica que, a pesar de que se conoce desde hace décadas, sigue siendo infradiagnosticada y, por ello, infratratada. En los países desarrollados la principal causa de LINFEDEMA es secundario a neoplasias, sus complicaciones y sus tratamientos. El más frecuente en nuestro medio es el secundario a cáncer de mama. Se estima que el 20% de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama desarrollarán linfedema en la extremidad superior a los 6 meses, 36% al año y 54% a los 36 meses. Hay un aumento de la incidencia de LINFEDEMAS secundarios tanto a la cirugía como a los tratamientos oncológicos (radioterapia) que afectan a la salud y a la calidad de vida de estos pacientes. Los pacientes que desarrollarán linfedema con más probabilidad son aquellos que han precisado linfadenectomía.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar, modificar y mejorar el tríptico informativo sobre prevención de linfedema en pacientes intervenidos de neo de mama.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0388

1. TÍTULO

ACTUALIZACION TRIPTICO INFORMATIVO "PREVENCION DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE NEO DE MAMA"

MÉTODO

Elaboración, maquetación y divulgación de dicho tríptico.

INDICADORES

- Número de pacientes que reciben el tríptico tras ser intervenidos quirúrgicamente de neo de mama.
- Encuesta de satisfacción sobre tríptico informativo de prevención de linfedema.

DURACIÓN

Elaboración del tríptico Abril de 2019, maquetación Mayo de 2019, entrega a pacientes segundo semestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0389

1. TÍTULO

ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA

Fecha de entrada: 04/12/2020

2. RESPONSABLE MAYRA MEDRANO CID
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO
VILLARREAL SALCEDO ISABEL
PEMAN FRAGO ROSA
PEREZ PANZANO ESTHER
ANDRES CONEJERO RAQUEL
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO
PARDO SUS ALIDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PARA ESTE AÑO SOLO QUEDABA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO . NO SE HA PODIDO REALIZAR DEBIDO A LA PANDEMIA YA QUE DESDE DIRECCIÓN LOS GRUPOS DE TERAPIA ESTÁN SUSPENDIDOS Y SOBRETUDO SIENDO PACIENTES ONCOLÓGICOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO HAY RESULTADOS YA QUE EL PROYECTO NO SE HA PUESTO EN MARCHA DEBIDO A LA PANDEMIA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN CUANTO SE PUEDA HACER TERAPIA GRUPAL CON PACIENTES DE RIESGO SE PONDRÁ EN MARCHA EL PROYECTO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/389 ===== ***

Nº de registro: 0389

Título
ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA

Autores:
MEDRANO CID MAYRA, DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, PEMAN FRAGO ROSA, PEREZ PANZANO ESTHER, ANDRES CONEJERO RAQUEL, GÜEMES SANCHEZ ANTONIO, PARDO SUS ALIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La elevada prevalencia de linfedema tras la intervención quirúrgica de cáncer de mama con su impacto en la calidad de vida del paciente hace aconsejable la instauración de programas de prevención que hagan posible una detección y un tratamiento precoz. Es necesario un abordaje terapéutico integral y un correcto manejo de todas sus complicaciones. Con la creación de la ESCUELA DE LINFEDEMA pretendemos educar a los pacientes de riesgo para la prevención primaria de la aparición de linfedema.

RESULTADOS ESPERADOS
La escuela de linfedema tiene como objetivo instruir a los pacientes de riesgo, pacientes intervenidos de cáncer de mama, en las medidas de prevención, autocuidado y en la identificación precoz del linfedema o sus complicaciones.

MÉTODO
Crear un GRUPO DE TERAPIA con una sesión teórico-práctica de una hora de duración cada 15 días, con 10-15

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0389

1. TÍTULO

ESCUELA DE LINFEDEMA TRAS INTERVENCION QUIRURGICA DE CANCER DE MAMA

pacientes con riesgo de presentar linfedema tras ser intervenidos de neo de mama.

INDICADORES

-Cobertura % de pacientes tras ser intervenidos quirúrgicamente de neo de mama.

-Encuesta de satisfacción sobre escuela de linfedema.

DURACIÓN

Una sesión de una hora de duración cada 15 días, con fecha de comienzo segundo semestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0699

1. TÍTULO

ESCUELA PERINEAL. CONOCE TU SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 09/12/2020

2. RESPONSABLE MIREYA LORENA SARTAGUDA ALABART
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTA LAZO MIGUEL ANGEL
RUIZ GARCIA MARIA DOLORES
GOMEZ OPIC CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-SE HA PERFILADO EL TIPO DE PACIENTE PARA COMENZAR LA ESCUELA SIENDO EL ELEGIDO EL PACIENTE PROSTATECTOMIZADO.
-SE HA REALIZADO UN POWER POINT PARA LA REALIZACION DE LA MISMA.
-SE HA CONTACTADO CON UROLOGIA SUELO PELVICO Y SU PERSONAL DE ENFERMERIA
-SE HA CONTACTADO CON EL FISIOTERAPEUTA DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ PARA VER POSIBLE UBICACION DE LA ESCUELA, HORARIOS, ETC...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
TODAVÍA NO SE HA PODIDO PONER EN PRÁCTICA NI MEDIR SU IMPACTO DEBIDO A LO EXCEPCIONAL DE LA SITUACIÓN ACTUAL POR LA COVID 19

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ES COMPLICADO PODER COORDINAR DISTINTOS SERVICIOS AUN TRATANDO LA MISMA PATOLOGIA, ES MAS FACIL GRACIAS AL GRUPO DE TRABAJO DE SUELO PELVICO DE ESTE HOSPITAL, PERO DEBIDO A LA SITUACION EXCEPCIONAL ES COMPLICADO DEFINIR OBJETIVOS EN TIEMPOS CONCRETOS

7. OBSERVACIONES.
SE ESTIMA PODER IMPOLANTARLA A LO LARGO DE 2021

*** ===== Resumen del proyecto 2019/699 ===== ***

Nº de registro: 0699

Título
ESCUELA PERINEAL "CONOCE TU SUELO PELVICO"

Autores:
SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA, MARTA LAZO MIGUEL, RUIZ GARCIA MARIA DOLORES, PEMAN FRAGO ROSA, GOMEZ OPIC CONCHA, BESCOS SANTANA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los problemas que afectan al suelo pélvico (incontinencia urinaria, incontinencia fecal, dolor pélvico, alteraciones en la esfera sexual...) aparecen como "no graves" en términos de supervivencia, aunque sí lo son en cuanto al deterioro de calidad de vida de estos pacientes.
Pese a sus consecuencias y a la cifra de afectados tan elevada, todavía su detección y reconocimiento son muy bajos, en parte por la tendencia al ocultamiento en las personas que los sufren por temor al rechazo social. Se hace necesario dar visibilidad a estas patologías y proporcionar a los pacientes en riesgo una herramienta útil y sencilla para su manejo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0699

1. TÍTULO

ESCUELA PERINEAL. CONOCE TU SUELO PELVICO

RESULTADOS ESPERADOS

La Escuela Perineal "Conoce tu Suelo Pélvico", pretende mejorar el conocimiento que nuestros pacientes tienen de su suelo pélvico desde distintas áreas: anatomía, esquema corporal, importancia del entrenamiento en el domicilio, hábitos de vida saludables, factores de riesgo, etc...

MÉTODO

Se crearán grupos de 15-20 pacientes para las sesiones teórico-prácticas, de una hora de duración. Se realizarán dos sesiones al mes, el primer y tercer miércoles de cada mes, en horario de mañana y tarde respectivamente.

INDICADORES

- Número de pacientes atendidos desde nuestro Servicio de Rehabilitación.
- Encuesta de satisfacción sobre la Escuela Perineal "Conoce tu Suelo Pélvico".

DURACIÓN

Las sesiones serán de una hora, cada 15 días, el primer y el tercer miércoles de cada mes, en horario de mañana y tarde, para facilitar el acceso a las mismas, con fecha de comienzo el segundo semestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL BIOFEEDBACK TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACION DE SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 29/12/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL MARTA LAZO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA
RUIZ GARCIA MARIA DOLORES
GOMEZ OPIC CONCEPCION
PEMAN FRAGO ROSA
MARTINEZ GONZALEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las exploraciones realizadas por el médico rehabilitador en consulta de suelo pélvico se iniciaron con el equipo de biofeedback y electroestimulación endocavitaria en el año 2019. Desde la vuelta a la consulta de rehabilitación de suelo pélvico después de la utilización de la unidad de mama para otras actividades debido a la pandemia de la COVID-19, se consideró oportuno que los datos derivados de la exploración con biofeedback se recogiesen en la primera sesión de tratamiento de fisioterapia.

Los tratamientos de fisioterapia también se vieron suspendidos por los mismos motivos expuestos anteriormente, ya que la sala de tratamiento fue utilizada para vestuarios.

La formación a MIR en patologías de suelo pélvico, se ha llevado a cabo en las consultas realizadas por el médico rehabilitador.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados que se muestran han sido los alcanzados desde el 29 de junio de 2020, ya que en los datos anteriores existen tratamientos no completados por renuncia por la situación pandémica y otros que tuvieron que ser interrumpido por los mismos motivos.

Teniendo en cuenta el periodo de los últimos seis meses del año, en los que el trabajo se ha llevado a cabo de forma ininterrumpida, los resultados son los siguientes:

-53 pacientes han sido valorados con biofeedback.

Esto supone un 50.47 del estándar marcado.

Es un buen resultado teniendo en cuenta que se han valorado el 100% de los pacientes que han sido prescritos con tratamiento de fisioterapia.

- 33 pacientes han sido tratados con biofeedback, de ellos 31 han sido vaginales y dos anales. En total de sesiones realizados asciende a 494.

-20 pacientes han sido tratados con electroestimulación. 16 vaginales y 4 anales (dos personas prostatectomizados y dos mujeres con incontinencia fecal). Se han realizado 303 sesiones.

Los 53 pacientes tratados con el equipo de biofeedback y electroestimulación suponen una media de 8.83 pacientes mensuales los que hace que superemos los 8 que se habían fijado como estándar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mejora en la calidad del tratamiento que les ofrecemos a nuestros pacientes es evidente al disponer de una nueva terapia con la que se contaba en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, pero que no era utilizada por la Unidad de Suelo Pélvico.

El cambio del momento de la primera valoración con biofeedback consideramos que agiliza tanto la consulta del médico rehabilitador como la de los fisioterapeutas. En caso de que el médico rehabilitador precisara la utilización de biofeedback durante la valoración funcional en la primera consulta también sería un buen momento para recabar los datos necesarios para la realización del tratamiento, ya que la información es compartida por todo el equipo.

Creemos que la sostenibilidad del proyecto es sencilla, ya que se cuenta con el equipo y los fungibles necesarios para su continuidad.

7. OBSERVACIONES.

Aunque pueda parecer un sesgo el hacer referencia solamente a los seis últimos meses del año, consideramos que es la mejor forma de dar fiabilidad a los resultados obtenidos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/727 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL BIOFEEDBACK TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACION DE SUELO PELVICO

Nº de registro: 0727

Título
IMPLANTACION DEL BIOFEEDBACK TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACION DE SUELO PELVICO

Autores:
MARTA LAZO MIGUEL, SARTAGUDA ALABART MIREYA LORENA, RUIZ GARCIA MARIA DOLORES, GOMEZ OPIC CONCHA, PEMAN FRAGO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde febrero de 2019 la Unidad de Rehabilitación de Suelo Pélvico del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa cuenta con un espacio físico adecuado para la exploración y tratamiento. Esos espacios proporcionan la intimidad necesaria para la consulta médica y tratamiento rehabilitador de las patologías relacionadas con el suelo pélvico. Por otra parte, el Servicio de Rehabilitación cuenta con un equipo de Biofeedback. Se considera que el uso del Biofeedback en la Unidad de Rehabilitación de Suelo Pélvico, optimiza la terapia de estos pacientes, aportando un valor añadido a nuestra actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto pretende implantar el biofeedback perteneciente al Servicio de Rehabilitación, como una herramienta en el tratamiento de la patología del suelo pélvico.

MÉTODO
Exploraciones realizadas por el médico rehabilitador en consulta de suelo pélvico (primera y sucesivas tras el tratamiento)
Tratamiento de fisioterapia realizado en sala de tratamiento de suelo pélvico.
Formación a MIR en patologías de suelo pélvico.

INDICADORES
Número de pacientes vistos en consulta con biofeedback para valoración funcional y a la finalización de tratamiento.
Número de pacientes tratados en sala de fisioterapia con terapia de biofeedback.

DURACIÓN
A lo largo de 2019 se pretende realizar los siguientes pasos:
-Consecución de material fungible
-Formación profesionales
-Inicio de tratamientos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0345

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS.

Fecha de entrada: 01/12/2020

2. RESPONSABLE PAMELA VILAFRANCA RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLANS ATANCE ADRIAN
EZQUERRA RODRIGO ANA MARIA
MALO LATORRE TERESA
CRISTOBAL ALMAZAN EVA
SANCHO ARRUGA MARIA JESUS
JORQUI PEREZ EVA
MERCADAL ALOS ANA EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El grupo de mejora se ha reunido 2 veces a lo largo del año 2020 cumpliendo con el calendario marcado. Se ha utilizado el aula del servicio de urgencias para las reuniones que han durado desde las 9 hasta las 12. Este año debido a la situación de pandemia sólo se ha impartido una sesión a personal de nueva incorporación de manera extraoficial, cumpliendo con las medidas de prevención y el aforo recomendado en junio del 2020. En el curso se les explica el funcionamiento del servicio de Urgencias del HCU Lozano Blesa, con sus diferentes áreas, peculiaridades y normas internas y del hospital en general, mediante unas presentaciones en Power Point que ha desarrollado el grupo en las reuniones a lo largo del año y que se ha adaptado a la situación actual y a las nuevas normas del servicio debido a la covid19. Además, se realiza una visita al servicio para explicar algunas cosas in situ. El curso se imparte a lo largo de una mañana de 8:30 a 14:30, teniendo la intención de ampliarlo a dos jornadas a lo largo del año 2021 o cuando sea posible, ampliando la formación sobre el área de vitales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido los objetivos de mejorar la calidad asistencial y la seguridad en el servicio de urgencias porque el personal que se ha incorporado a la plantilla en estos periodos y que han realizado el curso han tenido información y formación adecuada a su nuevo puesto de trabajo. Además ha disminuido la sobrecarga del personal de plantilla a la hora de formar a los nuevos compañeros. Aunque este año por la situación de pandemia no se ha podido desarrollar el número de veces adecuado ni de la manera programada en el año anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este equipo de mejora debe de continuar para ampliar el curso que se imparte actualmente y poder abarcar más temas importantes y para continuar formando al personal que se incorpora a trabajar al servicio de urgencias. También queremos incluir en esta formación a los compañeros del hospital que en ocasiones de necesidades del servicio tienen que bajar a prestar sus servicios en urgencias y que no conocen bien su funcionamiento, programas informáticos, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/345 ===== ***

Nº de registro: 0345

Título
CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
VILAFRANCA RUIZ PAMELA, SOLANS ATANCE ADRIAN, EZQUERRA RODRIGO ANA MARIA, MALO LATORRE TERESA, CRISTOBAL ALMAZAN EVA, SANCHO ARRUGA MARIA JESUS, JORQUI PEREZ EVA, MERCADAL ALOS ANA EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier tipo de urgencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0345

1. TÍTULO

CUALIFICACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS.

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la continua incorporación de personal sin experiencia en la Unidad de Urgencias y debido a que la organización y funcionamiento de este Servicio tiene una serie de connotaciones diferentes al resto de las Unidades del hospital, creemos necesario que el personal de enfermería de nueva incorporación, esté entrenado y preparado para dar una rápida y eficaz respuesta a todo tipo de situaciones que puedan presentarse. Necesidad detectada en el propio Servicio de Urgencias. Demanda de los propios profesionales, tanto verbalmente como a través de encuestas de opinión.

RESULTADOS ESPERADOS

Garantizar una asistencia de eficaz y segura a los pacientes que acuden a Urgencias.
Aumentar la calidad asistencial.
Disminuir la sobrecarga que supone al personal de la Unidad tanto TCAE como enfermeros, la incorporación de personal sin experiencia en Urgencias.

MÉTODO

Preparación de un manual de acogida con material didáctico que incluye medios audiovisuales, documentación, enlaces on line.
Sesiones informativas sobre el funcionamiento interno de la Unidad.
Cualificación del personal de nueva incorporación.

INDICADORES

Nª de sesiones informativas realizadas a lo largo del año.
Porcentaje de asistentes a las sesiones clínicas.

DURACIÓN

Este proyecto se realiza durante el año 2019.
La previsión de las sesiones será a demanda y en dependencia de los periodos de contratación. (Mínimo 2 al año)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1049

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 16/12/2020

2. RESPONSABLE ADRIAN SOLANS ATANCE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCEGA TIRADO JOSE LUIS
MARIN MORCILLO INMACULADA
JORQUI PEREZ EVA
RODRIGUEZ PEREZ NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dos reuniones de trabajo para protocolizar la atención del Código Ictus en Urgencias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Finalización del protocolo para próximamente realizar un curso para los profesionales del servicio de urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aprender en cuanto a los pasos a seguir en la activación y previa activación del Código Ictus

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1049 ===== ***

Nº de registro: 1049

Título
LA ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL CODIGO ICTUS EN URGENCIAS

Autores:
SOLANS ATANCE ADRIAN, ALCEGA TIRADO JOSE LUIS, TORRES ARGANDOÑA MARIA PILAR, MARIN MORCILLO INMACULADA, RODRIGUEZ PEREZ NATALIA, JORQUI PEREZ EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: ICTUS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la gran importancia que tiene el tiempo de actuación en el proceso agudo de diagnóstico y tratamiento del ICTUS en el servicio de Urgencias, queremos concienciar al personal de enfermería de Urgencias de que nuestra labor en este proceso es imprescindible e importante.
Además, el Servicio de Neurología nos ha invitado en diversas ocasiones a participar activamente en la fase hiperaguda del ICTUS.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar con eficacia, calidad y seguridad la asistencia a los pacientes en fase hiperaguda del ICTUS.
Mejorar la calidad asistencial.
Colaboración estrecha con el grupo del ICTUS del hospital.

MÉTODO
Preparación de un formulario (check-list) para que el personal de enfermería de Vitales sepa sistemáticamente cómo actuar correctamente ante un paciente con sospecha de ICTUS .
Realización de talleres teórico prácticos sobre los cuidados enfermeros que requieren los pacientes que acuden a Urgencias con sospecha de ICTUS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1049

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS EN URGENCIAS

INDICADORES

Nº de talleres realizados a lo largo del año.
Porcentaje de asistentes a los talleres.

DURACIÓN

Este proyecto se realiza durante el año 2019
La previsión de los talleres será trimestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1423

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

Fecha de entrada: 30/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES BERNAL JULIAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMORES ARRIAGA BEATRIZ
GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO
RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE
VILLAFRANCA RUIZ PAMELA
MARCO BORDERAS MARIA
GONZALEZ ESGUEDA AINHOA
RODRIGO GASCA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Debido a la pandemia, no se han realizado ninguna de las reuniones presenciales previstas así como no se ha avanzado en la elaboración del procedimiento aunque sí se ha ido adaptando el circuito de Triage a las necesidades que se han ido planteando a lo largo de estos meses.

Al disponer de dos consultas para el Triage así como de dos enfermeros, se diferencié el circuito de los pacientes con sospecha de Infección por Coronavirus del resto. En la consulta 2 se realiza el triaje de todo caso sospechoso y se ha habilitado con todo el material de protección necesario para el personal. En la consulta 1 se tria al resto de pacientes. En ambas consultas se han colocado estores transparentes para la separación y protección del personal.

Se ha implementado y puesto en funcionamiento el documento oficial para el triaje manual en caso de caída del sistema, cosa que ocurre con cierta frecuencia.

Se han ido atendiendo las necesidades y dudas que han ido surgiendo.

Se mantiene informado continuamente a todo el personal a través del correo electrónico y a través de los talleres.

Formación:

Para satisfacer la demanda ante el aumento considerable de la plantilla, se han hecho un total de 5 talleres formativos en las siguientes fechas:

- JUNIO: días 10, 15 y 24.
- SEPTIEMBRE: días 15 y 16

Los talleres consisten en una clase teórica con ordenadores y casos ficticios en el aula de informática, así como prácticas reales en el puesto de Triage del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejoras en el sistema informático: Se ha habilitado el programa Web_ e-PAT v4 para tener acceso directo a la historia electrónica (HCE) Esto facilita la consulta por parte del personal de enfermería sobre los antecedentes y pruebas de los pacientes.

Establecido circuito especial para los pacientes con sospecha de infección por COVID.

Puesto en funcionamiento el documento oficial para el triaje manual en caso de caída del sistema.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de trabajo valora positivamente la labor desarrollada puesto que es de gran utilidad para nuestra actividad diaria.

La finalización del Procedimiento es el objetivo principal sin olvidar la atención diaria al Triage y resolución de los problemas y dudas que van surgiendo diariamente.

Por ello y porque Urgencias es un servicio en constante evolución y crecimiento, se hace necesaria una continuidad en el grupo de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1423 ===== ***

Nº de registro: 1423

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1423

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

Autores:

BERNAL JULIAN MARIA DOLORES, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO, RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE, VILLAFRANCA RUIZ PAMELA, MARCO BORDERAS MARIA, GONZALEZ ESGUEDA AINHOA, RODRIGO GASCA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGÍAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Garantizar una atención urgente de calidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La urgencia es un servicio vivo y en constante evolución y crecimiento. Dentro de la urgencia, el Triage es una parte ESENCIAL puesto que constituye la puerta de entrada al sistema sanitario. Permite la clasificación de los pacientes según el nivel de urgencia de una forma segura y eficiente. El triaje se basa en una toma de decisiones a partir de una valoración individualizada, dinámica y adaptada a las características del paciente/familia y del servicio. Esta valoración se realiza a partir de una información muchas veces incompleta y bajo una presión continua por lo que los profesionales que realizan esta función deben tener unas habilidades y competencias específicas. En urgencias, el personal está en constante cambio, por lo que es necesario tener un buen sistema de formación y una plataforma que recoja sus carencias y necesidades y tenga la capacidad de darles solución y apoyo, así como que garantice una continua actualización y formación de sus profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar a aquellos pacientes que requieren de una atención inmediata.
- Clasificar a los pacientes según la prioridad clínica y así disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad.
- Determinar el área de tratamiento más adecuada.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencias.
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales implicados en urgencias
- Brindar información completa al paciente y su familia sobre la clasificación de triaje y los tiempos de espera para su atención.
- Servir de plataforma de apoyo a los profesionales implicados en el proceso de Triage.

MÉTODO

- Actualizar procedimiento de Triage existente en el hospital para adecuarlo a las necesidades reales y actuales del servicio, profesionales y usuarios del servicio de urgencias.
- Servir de apoyo a los profesionales que se encargan del triaje para recoger todas sus dudas e intentar aportar una solución adecuada.
- Programar cursos de formación para el personal de nueva incorporación siguiendo las recomendaciones de SEMES.
- Estar al tanto de actualizaciones periódicas del programa informático, el cual debe estar integrado en los circuitos asistenciales del servicio de urgencias así como de la historia clínica electrónica.

INDICADORES

- Monitorización a la adaptación del nuevo Protocolo.
- Formación de los profesionales de nueva incorporación: se valorará asistencia a cursos de formación y el alcance al mayor número de profesionales.
- Medición de los siguientes indicadores:
 1. Tiempo de admisión/triaje
 2. Tiempo de realización del triaje
 3. Correlación entre ingresos y nivel de triaje
 4. Correlación entre nivel de triaje y complejidad del paciente.

DURACIÓN

Este proyecto se realiza durante el año 2019.
La previsión de las sesiones será mensual, mínimo unas 8 al año.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1423

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA MEJORA DEL TRIAJE

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Fecha de entrada: 20/12/2020

2. RESPONSABLE CARLOS BLANCO CHAMORRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER
MONZON ALEBESQUE FRANCISCO
AMBROJ NAVARRO CARMEN
CAPAPE POVES VICTORIA
PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO
VALLE GERHOLD JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mejorar los resultados ha sido imprescindible la colaboración de todo el Servicio de Urología, por lo que se solicita que todo paciente al que se programa tratamiento quirúrgico de su hipertrofia prostática benigna (HBP) tenga "actualizados" los parámetros de volumen ecográfico de próstata, PSA y tacto rectal, al menos a un año. Se han realizado las monitorizaciones con alto cumplimiento del programa. Además se ha conseguido que se haga constar en la ficha de inclusión en Lista Quirúrgica el dato de cada uno de los parámetros y en la Historia Clínica Electrónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este programa se aprobó a mediados del año 2018 y los resultados, en cuanto a la existencia de al menos 1 ítem de los tres previstos, han sido excelentes. Sin embargo, el parámetro "tacto rectal" está ausente en muchos de los pacientes incluidos, aunque se ha conseguido una mejoría respecto al año previo.

Por ello se hace necesario continuar con el programa durante el año 2021 y probablemente sucesivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para mejorar los resultados vemos necesario modificar el modo de actuación, que ha mejorado gracias a la implantación de la historia clínica electrónica y anotar en la ficha de inclusión en Lista Quirúrgica los parámetros objeto de estudio, antes mencionados, con lo que se minimizaría el esfuerzo para su búsqueda. Si se incluyen estos mismos parámetros en la nota pre ingreso de la historia clínica electrónica sería todavía más eficiente esta búsqueda.

7. OBSERVACIONES.

Durante el desarrollo del programa se ha cambiado el coordinador a Carlos Blanco Chamorro en vez de Francisco Xavier Elizalde Benito

*** ===== Resumen del proyecto 2019/261 ===== ***

Nº de registro: 0261

Título
OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

Autores:
ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER, BLANCO CHAMORRO CARLOS, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, CAPAPE POVES VICTORIA, MARTIN MONTAÑES MANUEL, PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO, VALLE GERHOLD JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

PROBLEMA

La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) se trata de la enfermedad de la próstata más frecuente, siendo el primer motivo de consulta en los servicios de urología. Este programa se aprobó a mediados del año 2018, por lo que los resultados obtenidos fueron del segundo semestre del año, siendo mejor de lo esperado para el primer año. Observamos una gran dificultad para la búsqueda de los datos de los parámetros básicos (volumetría prostática ecográfica, PSA y tacto rectal), ya que están en la historia clínica "en papel". Además, detectamos pacientes sin uno o varios parámetros en el año previo a la intervención quirúrgica, sobre todo el tacto rectal. De hecho, el 11,62% de pacientes se operaron sin ninguno de los 3 parámetros básicos y otros en ausencia de alguno de ellos. Por ello se hace necesario continuar con el programa durante el año 2019 y probablemente sucesivos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del estudio va a ser mejorar el tratamiento de los pacientes con HBP, estandarizando y facilitando el diagnóstico, y por consiguiente el adecuado tratamiento, con alto impacto en la calidad asistencial.

Como consecuencia de se espera:

- Acortar los circuitos de los pacientes.
- Optimizar el tiempo quirúrgico.
- Mejorar la información del proceso de cada paciente.
- Mejorar la atención integral al paciente con hiperplasia benigna de próstata.

MÉTODO

Seguiremos con la estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía.

Para mejorar los resultados vemos necesario modificar el modo de actuación y anotar en la ficha de inclusión en Lista Quirúrgica y protocolos operatorios los parámetros objeto de estudio mejorando su búsqueda.

INDICADORES

Pacientes con volumetría prostática ecográfica (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)

Pacientes con Tacto Rectal (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)

Pacientes con PSA (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)

Pacientes sin los 3 parámetros básicos (estándar =<75% 1º año; =<50% 2º año; =<25% 3º año; <20% en sucesivos)

Estos indicadores serán medidos preoperatoriamente sobre todos los pacientes sometidos a cirugía por HBP durante el periodo evaluado, obteniéndolos de las historias clínicas y revisión de inclusión en lista de espera quirúrgica y protocolos quirúrgicos en la base de datos File Maker del servicio de Urología.

Criterios de exclusión: No se contemplan.

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1/01/2019 Fecha de finalización: abierta

Dado que el Programa es continuación del año anterior, pretendemos hacer 2 monitorizaciones, en junio y diciembre, de los indicadores antes comentados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **