

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de AG y CP-2019)

Número de memorias: 9 (Actualizado el lunes 22 de febrero de 2021 a las 09:10:39 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	CS ATECA	IBAÑEZ FORNES MONICA	2018_0582	F	28/12/2020	PROYECTO ACOPLA SALUD. 3º CURSO
CA	AP	CS MORATA DE JALON	MURO CULEBRAS MARIA	2019_1477	S2	17/01/2021	UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS
CA	AP	CS MORATA DE JALON	MARIN LAZARO RAQUEL	2019_1510	S1	12/01/2021	ENCUESTA DE SALUD DE LA POBLACION ADULTA EN LA ZBS DE MORATA DE JALON
CA	AP	DAP CALATAYUD	BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFI	2019_0046	F	30/12/2020	PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CALIDAD ASISTENCIAL	GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR	2019_0019	S2	30/11/2020	IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE	2019_1097	S2	11/01/2021	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREOTOGRAFIA RETROGRADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	BLANCAS COSTEA ANA MARIA	2019_1170	F	30/12/2020	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2019_0053	S2	31/12/2020	MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	GONZALEZ ARIZA BENJAMIN	2019_1152	S2	18/12/2020	ATENCION DEL PACIENTE CRITICO EN EL AREA DE URGENCIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

PROYECTO ACOPLA SALUD. 3º CURSO

Fecha de entrada: 28/12/2020

2. RESPONSABLE MONICA IBAÑEZ FORNES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO TABERNERO ANTONIO
DELGADO BUENO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como en los años anteriores, la enfermera responsable de este proyecto se reunió el 18 de octubre de 2019 con el IES Zaurín de Ateca para organizar el tercer año del proyecto, correspondiente al penúltimo año del mismo, que inicialmente pretendía abarcar los 4 cursos de la E.S.O.

Las actividades que se programaron para los alumnos de 3º de la E.S.O. eran:

a) Llevar un alimento rico en hidratos de carbono de absorción rápida antes de las clases de educación física.
b) Realizar un trabajo sobre balance energético, que se elaboraría por los alumnos entre el 2º y 3º trimestre lectivo.

- Para los alumnos de 1º y 2º de la E.S.O. se mantenían las actividades del proyecto ya iniciadas en años anteriores para dichos cursos, con el fin de que una vez finalizado el proyecto colocar esta actividad dentro de la agenda comunitaria del centro de salud de Ateca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a la situación de pandemia por la Covid, lamentablemente la comunicación con el Instituto se vio paralizada, cesando todos los contactos hasta la fecha actual.

Con los profesores de Educación Física del curso lectivo 2019/20 se tuvo un último contacto antes de terminar el curso, donde se constató que los alumnos sí habían realizado el trabajo sobre balance energético, aunque desde el centro de salud ya no se pudo colaborar con ellos.

También, por manifestaciones de los padres de los alumnos, sabemos que estos siguen tomando antes de las clases de educación física algún hidrato de carbono de absorción rápida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La colaboración con el I.E.S. Zaurín de Ateca ha sido una parte novedosa de nuestro trabajo que nos ha gustado mucho iniciar y realizar. Desgraciadamente, debido a la situación actual de pandemia, nos sentimos en la necesidad de concluir este proyecto sin alcanzar la meta que nos habíamos propuesto a su inicio, puesto que creemos que es un momento muy delicado y en el que debemos priorizar nuestros esfuerzos. Ello no supone que descartemos en el futuro retomar nuevas actividades de este u otros proyectos con la comunidad educativa del instituto atecano. Creemos que el incidir en la adquisición de buenos hábitos alimenticios desde el instituto ha sido un beneficio tanto para los alumnos como para sus padres, puesto que también se les implicaba a ellos, siendo desde el inicio muy bien acogido este proyecto.

Desde el centro de salud, se ha incorporado sistemáticamente a las revisiones de los niños de 14 años un tríptico informativo de buenos hábitos alimenticios, traducido a varios idiomas, que sobre todo agradecen mucho al recibirlo las madres inmigrantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/582 ===== ***

Nº de registro: 0582

Título
ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

Autores:
IBAÑEZ FORNES MONICA, BUENO TABERNERO ANTONIO, BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

PROYECTO ACOPLA SALUD. 3º CURSO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El I.E.S. "Zaurín" de Ateca, está adherido al programa "Escuelas Promotoras de Salud". Cuando el SARES se reúne con el Instituto, nuestro Centro de Salud es invitado a participar en el proyecto, poniéndose el Equipo a su disposición.

En septiembre de 2017 se realizan reuniones con los profesores para valorar los programas prioritarios. Los profesores de E. Física observan malos hábitos alimentarios en los adolescentes, ya que en sus clases los alumnos presentan más síncope de los esperados tras realizar ejercicio físico.

Inicialmente se evaluaron los hábitos nutricionales de los alumnos mediante encuesta y cálculo del Índice de Masa Corporal individual. Se pretendía conocer directamente la situación actual y valorar la necesidad real de iniciar un proyecto educativo.

De las 57 encuestas contestadas señalaremos que:

3 alumnos contestaron que no sabían si habían recibido una buena educación sobre alimentación, 1 alumno contestó que no, y el resto que creían haber recibido una buena formación.

En cuanto a si creían comer adecuadamente, 3 contestaron que no, 6 que no lo sabían y el resto que creían comer adecuadamente.

44 niños hacen deporte regularmente fuera del ámbito escolar.

22 niños dicen realizar 5 comidas al día.

35 niños no realizan desayuno o almuerzo.

Solo 2 alumnos refieren comer fruta si "pican" algo entre comidas, el resto toma snacks, frutos secos o chuches.

Los resultados mostraron según las tablas de I.M.C. para niños y adolescentes que:

El 16,3% presentaba obesidad.

El 23,6 presentaba sobrepeso.

El 43,6% presentaba valores normales.

El 10,9% presentaba desnutrición leve.

El 3,6% presentaba desnutrición moderada.

El 1,8% presentaba desnutrición severa.

3 alumnos se negaron a pesarse.

Según nuestra valoración los alumnos estudiados presentan una cifra de exceso de peso global del 39,9%, con un 23,6% de sobrepeso y un 16,3% de obesidad, cifras superiores a otros estudios.

Por ello se decidió intervenir realizando actividades educativas con los alumnos durante la ESO, con el objetivo de conseguir una conducta alimentaria adecuada al final del ciclo formativo.

RESULTADOS ESPERADOS

AL FINALIZAR ESO:

Que los alumnos lleven una alimentación saludable.

Que los alumnos sepan modificar su alimentación en función del gasto energético que realicen.

Aumentar el % de alumnos con un I.M.C. dentro de la normalidad, según talla y sexo.

Disminuir el % de alumnos con sobrepeso y obesidad, adecuándolas a las cifras de prevalencia en Aragón.

TRAS EL CURSO 2017-18 en 1º de la ESO:

Aumentar los conocimientos sobre alimentación y balance energético.

Aumentar el % de alumnos que desayunan diariamente.

EN CADA CURSO:

Anualmente se consensuarán los objetivos más adecuados

Reforzar los conocimientos de los alumnos adquiridos el año pasado.

Informar e implicar a los padres de los alumnos en el proyecto

MÉTODO

Charla taller sobre alimentación en 1º ESO, con PowerPoint.

Al inicio de cada curso se definirán las actividades más adecuadas. Un avance sería:

Charlas para padres/madres o tutores sobre hábitos alimentarios.

Charla-taller sobre trastornos de la conducta alimentaria.

Talleres sobre alimentación, consumo responsable y alimentos km. 0.

INDICADORES

PARA EL CURSO 2017-18:

Nº de profesionales de Equipo de Salud implicados en el desarrollo y actividades, sobre el total de miembros del Equipo.

Nº de profesores del Instituto implicados, sobre el total del claustro.

Nº de alumnos que han asistido a las sesiones, sobre el total de alumnos.

% de alumnos de 1º que han adquirido el hábito de desayunar, sobre el total de alumnos de 1º.

Nº de síncope tras el ejercicio físico, con registro de los episodios y datos de si han desayunado y si

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

PROYECTO ACOPLA SALUD. 3º CURSO

ocurren en alumnos diferentes o en los mismos.

AL FINALIZAR ESO:

Se tendrá en cuenta el nº de alumnos que a lo largo del proyecto han abandonado, repetido o dejado el Instituto.

1- Mediante nuevo cálculo del I.M.C. y comparación con el previo:

Nº de alumnos que han normalizado su peso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.

% de alumnos que han disminuido su grado de obesidad o sobrepeso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.

2- Mediante nueva encuesta:

Nº de alumnos que han aprendido a adecuar la ingesta antes del ejercicio, sobre el total de alumnos.

Nº de alumnos que desayunan diariamente, sobre el total de alumnos.

Nº de alumnos que han modificado positivamente sus hábitos alimentarios sobre el total de alumnos.

DURACIÓN

Toma de contacto con Dirección del I.E.S.: 9/2017.

Reuniones periódicas con la Dirección del I.E.S. y durante todo el curso.

Reuniones periódicas entre enfermera responsable y el Equipo de Salud.

Reuniones con los profesores: 3 en el 1º trimestre y una por ahora en el 3º.

Reuniones con el jefe de Cocina del I.E.S.: 2 en el 1º trimestre.

Encuesta de hábitos alimentarios a alumnos de 1º: 12/ 2017.

Cálculo a los alumnos de 1º del I.M.C.: 12/2017.

Charlas-talleres, 2 sesiones en grupos de 30 alumnos, 5/ 2018.

Encuesta para valorar el nº de alumnos que han adquirido el hábito de desayunar y a modificar la ingesta según ejercicio previsto: 10/2018.

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 - 2019/1477

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

Fecha de entrada: 17/01/2021

2. RESPONSABLE MARIA MURO CULEBRAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN LAZARO RAQUEL
GARCIA FRUCTUOSO MAITE
PUERTAS CANTERIA ALFONSO
SOS ROYO BERTA
RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA
GARCIA ANDRES DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó una reunión de equipo tras los resultados de la memoria previa para valorar cambios en la recogida y el registro de los datos.
- Se establecieron nuevos criterios de recogida y se adaptó la tabla excel.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Sólo se tiene registro en este año 2020 de 10 test realizados por lo que los resultados obtenidos no son concluyentes ni representativos, puesto que hay un escaso registro de los mismos así como una disminución marcada del realización del test.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Por una parte durante varios meses la consulta ha sido principalmente no presencial por lo que a las consultas solo llegaban aquellos cuadros que llevaban días de evolución y que mayoritariamente con la exploración clínica era suficiente para el tratamiento.
- Por otra parte se ha notado una disminución de los cuadros catarrales de vías altas y los cuadros de amigdalitis agudas, muy probablemente debido a las medidas de distanciamiento social y protección.
- Cabe destacar además, que casi la totalidad de estos test se realizaron en la consulta que se asignó como "Respiratorio", en la cual, dadas las características de nuestro centro se trata de una sala adaptada en la que no hay ordenador ni papeles para el registro puntual, por lo que muchos resultados han quedado de nuevo registrados en la historia de cada paciente pero NO en el registro manual común.

7. OBSERVACIONES.

- Este proyecto se ha visto afectado por la situación de pandemia actual que nos ha obligado a cambiar muchas de nuestras formas de consulta.
- Ha habido una disminución de la incidencia de cuadros de faringitis y amigdalitis aguda, o por lo menos ha habido una menor frecuencia de consulta por estos motivos.
- De nuevo la limitación a la hora de registrar el trabajo, nos hace concluir que es necesario trabajar en la forma de crear una plantilla que pueda ser accesible desde OMI para que haya un mejor acceso a los registros y a los resultados.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1477 ===== ***

Nº de registro: 1477

Título
UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

Autores:
LACORT BELTRAN EVA, ABAD TUDELA CORO, MARIN LAZARO RAQUEL, GARCIA F MAITE, PUERTAS CANTERIA ALFONSO, SOS ROYO BERTA, RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA, GARCIA ANDRES DIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: faringoamigdalitis
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1477

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringoamigdalitis es la patología infecciosa más frecuente en AP, de etiología principalmente viral, un 10-30 por ciento son de origen bacteriano, con el Estreptococo betahemolítico del grupo A como el más frecuente. En la práctica habitual, el diagnóstico clínico, tiene baja sensibilidad (55-74%) y especificidad (58%-76%) por lo que la prescripción antibiótica es alta. Para identificarla se han propuesto varias escalas de predicción clínica y según su resultado realizar o no el test, como la de McIsaac (modificados de Centor): exudado faríngeo, adenopatías cervicales anteriores, fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, ausencia de tos y edad a partir de 3 años, positiva si cumple 2 o más criterios. Presenta una Sensibilidad y Especificidad superior al 90% y un VPN del 98%, y con su empleo, se minimiza la prescripción innecesaria de antibióticos. Por ello se hace necesaria la implementación de proyectos como éste para hacer un adecuado uso de los recursos y racionalizar el uso de antibióticos, en línea con la estrategia del Salud sobre URM e IRASPROA.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: Determinar la utilidad en Atención Primaria de un test rápido de detección de estreptococo betahemolítico.

Objetivos secundarios:

Conocer la prevalencia de infección bacteriana por estreptococo betahemolítico en nuestro medio de trabajo. Tratar de forma eficiente la faringoamigdalitis aguda y optimizar el uso de Antibióticos. Evitar el contagio por EBHGA en la comunidad para romper la cadena epidemiológica. Disminuir la variabilidad diagnóstica. Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a las consulta de AP. con este proceso.

MÉTODO

En primer lugar se realizará una sesión formativa en el EAP para la puesta en funcionamiento de este proyecto clínico en el CS, en la que se revisará la Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda, las indicaciones de realización de la prueba así como la técnica de TRDA para todos los profesionales del equipo. Se realizará una tabla Excel para recoger los datos en cada una de las consultas -Medicina de Familia, Pediatría y Urgencias- en la que figurarán los siguientes datos: edad del paciente, tiempo de evolución, número de criterios según la escala de McIsaac, lpresencia o no de alergias medicamentosas, resultado obtenido en el streptotest, antibiótico en caso de ser positivo y necesidad de o no nueva asistencia en los 10 días siguientes por el mismo motivo. Para ello se seleccionarán a aquellos que acudan al centro de salud con sintomatología de faringoamigdalitis aguda.

INDICADORES

Indicador nº 1: -. Pacientes con TRDA positivo

Definición: porcentaje de pacientes con TRDA positivo

Fórmula: N° de pacientes con TRDA positivo / N° de pacientes a los que se realiza el TRDA en el período definido

Valor a alcanzar: 60%

Límite inferior: 40%

Indicador nº 2: Pacientes a los que se realiza el TRDA

Definición: porcentaje de pacientes a los que se realiza el TRDA

Fórmula: N° de pacientes a los que se realiza el TRDA / N° de pacientes que consultan por clínica de faringoamigdalitis en el mismo período.

Valor a alcanzar: 60%

Límite inferior: 40%

Indicador nº 3: Pacientes con TRDA falso negativo

Definición: porcentaje de pacientes con TRDA falso negativo

Fórmula: N° de pacientes con TRDA falso negativo / N° pacientes con TRDA negativo.

*(Pacientes que habiendo dado el TRDA negativo en la primera visita, aparecieron con clínica muy sugerente de FAA y/o TRDA positivo en los 10 días siguientes)

Valor a alcanzar: marcar el % según el valor predictivo negativo del TEST

Límite inferior: marcar el % según el valor predictivo negativo del TEST

DURACIÓN

Sesión clínica del equipo en marzo/abril de 2019.

Puesta en marcha a partir del 16 de abril de 2019. Evaluación a través de sesiones de Equipo cada tres meses. Fin del programa 15 de diciembre de 2019. Evaluación final en enero-febrero de 2020.

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 - 2019/1510

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SALUD DE LA POBLACION ADULTA EN LA ZBS DE MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 12/01/2021

2. RESPONSABLE RAQUEL MARIN LAZARO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA
SOPESENS GARETA MARIANO
SOS ROYO BERTA
GARCIA ANDRES DIANA
TEJEDOR SANJOSE ROSARIO
RAMOS ROY ISABEL
ABAD TUDELA CORO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han preparado las encuestas, los carteles anunciadores, las cajas a modo de buzón que se han puesto en los consultorios locales y Centro de Salud, se han repartido encuestas en las consultas y se han puesto también, junto a los buzones para coger libremente.
Se comunicó en el Consejo de Salud, iban a hacerse encuestas de salud para mayores de dieciocho años.
Se han recogido las encuestas rellenas.
Posteriormente se han registrado todos los datos obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han repartidos 300 encuestas de las que se han respondido 231, dos encuestas son nulas por estar rellenas de manera inadecuada. Por lo que se han respondido un 77% de las encuestas repartidas. El indicador que habíamos propuesto era: n° de encuestas respondidas/n° de encuestas repartidas entre un 25% y un 50%, por lo que hemos superado ampliamente este objetivo.
El otro indicador era 278 encuestas/1000 habitantes con un nivel de confianza entre 95% y 99%, pero según la Survey Monkey para una población de 1793 adultos con un nivel de confianza de 95% una precisión del 3% con un tamaño de 214 encuestas sería suficiente. Dado que hemos ampliado el periodo de recogida por la dificultad de conseguir respuestas consideramos que las 231 encuestas son suficientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos observado que si dejábamos las encuestas para que las recogieran los pacientes, obteníamos menos respuestas que si las dábamos en mano, por lo que el reparto ha sido sobretodo activo.
Como datos más significativos:
Hemos observado que de la población encuestada un 79.91% toma una o más veces al día fruta fresca y un 10.48% zumo natural, el 53.27% toma verdura, ensalada, hortalizas una o más veces al día. Si sumamos la proporción de carne, huevos y pescado el consumo de una o más veces al día es de 30.12%, legumbres 7.42%, productos lácteos 73.361%, comida rápida 1.74%, aperitivos, patatas fritas, ganchitos...2.62%, embutidos y fiambres 6.97%.
Un 47.60% no come nunca comida rápida, 2.62% no come nunca pescado.
Un 78.16% hace algún tipo de ejercicio
Durante el año 2020, tenemos el proyecto de trabajar todos los datos comparándolos con las recomendaciones nutricionales actuales para posteriormente realizar las actividades que se consideren oportunas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1510 ===== ***

Nº de registro: 1510

Título
ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE MORATA DE JALON

Autores:
MARIN LAZARO RAQUEL, RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA, SOPESENS GARETA MARIANO, SOS ROYO BERTA, GARCIA ANDRES DIANA, TEJEDOR SANJOSE ROSARIO, RAMOS ISABEL, ABAD TUDELA CORO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención de problemas de salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1510

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SALUD DE LA POBLACION ADULTA EN LA ZBS DE MORATA DE JALON

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hemos comenzado a trabajar en atención comunitaria, por ello es interesante conocer los hábitos de las personas (alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol) que forman parte de nuestra Zona de Salud para a partir de los problemas que se detecten buscar soluciones.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana es adultos desde dieciocho años.
En este año se espera recoger información, elaborarla, sacar conclusiones, para el año que viene buscar soluciones el EAP y o en coordinación con los activos comunitarios.

MÉTODO

Información en el Consejo de Salud de la encuesta una vez elaborada y abierta a las sugerencias y cambios oportunos.. Información por carta a las socias de las asociaciones de mujeres y a las personas que acuerden los miembros del Consejo de Salud para mejor difusión a la población.. Comunicación de resultados y propuesta de acciones en el Consejo de Salud de otoño.
Se necesitarán sobres, sellos, papel. Cajas que hagan de buzones.
Los cambios previstos se podrán determinar una vez recogida la información

INDICADORES

Para 1793 adultos, nivel de confianza 95%, una precisión del 3%, una proporción del 5% y un 15% de pérdidas esperadas, necesitaremos 214 encuestas respondidas como mínimo.
Nº de encuestas respondidas/ Nº de encuestas repartidas. Entre 25% y 50%

DURACIÓN

Junio: información al Consejo de Salud y elaboración definitiva de encuesta
Julio: difusión de información con carteles en consultorios y C.S. envío de cartas..
Octubre : Procesamiento de la información, conclusiones, puesta en común en Consejo de Salud y elaboración de acciones.
Noviembre: Comunicación de resultados a la población.

OBSERVACIONES

Se envía fuera de plazo con permiso de dirección

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0046

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

Fecha de entrada: 30/12/2020

2. RESPONSABLE WAFABEN CHEIKH EL AAYUNI
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO PASCUAL MARGARITA
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA
CLEMENTE SALA ESPERANZA
PONCE LAZARO MARIA JOSEFA
PEREZ TORNOS MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó el un grupo de esterilización con fecha del 28/02/2019, este grupo incluye Técnico de Salud de AP, Directora de Enfermería de AP, Farmacéutico de AP, TCAE C.S Calatayud Norte, Higienista dental C.S Calatayud y la Responsable de Esterilización Hospital Ernest Lluch.

Se celebraron 4 reuniones en las siguientes fechas: 28/02/2019, 27/08/2019, 30/08/2019 y 27/09/2019, para elaborar el procedimiento de limpieza, desinfección y esterilización. Actualmente disponemos del procedimiento pendiente de la aprobación del propio grupo y de la comisión de Gestión Clínica y calidad asistencial en Atención Primaria (No ha sido posible la reunión de la comisión durante 2020).

De forma paralela, se celebró un curso de formación de 2 horas de duración: "Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria sector Calatayud" dirigido a los responsables de esterilización de cada EAP, el 16/09/2019 de 13:00-15:00 (9 alumnos), realizamos un curso similar el 20/11/2018 (14 alumnos), asegurando la formación a todos los responsables de los equipos incluidas las dos higienistas de la USBD. La realización de sesión formativa por parte de los responsables de esterilización en sus respectivos EAP no se realizó por la paralización de la formación presencial durante 2020.

El Sector de Calatayud incluye 10 EAP, los equipos de Atención Primaria de Calatayud Norte y Calatayud Sur comparten el mismo esterilizador (o autoclave), junto a la USBD (Unidad de salud Bucodental) que dispone de 2 esterilizadores uno en cada consulta. En total, en el Sector, hay 11 esterilizadores. Todos los esterilizadores son de clase B. Realizamos 9 auditorías del proceso de esterilización en todos los centros de salud a la excepción del EAP de Daroca. Los centros auditados son: C.S. Saviñan (15/11/19), C.S. Illueca (15/11/19), C.S. Morata de Jalón (15/11/19), C.S. Ariza (29/11/19), C.S. Ateca (29/11/19), C.S. Alhama de Aragón (19/12/19), C.S. Villarroya de La Sierra (17/01/2020), las 2 Consultas de Odontología de la USBD (21/01/20) y C.S. Calatayud Norte/Sur (21/01/20).

Los puntos principales auditados fueron:

1. Proceso de limpieza: disponibilidad del material necesario (bateas, Cubeta de tamaño adecuado, Agua corriente, detergente enzimático, cepillo de cerdas de nylon, papel para el secado), y el cumplimiento de las técnicas de limpieza (diluir el detergente enzimático, retirar los restos macroscópicos de materia orgánica, sumergir, cepillar, aclarar, secar, inspeccionar y empaquetar).
2. Esterilización: Preparación del autoclave, envasado de los materiales, realizar el Test de Bowie & Dick, cargar el autoclave, descargar el autoclave, controles de calidad y registros del proceso de esterilización.
3. Almacenaje, distribución y transporte de instrumentos. La duración de las auditorías fue de 30 min a 60 min dependiendo del grado de implementación del proceso de esterilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: Porcentaje de Auditoría del proceso de esterilización por centro de salud (límites superior e inferior: 40-100%; valor a alcanzar: 60%):

Realizamos 9 auditorías (que incluyen 8 centros de salud y la USBD, el equipo de Daroca no fue auditado, lo programamos para el año 2020) que incluyen 10 esterilizadores, siendo el 90% de los centros.

Indicador 2: Porcentaje de centros de salud en los que se realizan los procedimientos de forma correcta (Límites superior e inferior: 40-100%; valor a alcanzar: 60%)

Consideramos que un equipo está realizando los procedimientos de limpieza y esterilización de forma correcta si cumplen como mínimo estos criterios:

- Proceso de limpieza: Disponer de los materiales necesarios para la limpieza y utilización de los equipos de protección personal. Seguir los pasos correctos de limpieza recogidos en el procedimiento (enjuagar bajo el chorro de agua fría, diluir el detergente enzimático siguiendo las indicaciones del fabricante, sumergir el instrumento el tiempo recomendado, cepillar, aclarar, secar, inspeccionar visualmente).

- Proceso de esterilización: Realizar de forma correcta el empaquetado de los instrumentos, la preparación del autoclave, realización de la prueba de Bowie-Dick, cargar el autoclave, descargar el autoclave, interpretación de los resultados de los controles de calidad y cumplimentación de los registros de control de carga.

El check-List de la auditoría recoge de forma más detallada cada uno de los puntos anteriormente mencionados. Las principales desviaciones registradas fueron:

1. Se evidencia la utilización de material abrasivo para la limpieza de los instrumentos en el 50% de los equipos, y que algunos profesionales cepillan los instrumentos antes de sumergirlos en el detergente lo que maximiza la aerosolización de los microorganismos.
2. Se evidencia que no se respeta las indicaciones del fabricante para la dilución del detergente enzimático, por ejemplo: dilución del detergente con días de antelación (10%), utilizar un desinfectante de alto nivel para la limpieza de los instrumentos (20%), utilización de detergente caducado (10%), el remojo prolongado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0046

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

100%. En el 20 % de los esterilizadores no se puede imprimir los parámetros físicos de control del proceso (temperatura, presión y tiempo) por falta de impresoras. En el 30% de los esterilizadores no se realizan la prueba de Bowie-Dick por desconocimiento de los profesionales responsables de esterilización (incorporación nueva o porque no asistieron al curso).

Indicador 3: Porcentaje centros de salud que realizan correctamente los controles de calidad del procedimiento de esterilización (Límites superior e inferior: 40-100%; valor a alcanzar: 60%) Controles de calidad del procedimiento de esterilización: Disponer de los registros de control de carga que deben recoger los siguientes datos: fecha y número de ciclo, los resultados de los controles físicos impresos de cada ciclo, de los indicadores químicos externos, de la prueba de Bowie-Dick, de los integradores químicos (todos grapado en la misma hoja), y del indicador Biológico (la etiqueta pegada en la misma hoja).

a. El 100 % de los equipos disponen de registros de carga (60 % utilizan el formato nuevo).

b. El 80% de los equipos no indican el número de ciclo (suelen realizar un ciclo a la semana), a la excepción a Calatayud Norte/Sur y en la USBD.

c. En el 100 % de los esterilizadores disponen de controles de parámetros físicos impresos, presión.

d. En el 70% de los esterilizadores se realizan la prueba de Bowie-Dick.

e. En el 100% se realiza el indicador biológico semanalmente, a la excepción de algunos equipos lo realizan cuando tienen ciclos (1 ciclo cada quince días debido al poco volumen de instrumentos).

Indicador 4: Porcentaje de sesiones formativas impartidas en los EAPs.

Durante 2020 no ha sido posible impartir las sesiones de formativas en forma de curso-taller de dos horas programadas en cada equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora valora de forma positiva las actividades realizadas; la formación a nivel de los responsables de esterilización y la realización de las auditorías que nos ha permitido valorar el grado de cumplimiento de los procedimientos detectando las diferentes desviaciones que nos permitirá la adaptación de la formación en el futuro. La probabilidad de replicación en otros sectores es muy alta.

7. OBSERVACIONES.

La pandemia ha paralizado la formación presencial a nivel de los equipos incluyendo a todos los profesionales. Adaptaremos la formación en forma de videos y cursos online para asegurar la continuidad de la formación de los responsables de esterilización.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/46 ===== ***

Nº de registro: 0046

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

Autores:
BEN CHEIKH EL AAYUNI Wafa, BUENO PASCUAL MARGARITA, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, CLEMENTE SALA ESPERANZA, PONCE LAZARO MARIA JOSEFA, LAYUS ABAD MARIA CRISTINA, PEREZ TORNOS MARIA CARMEN, BERNAL TORRES MARIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: SEGURIDAD DEL PACIENTE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el año 2014, la Dirección de Atención Primaria del Sector, ha puesto en marcha acciones de mejora para resolver las incidencias detectadas en las auditorías internas y externas del SGC ISO 9001:2008 relacionadas con los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario. La implantación del mantenimiento preventivo anual de todos los esterilizadores, la impartición de sesiones formativas a los responsables de esterilización y la dotación de todos los centros de un esterilizador clase B fueron algunas de las acciones de mejora realizadas. No obstante, la necesidad de un plan integral de mejora es imprescindible para unificar los procedimientos y mejorar la formación y capacitación de los profesionales responsables de esterilización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0046

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal:

Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en AP a través de la implantación y difusión de buenas prácticas en la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario.

Objetivos específicos:

1. Unificar los procesos de limpieza, desinfección y esterilización en el sector.
2. Mejorar la capacitación de los profesionales en la gestión, seguridad y calidad de los procedimientos.

MÉTODO

1. Crear un grupo de esterilización en Atención Primaria que integrará la técnico de salud como coordinadora del grupo, la supervisora de la central de esterilización del Hospital Ernest Lluch, una higienista, una auxiliare de enfermería y dos enfermeras.
2. Elaboración el procedimiento de limpieza desinfección y esterilización
3. Difusión del procedimientos: realización de un curso de 2 horas de duración: "Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria sector Calatayud" dirigido a los responsables de esterilización de cada EAP
4. Realización de sesión formativa por parte de los responsables de esterilización en sus respectivos EAP
5. Realizar una auditoría del proceso de esterilización por centro de salud
6. Evaluación del informe global de las auditorías y puesta en marcha de las acciones de mejora

INDICADORES

1. Porcentaje de sesiones formativas impartidas en los EAPs: límites superior e inferior: 80-100% ; valor a alcanzar: 90%
2. Porcentaje de Auditoría del proceso de esterilización por centro de salud: límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%
3. Porcentaje de centros de salud en los que se realizan los procedimientos de forma correcta. : límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%
4. Porcentaje centros de salud que realizan correctamente los controles de calidad del procedimiento de esterilización. : límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%

DURACIÓN

1. Creación del Grupo de trabajo de esterilización -->febrero 2019
2. Elaboración el procedimiento --> febrero 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
3. Curso "Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria Sector Calatayud" --> febrero - marzo 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
4. Realización de sesión formativa por parte de los responsables de esterilización en sus respectivos EAP (10 sesiones en total). Abril - junio 2019, responsables: responsables de esterilización que han recibido el curso anteriormente mencionado
5. Realizar una auditoría del proceso de esterilización por centro de salud (10 auditorías en total) --> Septiembre - octubre 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
6. Evaluación del informe global de las auditorías y puesta en marcha de las acciones de mejora --> octubre - diciembre 2019: DAP del sector

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0019

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Fecha de entrada: 30/11/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GARCIA AGUIRRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

URIARTE PINTO MOISES
CARNICERO GIMENO LAURA
GUTIERREZ CATALAN ELENA
TORO NUÑEZ MAXIMILIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades programada pero no realizadas por Pandemia covid-19 y paralización de toda actividad formativa presencial:

- Realización de 3 ediciones de la siguiente actividad formativa. E1215: TALLER DE RCP BÁSICA: CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTIÓN DEL CARRO DE PARADA CARDIACA. PACIENTE ADULTO.

El indicador relacionado con este objetivo/actividad no se ha podido alcanzar.

Actividades realizadas:

- Formación de un equipo de mejora de evaluación post-parada del hospital Ernest LLuch
- Elaboración del protocolo de reanimación cardiopulmonar neonatal en el Hospital Ernest Lluch.
- Revisión, actualización y elaboración de los protocolos de preparación y mantenimiento de los carros de paradas y circuito de actuación en los servicios de Consultas Externas, Unidad Materno Infantil y Radiología
- Actualización y difusión de documentación e infografía por la nueva adquisición de respiradores portátiles para los carros de paradas de las unidades de hospitalización del hospital Ernest LLuch
- Revisión programada de los carros de paradas según protocolos vigentes del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1:

% de profesionales de enfermería entrenado

0%. No se ha podido realizar el plan formativo indicado anteriormente en 2020

Indicador 2:

% de Carros de PCR correctamente revisados según protocolo

100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La situación de pandemia actual ha hecho inviable la programación prevista en cuanto a formación presencial de nuestro proyecto. A pesar de ello hemos avanzado en otras líneas muy relacionadas con el mismo indicadas anteriormente.

Esperamos que en 2020 podamos finalizarlo ya que hemos vuelto a programar actividades formativas relacionadas con la RCP básica dirigida a todo el personal sanitario y no sanitario. Además queremos finalizar la actualización y revisión de todos los protocolos anteriormente nombrados.

7. OBSERVACIONES.

Ha dejado de formar parte del proyecto: M^a Mar Rodrigo Perez (traslado a otro hospital) y ha entrado a formar parte del equipo Maximiliano Toro Nuñez (FEA anestesista del HELL)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/19 ===== ***

Nº de registro: 0019

Título
IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Autores:
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR, URIARTE PINTO MOISES, RODRIGO PEREZ MARIA MAR, CARNICERO GIMENO LAURA, GUTIERREZ CATALAN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0019

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incidencia de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCR) es aproximadamente del 1-5%, con una supervivencia al alta del 20%(1)
Los primeros minutos son los más valiosos en resucitación, de tal manera que cada minuto de retraso disminuye el 8-10% las posibilidades de supervivencia.
La realización de la Reanimación cardiopulmonar (RCP) precoz, es una responsabilidad del hospital, que debe crear y mantener un plan de respuesta coordinada y multidisciplinaria para su atención.
El personal de enfermería suele ser el que en primer lugar y en más ocasiones se enfrenta a situaciones de reconocimiento de una PCR, y, en muchas ocasiones, otros trabajadores (auxiliares de enfermería, celadores administrativos,...) podrán estar en el escenario de una PCR, por lo que todos ellos deberían ser conocedores del algoritmo a seguir ante toda PCR que se produzca en este hospital además de poseer unos conocimientos teóricos y unas destrezas prácticas que le hagan ser capaces de iniciar y mantener unas maniobras de RCP hasta la llegada del personal facultativo responsable.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un protocolo común de RCP en el hospital para responder a la parada cardíaca de forma rápida y eficaz, y así mejorar la supervivencia.
- Establecer un circuito de llamada al personal facultativo que se hará cargo de las maniobras de RCP avanzada considerando posibles situaciones en las que pudieran tener que actuar distintos profesionales.
- Aportar los conocimientos teóricos necesarios, así como las habilidades prácticas tanto para la identificación y detección de signos y síntomas que preceden a una PCR como para la resolución de la PCR mediante maniobras de RCP con el material real del que se dispone en cada servicio
- Promover un registro de paradas cardíacas intrahospitalarias que permita conocer los resultados y corregir las deficiencias detectadas
- Desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico en RCP para el personal sanitario y no sanitario del hospital

MÉTODO

- Difundir e implantar los protocolos aprobados por la dirección del Hospital Ernest LLuch, sobre preparación y mantenimiento de los carros de parada cardíaca y circuito de actuación ante una parada cardiorrespiratoria en el hospital.
- Desarrollar un programa formativo basado en:
 - Dotar a los profesionales de los conocimientos necesarios para afrontar con resolución las situaciones de parada cardiorrespiratoria.
 - Capacitar a los profesionales para ejecutar maniobras específicas y adecuadas, en pacientes con alteraciones de la salud relacionadas con situaciones de parada cardiorrespiratoria.
 - Conocer y desarrollar gestos terapéuticos básicos para ofrecer una respuesta positiva, activa y adecuada en situaciones de emergencia individual.
 - Revisar las últimas modificaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resuscitation Council en relación con el Soporte Vital Básico

INDICADORES

FICHA INDICADOR 1

Nombre del indicador 1: Formación en soporte vital básico (SVB)
Área del indicador: Todo el hospital exceptuando el área de pediatría
Fórmula: N° de profesionales formados
Población: Profesionales dependientes de la dirección del centro
Tipo de indicador: Proceso
Fuente de datos: Unidad de formación continuada del Sector
Responsable de la medición: Unidad de formación continuada del Sector
Periodicidad de la medición: Anual
Estándar: 40-50 profesionales

FICHA INDICADOR 2

Nombre del indicador 2: Carros de PCR correctamente revisados
Área del indicador: Hospitalización de adultos
Fórmula: N° de carros con revisiones correctamente realizadas/
N° total de carros existentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0019

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Población: Unidades de enfermería con carros de PCR
Tipo de indicador: Proceso
Fuente de datos: Registro de revisión del carro de PCR
Responsable de la medición: Unidad de Calidad
Periodicidad de la medición: Anual
Estándar: 100%

FICHA INDICADOR 3

Nombre del indicador 3: Paciente adulto que ha sufrido una parada cardio-respiratoria
Área del indicador: Todo el hospital excepto área de pediatría
Fórmula: N° de pacientes adultos que han sufrido una PCR /
Total de pacientes adultos ingresados
Población: Total de pacientes ingresados en el hospital
Criterio de exclusión: Pacientes con prescripción médica de no reanimar, Pacientes que manifiestan su deseo de no recibir RCP (instrucciones previas) y pacientes en los que la PCR es un episodio esperado inevitable en el curso de una enfermedad terminal.
Tipo de indicador: Proceso
Fuente de datos: Historia Clínica del paciente (registro de parada cardiaca)
Responsable de la medición: Unidad de Calidad
Periodicidad de la medición: Anual
Estándar: 1-5 por cada 1000 ingresos.

DURACIÓN

- Primer trimestre 2019: Elaboración y aprobación de protocolo
- Segundo trimestre 2019: Difusión y formación de profesionales mediante tres actividades formativas
- Tercer trimestre 2019: Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

El enfoque principal de este proyecto se encuentra garantizar la continuidad asistencial y la fluidez entre niveles, servicios e instituciones, buscando la optimización de las redes asistenciales y monitorizar los procesos y los resultados

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 - 2019/1097

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREOTOGRAFIA RETROGRADA

Fecha de entrada: 11/01/2021

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTIN MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHO MUÑOZ ELENA
MARTINEZ GUERRERO JUAN MANUEL
ESTRADA ESCRIBANO LAURA
SANCHEZ MUÑOZ INES
GRACIA ANDRES MIRIAM
GONZALEZ LOPEZ LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Debido a la aparición del COVID, se paralizaron las reuniones entre facultativos y personal de la planta. así como las difusiones a través de comunicaciones, impidiendo recoger muestras para los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nos mantenemos como en el año anterior, debido aL COVID

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esperamos volver a una relativa realidad, para poder reunirnos de nuevo, continuar con las comunicaciones.....

7. OBSERVACIONES.

La Unidad de Cirugía General, se ha convertido en el 2020 en Planta Covid, impidiendo cumplir con los objetivos planteados.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1097 ===== ***

Nº de registro: 1097

Título
IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA

Autores:
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE, SANCHO MUÑOZ ELENA, MARTINEZ GUERRERO JUAN MANUEL, ESTRADA ESCRIBANO LAURA, SANCHEZ MUÑOZ INES, GRACIA ANDRES MIRIAM, GONZALEZ LOPEZ LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La colangiopancreatografía retrógrada (CPRE), es una prueba pedida frecuentemente en el Servicio de Cirugía. En este Hospital, no se dispone de los medios para su realización, por lo que el paciente, es remitido a Centros Hospitalarios de Zaragoza. Es necesario una coordinación entre centros, para una correcta preparación. En la actualidad la Unidad de Cirugía no dispone de un procedimiento "completo" sobre Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con Justificación, Indicadores...

RESULTADOS ESPERADOS

Disponer en el H.Ernest lluch (Unidad de Cirugía) de un procedimiento sobre la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), aplicable a pacientes ingresados o ambulatorios.
-Realizar una correcta preparación y cuidados pre y post la prueba.
-Disponer de un procedimiento que permita trabajar a todos de la misma manera.
-Afecta a todos los pacientes que ingresen en este Hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1097

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREOTOGRAFIA RETROGRADA

MÉTODO

- Reuniones en equipo facultativos y personal de la planta.
- Recoger información (De otros hospitales, internet, vías clínicas...).
- Una vez realizado se procederá a su difusión a través de comunicaciones.
- Evaluar resultados en un periodo de tiempo...

INDICADORES

Valorar antes de la prueba:

- Si tiene un estudio de coagulación reciente, ausencia de tratamiento anticoagulante. y CONSENTIMIENTO INFORMADO (FIRMADO POR MÉDICO Y PACIENTE)
- Colocar catéter nº 16-18, E.S.D
- Administrar el antibiótico pautado.

Valorar después de la prueba.

- El paciente permanecerá en ayunas 18-24 H
- Control de ctes C/4 H
- Administrar antibioterapia pautada
- Avisar al médico si:
(Hipotensión, frecuencia cardiaca >110 X minuto, temperatura > 37,8 ° C, dolor abdominal, hiperglucemia >250 mgr%).

DURACIÓN

- Primer Trimestre:
(Reuniones del equipo)
- Segundo Trimestre:
(Elaborar un borrador, documentarlo...)
- Tercer Trimestre:
(Teminar la elaboración del Procedimiento. Puesta en marcha y difusión de este.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1170

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/12/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA BLANCAS COSTEA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SALVADOR ARROYO ESTEFANIA
MOLIAS QUILEZ LAURA
SERRANO GARCIA CRISTINA
JIMENEZ RUBIANO MARIA BERTA
PAJARES BERNAD ISABEL
ZAPATA LOPEZ ANA BELEN
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de primeras consultas de enfermería oncológica.
- Realización de consultas de seguimiento en pacientes oncológicos.
- Realización de consultas de enfermería a demanda por pacientes oncológicos.
- Entrega de guía de acogida, recomendaciones de enfermería al paciente y familiares en tratamiento con citostáticos,...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a la situación sanitaria actual que viene arrastrada desde marzo 2020, no se ha podido alcanzar el standard marcado por no poder realizar consultas presenciales; aunque se han seguido realizando el resto de actividades (entrega de guía de acogida, entrega de recomendaciones de enfermería...)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de la consulta de enfermería ha sido positiva tanto por parte de los paciente oncológicos atendidos y de sus familiares como del personal de enfermería de este servicio (HDD-ONCOLOGIA). Ha sido un año complicado para poder llevar a cabo todas las funciones de ésta consulta de enfermería por no poder hacer visitas presenciales, aunque a la mayoría de los pacientes se les ha hecho un seguimiento directo y continuo, ya que han seguido acudiendo a nuestro servicio a la administración de quimioterapia.

7. OBSERVACIONES.

- Tanto el responsable del proyecto como un colaborador han sido modificados, ya que SONIA VALERO SANCHEZ (responsable) ya no ha permanecido en este servicio durante este año 2020. Se ha incluido como colaborador a ESTEFANIA SALVADOR ARROYO (enfermera), que ha trabajado en este proyecto durante este año 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1170 ===== ***

Nº de registro: 1170

Título
IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
VALERO SANCHEZ SONIA, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, MOLIAS QUILEZ LAURA, SERRANO GARCIA CRISTINA, JIMENEZ RUBIANO MARIA BERTA, PAJARES BERNAD ISABEL, ZAPATA LOPEZ ANA BELEN, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1170

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

PROBLEMA

El cáncer es un problema de salud cada día más frecuente por lo que requiere un abordaje multidisciplinar, tanto en diagnóstico como en tratamiento. El cáncer, por sus características y la complejidad del tratamiento, hace que el paciente y familia requieran gran cantidad de recursos y asistencia sanitaria recurrente. Como consecuencia del aumento del número de pacientes atendidos en Hospital de Día Oncológico y del incremento de las necesidades de apoyo e información por parte de los mismos y la familia, se plantea crear un espacio donde dar respuesta a dichas necesidades. Este espacio será la Consulta de Enfermería Oncológica; que supone un nuevo reto para el profesional de enfermería del Hospital de Día de Oncología. El propósito será el abordaje integral del enfermo, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta que se termine su proceso con el alta del servicio; incidiendo en dos pilares fundamentales, que son la personalización de la asistencia y la continuidad de los cuidados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar una atención integral e individualizada del paciente oncológico y su familia.
- Fomentar la implicación en el autocuidado por parte del paciente, familia y/o cuidadores.
- Mejorar la calidad de vida del paciente con un modelo de actuación enfermera común.
- Garantizar la continuidad de cuidados.
- Favorecer la comunicación interprofesional en el Hospital de Día de Oncología.

MÉTODO

- 1- Implantación de la Consulta de Enfermería Oncológica que llevara a cabo las siguientes actividades:
 - Primer contacto con el paciente (CONSULTA DE ACOGIDA): Se realizará tras la primera visita a la Consulta Médica de Oncología.
 - Consulta sucesiva: Se llevará a cabo un seguimiento según las indicaciones de enfermería, y también podrá ser demandada por el paciente o su familia.
- 2- Elección de espacio físico y e infraestructura (mobiliario, red informática, teléfono, camilla...) para el desarrollo de la consulta enfermera.
- 3- Elaboración de guías de acogida, recomendaciones para paciente y familiares, instrucciones de actuación ante determinados síntomas, manuales informativos...etc
- 4- Definir sistema de registro y documentación de enfermería necesaria para desarrollar la consulta de acogida y sucesiva.

INDICADORES

-INDICADOR 1.

% De pacientes atendidos en la consulta de enfermería de acogida.

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes atendidos en la consulta de acogida de enfermería (primer día)

Denominador: N° total de pacientes atendidos en la consulta de oncología médica

Fuente: Registro de pacientes nuevos de enfermería y HPHISS

Frecuencia de medición: anual

Muestreo y tamaño de la muestra: población total

Estandar: > 80%

- INDICADOR 2.

N° de intervenciones en consulta de enfermería por mes.

DURACIÓN

- El proyecto se llevará a cabo en el año 2019:
- Enero: Revisión de literatura
- Febrero-Marzo: Elaboración de documentación de acogida de paciente oncológico.
- Abril-Mayo: Difusión y puesta en marcha de la Consulta de Enfermería Oncológica.
- Diciembre: Evaluación de los indicadores de resultados.

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 - 2019/0053

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE

Fecha de entrada: 31/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CATALAN LADRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN
MUÑOZ JACOBO SERGIO
BANDRES ABIAN ELENA
GONZALEZ CUADRADO AINOA
NUÑO GIL ANA ISABEL
MADORRAN GARCIA JOSE MANUEL
DORADO ALVARADO PURIFICACION
IBÁÑEZ PEREZ DE VIÑASPRES JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-REUNION DE LOS MIEMBROS DEL SERVICIO PARA COMUNICARLES EL PROYECTO
--REALIZACION DE 2 SESIONES CLINICAS DONDE SE LES REALIZÓ UNA PRESENTACIÓN DEL METODO UTILIZANDO PRESENTACIONES CEDIDAS POR SEMES DESDE UN CURSO EN SU CONGRESO NACIONAL
-SOLICITAR DE NUEVO ALA DIRECCION UN CURSO DE FORMACION Y ANTE LA IMPOSIBILIDAD SOLICITARLO A TRAVES DE LA COMISION DE FORMACION CONTINUADA DE NUESTRO SECTOR QUE TRASMITIÓ A SERVICIOS CENTRALES Y NOS FUE DENEGADO.
- BUSCAR BIBLIOGRAFIA SOBRE EL METODO PARA INICIAR LA AUTOFORMACION. NOS VALIMOS DE LOS LIBROS: MAS CALIDAD MENOS COSTE. LA VÍA LEAN HEALTHCARE(SANTIAGO NOFUENTES), SANIDAD LEAN(CARLES MARTIN Y ORIOL CUATRECASAS)Y GESTION DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES LEAN HEALTHCARE(CRISTINA FONTCUBERTA) Y TRAS SU LECTURA REALIZAMOS UNA PRESENTACION A LOS MIEMBROS DEL SERVICIO
-PASAMOS UN CUESTIONARIO PARA QUE LOS MIEMBROS DEL SERVICIO IDENTIFICARAN ACTIVIDADES DEL SERVICIO EN LAS QUE SE PUDIERA SUPRIMIR ACCIONES QUE NO APORTAN VALOR.
-REALIZAMOS 2 MODELOS DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES Y PROFESIONALES
- PLANIFICAMOS LAS REUNIONES PARA ELEGIR AL MENOS 3 ACTIVIDADES SOBRE LAS QUE SE PUDIERA INTERVENIR Y ELEGIR EL MODELO DE ENCUESTA

LA LLEGADA DE LA PANDEMIA NOS HA IMPEDIDO EL PODER SEGUIR DESARROLLANDO EL PROYECTO EN SI PERO POR OTRO LADO LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES COVID NOS HA OBLIGADO A LA REALIZACIÓN DE OTROS PROCEDIMIENTOS DONDE HEMOS UTILIZADO HERRAMIENTAS DEL LEAN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ESTAMOS ESTANCADOS EN EL MOMENTO ACTUAL
Y LOS RESULTADOS QUE PUEDO APORTAR SON ORIENTATIVOS .
CASI TODOS LOS MIEMBROS DEL SERVICIO ESTAN INTERESADOS PERO SIGUEN INSISTIENDO EN UNA FORMACION REGLADA.
EL 80% DE LA PALANTILLA ESTABLE ACUDIÓ A LA SESIÓN FORMATIVA
SE DISEÑARON LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN PERO NO LLEGAMOS A SELECCIONAR LA QUE IBAMOS A UTILIZAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
NECESITAMOS UN CURSO REGLADO, IMPARTIDO POR EXPERTOS QUE LLEGUE A TODAS LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES DEL SERVICIO CON LA QUE SE SIENTAN SEGUROS Y QUE NOS PERMITA ARRANCAR
LOS MIEMBROS DEL EQUIPO HAN MOTIVADO A SUS COMPAÑEROS DE PROFESION Y RECIBIMOS IDEAS INTERESANTES Y PREGUNTAS DE COMO PODER FORMARSE. LES APORTAMOS LOS TEXTOS MENCIONADOS
SEGUIMOS CREYENDO EN EL METODO Y ESPERAMOS PODER COMPLETAR NUESTRO PROYECTO EN EL 2021

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/53 ===== ***

Nº de registro: 0053

Título
MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE

Autores:
CATALAN LADRON MARIA LUISA, GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, MUÑOZ JACOBO SERGIO, BANDRES ABIAN ELENA, GONZALEZ CUADRADO AINOA, NUÑO GIL ANA ISABEL, MADORRAN GARCIA JOSE MANUEL, DORADO ALVARADO PURIFICACION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0053

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH ES EL DE REFERENCIA DEL SECTOR CALATAYUD, ZONAS LIMITROFES DE CASTILLA LA MANCHA Y CASTILLA LEÓN . ADEMÁS POR SU ENCLAVE GEOGRAFICO Y PROXIMIDAD A LA AUTOVIA DEL NORESTE A PACIENTES DE OTRAS COMUNIDADES.

A LO LARGO DE SU TRAYECTORIA Y CONSTATADO POR LOS DATOS REGISTRADOS HA DEMOSTRADO RESULTADOS DE EFICACIA Y

DISPONER DE TRABAJADORES CON ELEVADO RENDIMIENTO.

PERO TAMBIÉN TIENE EL INCONVENIENTE DE UNA ROTACIÓN ELEVADA DEL PERSONAL POR MOVILIDAD EXTERNA E INTERNA, CON UN CONTINUO PROCESO DE ADAPTACIÓN Y APRENDIZAJE QUE EXIJE LA DEDICACIÓN DEL LOS MIEMBROS DE LA PLANTILLA ESTABLE. EN EL MOMENTO ACTUAL HEMOS OBSERVADO PROCESOS NO SISTEMATIZADOS Y UN NUMERO ELEVADO DE ACTIVIDADES QUE NO APORTAN VALOR.

ADEMÁS, NO DISPONEMOS DE DATOS OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y, MUCHAS VECES, TAMPOCO DE LA DEL TRABAJADOR.

DADO QUE POR LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO TODO EL TRABAJO SE PLANIFICA EN EQUIPO INTEGRANDO A TODAS LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES NOS HEMOS PLANTEADO LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR QUE AUTOANALICE SUS ÉXITOS Y FRACASOS Y PLANTEAR LAS LINEAS DE TRABAJO QUE NOS LLEVEN DE LA EFICACIA A LA EFICIENCIA CONTANDO CON EL APOYO MANIFESTADO POR LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL, LA DIRECCIÓN DE ENFERMERIA Y LA COORDINACIÓN DE CALIDAD.

RESULTADOS ESPERADOS

CONOCER EL METODO LEAN HEALTHCARE Y SUS HERRAMIENTAS, APLICARLO EN NUESTRO MEDIO CANALIZADO POR LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO QUE ENGLOBA A TODAS LAS CATEGORIAS IMPLICADAS EN LA ATENCIÓN URGENTE EN NUESTRO HOSPITAL LO QUE MEJORARA LA DIFUSIÓN CON EL FIN DE IMPLICAR A TODOS LOS TRABAJADORES PARA CONSEGUIR:

- PROCESOS SISTEMATIZADOS ELIMINANDO LAS ACCIONES QUE NO APORTEN VALOR.
- CONOCER LA SATISFACCIÓN EN EL PACIENTE DE NUESTRO PRODUCTO SALUD
- CONSEGUIR LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DÁNDOLE LA IMPORTANCIA QUE TIENE APORTANDO SOLUCIONES DESDE SU ACTIVIDAD COTIDIANA Y FOMENTANDO SU SENTIMIENTO DE PERTINENCIA A LA ORGANIZACIÓN.
- COLABORAR CON LA ORGANIZACIÓN EN LA MEJORA DEL USO DE LOS RECURSOS.
- PENSAR EN MEJORA CONTINUA PARA OBTENER RESULTADOS EN CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS PERSONAS QUE INTERVIENEN EN LOS PROCESOS PARA PARTIR DE LA EFICACIA Y LLEGAR A LA EFICIENCIA.

MÉTODO

PLANIFICAR REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO
FORMACION EN METODOLOGIA LEAN HEALTHCARE
DIFUSION A TODOS LOS MIEMBROS DEL SERVICIO
DISEÑAR UN MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES AL ALTA DEL SERVICIO.
DISEÑAR UN MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES

INDICADORES

% DE TRABAJADORES DEL SERVICIO QUE PARTICIPAN EN EL ANALISIS Y DISEÑO DE LOS PROCESOS
% DE PERSONAL FORMADO EN LEAN HEALTHCARE
DISEÑO ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES AL ALTA DEL SERVICIO.
DISEÑO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES

DURACIÓN

CONSIDERAMOS QUE SE TRATA DE UN PROCESO AMBICIOSO QUE DEBERÁ ALARGARSE EN EL TIEMPO PARA HACERLO EXTENSIBLE A TODOS LOS PROCESOS.

FORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO Y DIFUSIÓN A TODAS LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES HASTA JUNIO DE 2019.

REUNIONES PARA RECOGER IDEAS Y REALIZAR DIAGNÓSTICOS CAUSA EFECTO EN LAS MISMAS FECHAS

ELEGIR AL MENOS 2 PROCESOS PARA INICIAR SU DISEÑO Y PROPONER LA PUESTA EN MARCHA EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2019

OBSERVACIONES

EN EL 2019 LO HEMOS INCLUIDO COMO A.G.C. CON LA PERSPECTIVA DE SER INCLUIDO EN EL C.P. DEL 2020

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0053

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1152

1. TÍTULO

ATENCION DEL PACIENTE CRITICO EN EL AREA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 18/12/2020

2. RESPONSABLE BENJAMIN GONZALEZ ARIZA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BROSED YUSTE CHABIER
CLAVERO MIGUEL MARIA PILAR
GASPAR REDONDO MARIA ESTHER
MERELAS CORTES LAURA
NUÑO GIL ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Creación del grupo y reunión de los componentes (mayo 2019)
· Reunión del servicio para búsqueda de necesidades y propuestas (junio 2019)
· Solicitud de curso para el servicio de urgencias sobre Atención al paciente crítico
· Creación de procedimiento (noviembre- diciembre 2019)
· Realización de formación específica del servicio (junio 2020)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
· Creación de un nuevo procedimiento para urgencias sobre Atención del paciente crítico en el área de urgencias
· Aumentar la cultura de cuidados en el área de urgencias para enfermería
· Contribuir a la mejora y sistematización de la asistencia al paciente crítico en el servicio de urgencias
· Coordinación entre los servicios extra hospitalarios y las distintas unidades hospitalarias para la asistencia del paciente crítico.
· Adecuación de la asistencia del paciente crítico a los recursos humanos, materiales y estructurales de nuestro centro de trabajo.
· Coordinación y asignación de roles/actividades específicas a los distintos miembros del equipo multidisciplinar que aborda al paciente crítico.
· Elaboración de un documento que sirva de guía del personal para la correcta atención del paciente crítico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
pendiente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1152 ===== ***

Nº de registro: 1152

Título
MEJORA DE LA ORGANIZACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CRITICO DEL AREA DE URGENCIAS

Autores:
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, BROSED YUSTE CHABIER, GASPAR REDONDO ESTHER, CLAVERO MIGUEL PILAR, MERELAS CORTES LAURA, NUÑO GIL ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1152

1. TÍTULO

ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO EN EL AREA DE URGENCIAS

AUNQUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONOCE LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS, CADA DÍA PODEMOS OBSERVAR QUE EN OCASIONES LA ATENCIÓN A DICHS PACIENTES ES DESORGANIZADA: NO ESTÁN DEFINIDAS LAS TAREAS QUE CADA PROFESIONAL TIENE QUE REALIZAR EN ESE MOMENTO. ESTO SUPONE UN RETRASO Y UNA ATENCIÓN INADECUADA EN EL PACIENTE YA QUE HAY VARIOS PROFESIONALES INTENTANDO REALIZAR LAS MISMAS TAREAS Y OTROS QUE NO SABEN QUÉ HACER EN ESE MOMENTO. CON UNA ADECUADA ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN Y CON EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SE REDUCIRIAN LOS ERRORES Y MEJORARÍA LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- MEJORAR LA ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN URGENTE DEL PACIENTE CRÍTICO
- 2- DISMINUIR LOS RECURSOS EMPLEADOS EN LA ATENCIÓN
- 3- DISMINUIR LOS ERRORES EN LA ASISTENCIA

MÉTODO

- 1- CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR
- 2- ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ORGANIZATIVO EN LA ACTUACIÓN EN UN PACIENTE CRÍTICO
- 3- DIFUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO MEDIANTE CURSO TEÓRICO PRÁCTICO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS.
- 4- REALIZACIÓN DE SIMULACROS DENTRO DE LA UNIDAD

INDICADORES

- 1- INDICADOR: % DE PACIENTES CRÍTICOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DE FORMA PROTOCOLIZADA

DEFINICIÓN:

PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS Y RECIBEN UNA ATENCIÓN PROTOCOLIZADA

FÓRMULA:

NUMERADOR: N° DE PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN A URGENCIAS ATENDIDOS DE FORMA PROTOCOLIZADA

DENOMINADOR: N° TOTAL DE PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN A URGENCIAS.

FUENTE: PCH

EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS:

- PACIENTE CRÍTICO: VER DEFINICIÓN DE "PACIENTE CRÍTICO" EN PROCEDIMIENTO ORGANIZATIVO EN LA ACTUACIÓN EN UN PACIENTE CRÍTICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH"

- ATENCIÓN ORGANIZADA: VER CRITERIOS DE ATENCIÓN ORGANIZADA/PROTOCOLARIZADA EN DICHO PROCEDIMIENTO

FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN: ANUAL

MUESTREO Y TAMAÑO MUESTRAL: MUESTREO ALEATORIO SIMPLE. 20 PACIENTES ELEGIDOS AL AZAR

RESPONSABLE DE SU OBTENCIÓN: UNIDAD DE CALIDAD

ESTANDAR: >60%

- 2- INDICADOR:

N° DE PROFESIONALES QUE CONOCEN EL PROCEDIMIENTO

- 3- INDICADOR:

N° DE PROFESIONALES QUE HAN REALIZADO LA ACTIVIDAD FORMATIVA Y LOS SIMULACROS DE ACTUACIÓN.

DURACIÓN

2º TRIMESTRE 2019: FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO, MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO Y Búsqueda DE BIBLIOGRAFÍA

3º TRIMESTRE 2019: ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTO

4º TRIMESTRE 2019: APROBACIÓN DE PROCEDIMIENTO POR UNIDAD DE CALIDAD, DIFUSIÓN DON CURSO TEÓRICO PRÁCTICO Y.

REALIZACIÓN DE SIMULACROS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **