GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
HU	AP	CS ALMUDEVAR	ZUBIAUZ PEREZ JOSE MARIA	2018_0452	VALORAR ESPUESTA DEL PACIENTE ASMATICO AL TRATAMIENTO A TRAVES DEL PEAK-FLOW METER
HU	AP	CS ALMUDEVAR	ROYO ROYO SILVIA	2018_0714	MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO
HU	AP	CS ALMUDEVAR	BLANCO GIMENO VERONICA	2018_0734	APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA
HU	AP	CS ALMUDEVAR	FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR	2018_0767	ALMUDEVAR CAMINA
HU	AP	CS ALMUDEVAR	CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN	2018_0849	VIVIR BAILANDO
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2018_0549	REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA
HU	AP	CS AYERBE	LANZAROTE NASARRE LOURDES	2018_0575	EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA DE SALUD
HU	AP	CS BERDUN	ARNAL BARRIO ANA MARIA	2018_0280	TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL DE SITUACIONES DE EMERGENCIA
HU	AP	CS BERDUN	BAZTAN OLLETA LAURA	2018_0619	RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2
HU	AP	CS BERDUN	OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL	2018_0625	PACIENTE POLIMEDICADO: ENTRE LA INERCIA MEDICA Y LA PREVENCION CUATERNARIA
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	BOSQUE OROS ANNADEL	2018_0416	¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CLAVER GARCIA PAULA	2018_0428	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTES ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS
HU	AP	CS BROTO	DE LOPE ROMEO MARIA	2018_1069	"BAXANDO T'A ESCUELA"
HU	AP	CS GRAÑEN	ARA LAUNA DOMINGO	2018_1006	SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS HECHO	PEREZ DEL CASTILLO DANIEL	2018_0583	CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA	2018_0584	ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS HUESCA RURAL	MERIZ RUBIO JULIA	2018_0774	REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES
HU	AP	CS HUESCA RURAL	LABARTA PASCUAL MARIANO	2018_1001	DIAGNOSTICO PRECOZ EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL
HU	AP	CS JACA	MORENO NARES PURIFICACION	2018_0612	"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS
HU	AP	CS JACA	MINGUEZ SORIO PILAR	2018_0620	TRIPLE WHAMMY: PREVENCION DE LA INSUFICIENCIA RENAL
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	MUR LALUEZA MARIA JESUS	2018_0765	EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	CHARTE ALEGRE MARIA ELENA	2018_0825	ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR	2018_1169	FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS	2018_1504	"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLON FANTOVA ANTONIO	2018_0770	INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS PIRINEOS	BETRAN COARASA LUCIA	2018_0965	UNIFICACION Y MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGIA OSTOARTICULAR AGUDA DE TOBILLO, ESGUINCES DE 1º Y 2º GRADO
HU	AP	CS SABIÑANIGO	PAZ FREIRE ISABEL	2018_0597	MI DIETA Y YO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DE JUAN ASENJO JOSE RAMON	2018_0586	DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	MARTINEZ SANCHEZ RAQUEL	2018_0593	PROYECTO DE DESARROLLO DE CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DOSTE LARRULL DIVINA	2018_0721	MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA
HU	AP	CS SARIÑENA	GIL GALAN SILVIA	2018_0182	GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA
HU	AP	CS SARIÑENA	PARALED CAMPOS MARIA TERESA	2018_0743	TALLERES DE SALUD COMUNITARIA
HU	AP	CS SARIÑENA	GAZOL PERIZ YOLANDA	2018_0817	MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC
HU	AP	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	2018_1054	QUEDA POR TU SALUD
HU	AP	DAP HUESCA	CALVO GASCON ANA MARIA	2018_0024	REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2018_0025	REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
HU	AP	DAP HUESCA	CALVO GASCON ANA MARIA	2018_0336	PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	MOREU MAZA DESIREE	2018_1033	UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	BAENA JIMENEZ MARIA NIEVES	2018_1076	PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	PLANO VIDOSA MARIA PILAR	2018_1094	INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	LANAO MARTIN ADOLFO	2018_1221	INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	ELBOJ SASO MARTA	2018_1223	MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA	2018_1224	CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (PSIQUIATRIA)	BIARGE RUIZ ARTURO	2018_1391	ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTALCONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD ENFERMERA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS (UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA)	MORCILLO GRANADO MARIA ISABEL	2018_1082	CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	2018_0746	DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	SANCHEZ LECINA CRISTINA	2018_0797	REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (GERIATRIA)	QUILEZ PINA RAQUEL MARIA	2018_0799	MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HDG)
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA)	PUEYO MOY MARIA ISABEL	2018_0261	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (REHABILITACION)	GARCIA CORTES MONICA	2018_0927	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS (REHABILITACION)	CHARTE GASCON MARTA	2018_1009	MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA
HU	HOSP	H JACA (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ALLER CONDE MARIA	2018_1282	MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA (PARITORIOS)	MARTIN LAHUERTA MARIA	2018_0235	USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO
HU	HOSP	H JACA (PEDIATRIA)	AGON BANZO PEDRO JESUS	2018_1263	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO SANO EN EL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA (RADIODIAGNOSTICO)	GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL	2018_1162	UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO
HU	HOSP	H JACA (URGENCIAS)	PALANCA GRACIA EUGENIA	2018_0938	QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H SAN JORGE	CALLAU PUENTE JAVIER	2018_0546	COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S. JORGE DE HUESCA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		(ADMISION Y DOCUMENTACION)			
HU	HOSP	H SAN JORGE (ALERGOLOGIA)	ROJAS HIJAZO BEATRIZ	2018_0353	RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANALISIS CLINICOS)	GARCIA CLAVER AINOHA	2018_0361	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANALISIS CLINICOS)	LLIMIÑANA ORDAS CARMEN	2018_1180	APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA “5S” EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANATOMIA PATOLOGICA)	MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA	2018_1360	TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE	2018_0554	CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANESTESIA Y REANIMACION)	OLIVAN LAFUENTE BLANCA	2018_0588	REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	INGLES SANZ CRISTIAN	2018_0913	TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA
HU	HOSP	H SAN JORGE (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA	2018_0914	ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE (CARDIOLOGIA)	GRACIA AZNAREZ MARIA	2018_0139	RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (CARDIOLOGIA)	RIVERO FERNANDEZ ELENA	2018_0170	REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO
HU	HOSP	H SAN JORGE (CARDIOLOGIA)	ARTERO BELLO PILAR	2018_0355	CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	SAUDI MORO SEF	2018_0200	PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA	2018_1225	TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	SANCHEZ PRIETO PATRICIA	2018_1328	TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	ROLDON GOLET MARTA	2018_1406	PROTOCOLO DE INFORMACION SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLES PARA DISMINUIR EL RIESGO DE DESARROLLAR CANCER COLORRECTAL A PACIENTES CON ADENOMAS COLORRECTALES
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO	2018_0236	MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO
HU	HOSP	H SAN JORGE (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	SANCHO RODRIGO MARTA	2018_0242	APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA
HU	HOSP	H SAN JORGE (DERMATOLOGIA)	GARCIA MALINIS ANA JULIA	2018_1430	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	DOMINGUEZ CAJAL MANUEL	2018_0421	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	LAZARO RIOS MARIA	2018_1318	PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	ESTRADA ONCINS SILVIA	2018_1320	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	OLIVAN GUERRI LORENZO	2018_1338	OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LA COLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	BELLOC BARBASTRO BLANCA	2018_1344	DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	BER NIETO YOLANDA	2018_1355	ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	ASPURU RUBIO KATALIN	2018_1399	PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIGESTIVO)	CAMO MONTERDE PATRICIA	2018_1492	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE (DIRECCION DE GESTION)	MONTERO ALONSO GEMMA	2018_0686	CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	BARRAGAN ANGULO AMAYA	2018_0398	CONSULTA DE ENFERMERIA DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL AMBITO HOSPITALARIO
HU	HOSP	H SAN JORGE (ENFERMERIA)	GARCIA BENITEZ MANUELA	2018_0957	PREVENCION DEL ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES : UNA INTERVENCION EN LA COMUNIDAD
HU	HOSP	H SAN JORGE (FARMACIA HOSPITALARIA)	ESCOLANO PUEYO ANGEL	2018_0559	USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE
HU	HOSP	H SAN JORGE (FARMACIA HOSPITALARIA)	AMADOR RODRIGUEZ PILAR	2018_1401	GESTION DE BIOSIMILARES
HU	HOSP	H SAN JORGE (GERENCIA)	GIRAL OLIVAN ROSA	2018_0688	ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	BORREL RONCALES MERCEDES	2018_0366	PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	LACALLE AICUA LAURA	2018_1046	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION
HU	HOSP	H SAN JORGE (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	MURILLO FLOREZ ILDA	2018_1084	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	MENENDEZ JANDULA BARBARA	2018_1215	MEDIDAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTENSIVA)	SERON ARBELOA CARLOS	2018_0070	INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTENSIVA)	MENDOZA MURO GEMMA	2018_0086	HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTENSIVA)	LANDER AZCONA ARANCHA	2018_0088	REVISION Y ELABORACION DEL PROTOCOLO DE PLASMAFERESIS EN UCI
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTENSIVA)	LABARTA MONZON LORENZO	2018_0089	MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTENSIVA)	CERRO JUNCOSA ANA	2018_0108	DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTERNA)	PELAY CACHO RAQUEL	2018_0174	ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTERNA)	GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR	2018_0424	DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGO CARDIOVASCULAR LEVE
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA INTERNA)	MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO	2018_0579	MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL
HU	HOSP	H SAN JORGE (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	SALVATIERRA DOMPER SUSANA	2018_0404	ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA
HU	HOSP	H SAN JORGE (MICROBIOLOGIA Y	ARRIBAS GARCIA JORGE	2018_0479	INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		PARASITOLOGIA)			
HU	HOSP	H SAN JORGE (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	ANGULO LOPEZ ITZIAR	2018_0503	ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEFROLOGIA)	MUNGUIA NAVARRO PAULA	2018_0437	MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEFROLOGIA)	BEIRED VAL INES	2018_1035	VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEFROLOGIA)	FELEZ JUSTES ISABEL	2018_1098	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEUMOLOGIA)	GARCIA SAEZ SANDRA	2018_0315	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE LA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEUROFISIOLOGIA CLINICA)	PABLO ZARO MARIA JESUS	2018_0473	GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEUROLOGIA)	GARCIA FERNANDEZ LORENA	2018_0279	PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (NEUROLOGIA)	SERAL MORAL MARIA	2018_0463	PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MORENO PEREZ RAQUEL	2018_0418	INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)
HU	HOSP	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ABAD RUBIO CRISTINA	2018_0422	ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	AGUSTIN OLIVA ANDREA	2018_0447	IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION
HU	HOSP	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	OBON CASTEL BEATRIZ	2018_0450	AMPLIACION DEL ESTUDIO POSTMORTEM FETAL
HU	HOSP	H SAN JORGE (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RUIZ CAMPO LEYRE	2018_0595	PROTOCOLO DE PREDICCION, DIAGNOSTICO Y VALORACION PRONOSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO
HU	HOSP	H SAN JORGE (OFTALMOLOGIA)	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2018_0330	CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA
HU	HOSP	H SAN JORGE (ONCOLOGIA MEDICA)	FERNANDEZ RUIZ ALEXIA	2018_1517	OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE (ONCOLOGIA MEDICA)	MADANI PEREZ JULIA	2018_1519	REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS : QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (OTORRINOLARINGOLOGIA)	HERRERA TOLOSANA SILVIA	2018_1567	INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (OTORRINOLARINGOLOGIA)	GASCON RUBIO MARIA CRISTINA	2018_1568	MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL
HU	HOSP	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	SANZ DE MIGUEL MARIA DEL PILAR	2018_0278	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS
HU	HOSP	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES	2018_0283	ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL
HU	HOSP	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	SANCHO GRACIA ELENA	2018_0359	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL
HU	HOSP	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	CONGOST MARIN SOFIA	2018_0441	CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (PEDIATRIA)	ABIO ALBERO SONIA	2018_0753	DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE (PSICOLOGIA CLINICA)	MORER BAMBA BARBARA	2018_0115	MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (PSIQUIATRIA)	ALAYETO GASTON MARIA ANGELES	2018_0114	PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA
HU	HOSP	H SAN JORGE (PSIQUIATRIA)	LOPEZ BERNUES RICARDO	2018_0681	COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (PSIQUIATRIA)	RIVARES MORCATE MARIA JESUS	2018_0696	VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE (QUIROFANOS)	ARRAZOLA ALBERDI OIHANA	2018_0564	IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (REHABILITACION)	AZANZA PARDO JORGE	2018_1053	PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (REHABILITACION)	GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE	2018_1145	DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR
HU	HOSP	H SAN JORGE (REHABILITACION)	ALBAS TIERZ NURIA	2018_1343	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE (URGENCIAS)	GARCIA MOYANO LORETO MARIA	2018_0292	JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (URGENCIAS)	ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO	2018_0509	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS
HU	HOSP	H SAN JORGE (URGENCIAS)	BLESA CLAVERO ELENA	2018_0694	IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE (URGENCIAS)	MILLAN ACERO ANA ROSA	2018_0972	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA ATENCION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE (URGENCIAS)	MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA	2018_1036	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION Y ANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE (UROLOGIA)	CARCELLER TEJEDOR ELENA	2018_0510	OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA
HU	HOSP	H SAN JORGE (UROLOGIA)	GARCIA RUIZ RAMIRO	2018_0515	PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
BA	AMB	CME BARBASTRO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA	2018_0324	PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA
BA	AP	CS ABIEGO	CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES	2018_0372	EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA
BA	AP	CS ABIEGO	TODA CALVO MARIA ROSARIO	2018_0801	INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO
BA	AP	CS AINSA	CLAVER GARCIA PAULA	2018_0006	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1398	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1409	LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1419	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1440	MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNEIS SILVIA	2018_0285	INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PALACIN ELTORO BEATRIZ	2018_0321	BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DE SOBREPESO Y OBESIDAD
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2018_0326	EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	MARTINEZ CARRASCO JESUS	2018_0371	DETECCION Y CRIBAJE DE LA RETINOPATIA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	GRAU BARRULL ANA ISABEL	2018_0555	PASEOS SALUDABLES
BA	AP	CS BARBASTRO	VISTUE TORNIL BEATRIZ	2018_0654	ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO. EDUCACION BASICA PARA LA SALUD
BA	AP	CS BARBASTRO	LUEZA LAMPURLANES CRISTINA	2018_0954	MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	TORRES CLEMENTE ELISA	2018_0974	INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS BARBASTRO	PUEYO ACIN ARANCHA	2018_1495	PLATEANDO Y PASEANDO POR EL BARRANQUE
BA	AP	CS BARBASTRO	SAGARRA NOVELLON DIANA	2018_0652	INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUS FAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BERBEGAL	JUAREZ GRACIA CRISTINA	2018_0923	EDUCACION SANITARIA GRUPAL A DIABETICOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BERBEGAL
BA	AP	CS BINEFAR	MARTI JARNE FERNANDO	2018_0967	PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS BINEFAR	GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA	2018_1335	DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2018_1271	MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2018_0177	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	YSEBIE RONSE ISABEL	2018_1446	SALUD COMUNITARIA: FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2018_1493	IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTOS DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES
BA	AP	CS FRAGA	CERVERA VIDAL DAVID	2018_1321	REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2018_0127	INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA	BITRIAN AISA PILAR	2018_0191	USA LOS PIES CON CABEZA
BA	AP	CS FRAGA	NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ	2018_0316	PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA
BA	AP	CS FRAGA	GARCIA SANCHEZ SILVIA	2018_0644	ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA
BA	AP	CS FRAGA	AYUDAN PEIRON BELEN	2018_0775	AJUSTE DE LAS NECESIDADES DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2018_1126	GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA	2018_0051	CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS MEQUINENZA	MUÑOZ ALCAIDE MARIA TERESA	2018_1280	PROYECTO PROCESO DE MEJORA ASISTENCIAL EN ZBS DE MEQUINENZA
BA	AP	CS MEQUINENZA	FERRER SANZ MARIA JOSE	2018_1459	GESTION DE ANALITICAS
BA	AP	CS MONZON RURAL	PEREZ ALBIAC JOSE LUIS	2018_0454	PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO (PCC)
BA	AP	CS MONZON URBANO	BORDAS BUIL YOLANDA	2018_0932	TRIAJE DE CONSULTAS INDEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO
BA	AP	CS MONZON URBANO	GUALLARTE HERRERO OLGA	2018_1187	MENSAJES SALUDABLES Y CULTURA DE SALUD
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CAMARA ABON ELENA	2018_0552	DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CUY GODINA MARIA ANGELES	2018_0556	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC; MAS Y MEJOR
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	RAMOS ESPAÑOL JUDIT	2018_0666	PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE
BA	AP	DAP BARBASTRO	VALLES GALLEGO VICTOR	2018_0103	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR (FA) EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2018_0106	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DISPEPSIA
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	PEREZ SARASA SUSANA	2018_0493	COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (ANALISIS CLINICOS)	TAPIA LANUZA AMADO	2018_1032	MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA ENLABORATORIO
BA	HOSP	H BARBASTRO (ANALISIS CLINICOS)	SOPENA MURILLO ANA CRISTINA	2018_1241	MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO EN LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (ANESTESIA Y REANIMACION)	ARANA LENIS MARIA CONSTANZA	2018_0237	UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (ANESTESIA Y REANIMACION)	ARANA LENIS MARIA CONSTANZA	2018_0238	INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (ANESTESIA Y REANIMACION)	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2018_1088	MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO
BA	HOSP	H BARBASTRO (ANESTESIA Y REANIMACION)	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2018_1403	EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO (BLOQUE QUIRURGICO)	PARDENILLA VIÑUALES EMMA	2018_0022	MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (CARDIOLOGIA)	ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO	2018_0535	PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL ECG EN EL H DE BARBASTRO. ECG 30/30
BA	HOSP	H BARBASTRO (CARDIOLOGIA)	GRADOS SASO DANIEL	2018_0655	MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE
BA	HOSP	H BARBASTRO (CARDIOLOGIA)	GRADOS SASO DANIEL	2018_0898	CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO
BA	HOSP	H BARBASTRO (CARDIOLOGIA)	ROJAS FAVIO ANIBAL	2018_0986	FERROPENIA EN INSUFICIENCICA CARDIACA
BA	HOSP	H BARBASTRO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	PALLARES SEGURA JOSE LUIS	2018_0129	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LAS HEMORROIDES MEDIANTE LIGADURAS ELASTICAS
BA	HOSP	H BARBASTRO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	UBIERGO MUNBIELA MARIA JOSE	2018_0218	CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	FRANCES RAMI ESMERALDA	2018_0320	UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y	ALONSO AYERBE LAURA	2018_0232	IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO D4EL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		TRAUMATOLOGIA)			
BA	HOSP	H BARBASTRO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	USON ARQUE CRISTINA	2018_1019	PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
BA	HOSP	H BARBASTRO (DERMATOLOGIA)	SANCHEZ SALAS PILAR	2018_0287	TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (DIGESTIVO)	HARB SAID YAMAL	2018_0778	GRUPO DE TRABAJO DE HEPATITIS C DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (DIGESTIVO)	AURED DE LA SERNA ISABEL	2018_1514	INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)
BA	HOSP	H BARBASTRO (DIRECCION)	CASTELLAR OTIN ELENA	2018_0067	UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA
BA	HOSP	H BARBASTRO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA	2018_0945	ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS
BA	HOSP	H BARBASTRO (ESTERILIZACION)	MORA ALINS FIDELA SOFIA	2018_1329	ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018
BA	HOSP	H BARBASTRO (FARMACIA HOSPITALARIA)	SAHUN GARCIA ELISA MARIA	2018_1078	PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DELHOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (FARMACIA HOSPITALARIA)	GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO	2018_1081	APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
BA	HOSP	H BARBASTRO (GERIATRIA)	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2018_0808	VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (GERIATRIA)	GRANDE MANJON MARIA JOSE	2018_1316	DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA (CONTINUACION)
BA	HOSP	H BARBASTRO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	2018_0222	PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM
BA	HOSP	H BARBASTRO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	YUS CEBRIAN MARIA FLOR	2018_0263	CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K
BA	HOSP	H BARBASTRO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	ROMERO QUEZADA LORIS LENDY	2018_0349	RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	MARTINEZ LAZARO BEATRIZ	2018_0443	ELABORACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS
BA	HOSP	H BARBASTRO (HOSPITAL DE DIA)	NASARRE GER ANA	2018_0053	UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO (MEDICINA INTENSIVA)	GRASA LANAU JOSE ANTONIO	2018_0212	CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI
BA	HOSP	H BARBASTRO (MEDICINA INTENSIVA)	LOPEZ GONZALEZ ISABEL MARIA	2018_0351	CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (MEDICINA INTERNA)	MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR	2018_0062	IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA, DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA Y CENTROS ASISTENCIALES SOCIALES Y SANITARIOS"
BA	HOSP	H BARBASTRO (MEDICINA INTERNA)	BOLEA LADERAS LAURA	2018_0300	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	HOSP	H BARBASTRO (MEDICINA INTERNA)	MARTINEZ HUGUET CLAUDIA	2018_0890	ELABORACION DE RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO Y PREVENCION SECUNDARIA AL ALTA TRAS UN SINDROME CORONARIO AGUDO
BA	HOSP	H BARBASTRO (MEDICINA INTERNA)	CECILIO IRAZOLA ALVARO	2018_1485	CONSULTA MULTIDISCIPLINAR EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA UVEITIS EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA	2018_0154	IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO
BA	HOSP	H BARBASTRO	BALDA MANZANOS MARIA	2018_1171	ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		(NEFROLOGIA)	SAGRARIO		AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEFROLOGIA)	MORA ROLDAN LAURA	2018_1474	EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEUMOLOGIA)	LEON SUBIAS ERICA	2018_0823	ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLOGICA
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEUMOLOGIA)	VIÑADO MAÑES CLARA	2018_0886	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEUMOLOGIA)	GARCIA CARRASCAL YOJANA	2018_0889	CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEUMOLOGIA)	GARCIA CARRASCAL YOJANA	2018_0897	ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEUROLOGIA)	MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER	2018_0048	EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEUROLOGIA)	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2018_0377	MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEUROLOGIA)	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2018_0378	CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (NEUROLOGIA)	BELTRAN MARIN IRENE	2018_0430	REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	DEFIOR SANTAMARIA SARA	2018_0107	CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNOINFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BERDALA CLEMENTE RAQUEL	2018_0333	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ARAGON SANZ MARIA ANGELES	2018_0370	IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE HPV PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES
BA	HOSP	H BARBASTRO (ONCOLOGIA MEDICA)	CALDERERO ARAGON VERONICA	2018_0317	PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (ONCOLOGIA MEDICA)	FLORIAN GERICO JESUS	2018_0331	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS
BA	HOSP	H BARBASTRO (ONCOLOGIA MEDICA)	HERNANDEZ GARCIA ALBA	2018_0383	IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2018_0365	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL
BA	HOSP	H BARBASTRO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	CORTIZO VAZQUEZ ELOY	2018_0565	DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA PARALISIS FACIAL EN EL AMBITO HOSPITALARIO
BA	HOSP	H BARBASTRO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2018_0622	PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA	2018_0093	ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2018_0111	PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	LOPEZ ALONSO BEGOÑA	2018_0113	PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. DE BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF)
BA	HOSP	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	BARBERA PEREZ PAULA MARIA	2018_0268	ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES
BA	HOSP	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO	2018_0328	PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO (PEDIATRIA)	LALAGUNA MALLADA PAULA	2018_0760	REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNO-INFANTILES
BA	HOSP	H BARBASTRO	MINGUILLON ARANDA LUIS	2018_1431	ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		(PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)			BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (QUIROFANOS)	PUEYO VICENTE YOLANDA	2018_0892	MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (QUIROFANOS)	BALLABRIGA GONZALEZ MONICA	2018_0895	ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINA HUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO EN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (REHABILITACION)	FERNANDEZ SANCHEZ RUTH	2018_0057	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO
BA	HOSP	H BARBASTRO (REHABILITACION)	MARIN GASPAR ELENA MARIA	2018_0719	MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA
BA	HOSP	H BARBASTRO (REHABILITACION)	CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA	2018_0759	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA
BA	HOSP	H BARBASTRO (REHABILITACION)	MARTINEZ GONZALEZ ANA	2018_0876	PROTOCOLO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR
BA	HOSP	H BARBASTRO (REUMATOLOGIA)	PINA SALVADOR JOSE MANUEL	2018_0647	EVALUACION DEL IMPACTO (I) DE LA CONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGIA DURANTE EL AÑO 2018
BA	HOSP	H BARBASTRO (REUMATOLOGIA)	PINA SALVADOR JOSE MANUEL	2018_0754	RESULTADOS DEL TEST DE PATERGIA EN PACIENTES HLA-B51 + Y/O SOSPECHA DE S. DE BEHCET
BA	HOSP	H BARBASTRO (UCI)	ZAMORA ELSON MONICA	2018_0119	VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTE AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO (UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO)	PESQUER VILAS ISABEL	2018_0244	ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA
BA	HOSP	H BARBASTRO (UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO)	ROPERO MAIZ MARGARITA	2018_0401	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y DESCANSO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
BA	HOSP	H BARBASTRO (URGENCIAS)	EITO CUELLO JUAN JOSE	2018_0409	GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO (URGENCIAS)	MARTINEZ CASTILLON JAVIER	2018_1255	TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA
BA	HOSP	H BARBASTRO (URGENCIAS)	VALLES TORRES ELISA	2018_1374	ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES DEL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO (URGENCIAS)	GRACIA MARGALEJO LAURA	2018_1417	REVISION DE LA MEDICACION EN LA SALA DE CRITICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO (UROLOGIA)	MATA ORUS MARIA	2018_1050	VIA CLINICA DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) MEDIANTE MALLA SUBURETRAL (TOT)
BA	HOSP	H BARBASTRO (UROLOGIA)	CACHI FUENTES GUIDO	2018_1062	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIDROCELE TESTICULAR EN ADULTO: VIA DE REFERENCIA RAPIDA
BA	HOSP	H BARBASTRO (UROLOGIA)	DOLEZAL PETR	2018_1232	ACTUALIZACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PROSTATA DE BAJO RIESGO

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
TE	AP	CS ALBARRACIN	SANCHEZ MOLINA EVA MARIA	2018_0296	ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	GALINDO DOBON MANUEL	2018_0309	DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)
TE	AP	CS ALBARRACIN	SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS	2018_0352	EVALUACION DEL SCRENNIG DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI
TE	AP	CS ALBARRACIN	DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA	2018_0705	ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	CASTILLON ALFAYE IGNACIO	2018_1359	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018
TE	AP	CS ALFAMBRA	MARCO CATALAN MARIA PILAR	2018_0381	CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	2018_0389	OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP
TE	AP	CS ALIAGA	LLERA BUESO GUILLERMINA	2018_0379	CRECER CON SEGURIDAD
TE	AP	CS ALIAGA	CASTRO LOPEZ CARLOS	2018_0380	VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)
TE	AP	CS ALIAGA	ORTIZ DOMINGUEZ LAURA	2018_1105	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL CRA "PABLO ANTONIO CRESPO" DE ALIAGA (TERUEL)
TE	AP	CS BAGUENA	OLORIZ RUIZ INES	2018_0228	ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA
TE	AP	CS BAGUENA	RUBIO GUTIERREZ ISABEL	2018_0230	MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA
TE	AP	CS BAGUENA	SERRANO MORENO ANA CRISTINA	2018_0231	MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA
TE	AP	CS CALAMOCHA	GARCES MORERA CARMEN	2018_0253	PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM / USMIJ / UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL AT. PRIMARIA SECTOR TERUEL
TE	AP	CS CALAMOCHA	TRILLO CALVO EVA	2018_0304	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES
TE	AP	CS CALAMOCHA	TUNDIDOR SARASA NURIA	2018_0306	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL
TE	AP	CS CALAMOCHA	MENDEZ CAÑETE YOLANDA	2018_0397	MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL C.S. DE CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	ZABALA GARCIA ANA ISABEL	2018_0540	RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA
TE	AP	CS CEDRILLAS	JULIAN MARTINEZ ANA	2018_0602	RCP BASICA EN LA ESCUELA
TE	AP	CS CELLA	MAICAS MAICAS FERNANDO	2018_1483	ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD
TE	AP	CS CELLA	GIL VALERO PILAR	2018_0541	VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A A 85 AÑOS
TE	AP	CS CELLA	CERESUELA LOPEZ AMELIA	2018_0638	FORMACION EN SALUD FISICA Y EMOCIONAL
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	PEÑA CLEMENTE FELIX	2018_1323	NUTRICION EN LA TERCERA EDAD
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	ASCOZ HERRANDO CARLOS	2018_1540	IMPLEMENTACION DEL TEST DEL HELICOBACTER PYLORI EN EL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	BURILLO LAFUENTE MARIO	2018_0241	ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	ARNAU FUERTES ALICIA	2018_0570	CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SUS PRIMEROS MESES
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	BRUN IZQUIERDO ANA MARIA	2018_0618	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"
TE	AP	CS MOSQUERUELA	TENA CAMPOS MARCOS	2018_0399	EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE
TE	AP	CS MOSQUERUELA	SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN	2018_0400	AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD
TE	AP	CS MOSQUERUELA	COBOS COBOS JOSE MARCELO	2018_0472	NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	RUBIO SERRANO MARIA DOLORES	2018_0256	EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES	2018_0262	ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE PACIENTES REGISTADOS EN OMI (DOMICLIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO (TERUEL)
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	LATASA LATORRE DOLORES PILAR	2018_0729	DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS
TE	AP	CS SARRION	RUIZ CARRALERO MANUEL	2018_0594	MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
					MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS SARRION
TE	AP	CS SARRION	CONEJOS BELLIDO CARMEN	2018_0387	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y ECG
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2018_0633	GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO D EL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. ¿COMO LO DAMOS A CONOCER?. GRADO DE REGISTRO DEL DVA
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	MARTIN RODRIGUEZ MARIA	2018_1512	ACTUACION ANTE OVACE
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	MARTINEZ SANCHEZ MARIA JOSE	2018_0621	FORMACION Y ASESORAMIENTO EN URGENCIAS INFANTILESY CUIDADOS BASICOS EN NIÑOS CON ENFERMEDADES CRONICAS
TE	AP	CS TERUEL CENTRO (TRABAJO SOCIAL)	LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA	2018_0176	ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	LOU DOMINGO VICTORIANO	2018_0524	EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR	2018_1508	PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE (FISIOTERAPIA)	MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA	2018_0187	IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE (FISIOTERAPIA)	VILLA ORO MARIA JESUS	2018_0211	EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE (SALUD BUCODENTAL)	ROSA MORALEDA SUSANA	2018_0165	SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL
TE	AP	CS UTRILLAS	CABALLERO SOLER JESUS	2018_0266	MANEJO TERAPEUTICO DEL DOLOR EN ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS UTRILLAS	MONZON GRACIA ANA ISABEL	2018_1157	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)
TE	AP	CS UTRILLAS (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA	2018_0534	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA
TE	AP	CS VILLEL	MATAMALA GIMENO CARLOS	2018_0614	POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS VILLEL	MIGUEL POSA JORGE	2018_0834	USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL
TE	AP	DAP TERUEL	PEREZ DIEZ CRISTINA	2018_0079	CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGO-AMIGDALARES
TE	AP	DAP TERUEL	LAINEZ LORENTE MARIA TERESA	2018_0080	VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION
TE	AP	DAP TERUEL	MARTINEZ MARTINEZ MATILDE	2018_0082	GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES	2018_0142	EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	CASTRO VILELA MARIA ELENA	2018_0156	PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD
TE	HOSP	CSS SAN JOSE (GERIATRIA)	GALA SERRA CARLOS	2018_0269	NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ALERGOLOGIA)	MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR	2018_0288	SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ANALISIS CLINICOS)	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2018_0060	ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ANALISIS CLINICOS)	MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO	2018_0267	REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ANALISIS CLINICOS)	SANLLEHI VILA NURIA	2018_0752	PROYECTO DE MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALITICOS DE LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ANESTESIA Y REANIMACION)	RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO	2018_0092	MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ANESTESIA Y	AINOBUENO COSIO OLGA MARIA	2018_0408	MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		REANIMACION)			
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CARDIOLOGIA)	SILVA GONZALEZ DORINDA	2018_0504	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 2D/3D EN PACIENTES CON VALVULOPATIA MITRAL QUE SERAN SOMETIDOS A CIRUGIA REPARADORA (RQV) Y EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA QUE SE LES VA A COLOCAR UNA TAVI
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CARDIOLOGIA)	SILVA GONZALEZ DORINDA	2018_0536	PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 2D Y 3D EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA MITRAL PREVIO A CIRUGIA REPARADORA Y EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA QUE SE LES VA A COLOCAR UNA TAVI
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	GONZALEZ PEREZ MARTA	2018_0563	IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	2018_0128	LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	PEREZ JIMENO NURIA	2018_0181	PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	ROYO AGUSTIN MARIA	2018_0185	PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	RANERA GARCIA MIGUEL	2018_0251	REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (DIGESTIVO)	ARIÑO PEREZ INES	2018_1243	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (DIRECCION)	PEREZ HERNANDEZ RAQUEL	2018_0528	PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (DIRECCION)	PLUMED JUSTE MARIA TERESA	2018_0782	MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2018_0017	PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (FARMACIA HOSPITALARIA)	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2018_1414	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	GONZALEZ GOMEZ NICOLAS	2018_0362	CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINE K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (MEDICINA INTENSIVA)	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	2018_0343	IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE "NO HACER" RX TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (MEDICINA INTENSIVA)	MONTON DITO JOSE MARIA	2018_0346	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (MEDICINA INTENSIVA)	MONFORTE ZAFON ENCARNACION	2018_0407	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (MEDICINA INTERNA)	ZABALA LOPEZ SERGIO	2018_0163	ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	FERNANDEZ SANTOS RAFAEL	2018_1450	PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEFROLOGIA)	LACASA SANCHEZ ALICIA	2018_0179	BUTTONHOLE: TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEFROLOGIA)	ACERO CARRERO ALMUDENA	2018_0204	EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEFROLOGIA)	FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ MARCELO	2018_0505	MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LA FISTULA ARTERIOVENOSA DE HEMODIALISIS, MEDIANTE ECOGRAFIA DOPPLER
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEUMOLOGIA)	ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS	2018_0059	VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
					HIPOPNEAS DEL SUEÑO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEUROLOGIA)	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2018_0034	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (NEUROLOGIA)	JARAUTA LAHOZ LAURA	2018_0224	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA	2018_0415	CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (OFTALMOLOGIA)	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2018_0225	MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (OFTALMOLOGIA)	GARGALLO BENEDICTO AMPARO	2018_1528	MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (ONCOLOGIA MEDICA)	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2018_0276	OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	BETANCES REINOSO FRANK ALBERTO	2018_0360	PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ	2018_0354	VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	BENITO COSTEY SILVIA	2018_0489	DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD	2018_0494	REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RN DE UNIDAD PARITORIO-MATERNIDAD A TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	MARTIN RUIZ NURIA	2018_0749	MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PEDIATRIA)	ALIJARDE LORENTE ROBERTO	2018_0989	ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	BONE PINA MARIA JESUS	2018_0930	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLOGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	PEREZ AMIGOT CRISTINA	2018_1518	CONTROL DE C.O.V. EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y GESTION DE RESIDUOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PSIQUIATRIA)	LATORRE FORCEN PATRICIA	2018_0403	FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PSIQUIATRIA)	GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA	2018_0590	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CON CONTENCION MECANICA (CM) EN LA UCE DEL HOP
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PSIQUIATRIA)	IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS	2018_1533	PROGRAMA DE GESTION DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (PSIQUIATRIA)	IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS	2018_1535	MEJORA MULTIDISCIPLINAR DE LA ASISTENCIA A LA SALUD MENTAL EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (RADIODIAGNOSTICO)	MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA	2018_0011	CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (REHABILITACION)	RENAU HERNANDEZ ESMERALDA	2018_0386	CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (REUMATOLOGIA)	ESTOPIÑAN FORTEA LIDIA	2018_0609	OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE LOS PACIENTES A CONSULTAS DE REUMATOLOGIA DEL OBISPO POLANCO PARA LA SOLICITUD DE DENSITOMETRIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (URGENCIAS)	ANDRES SALIENTE AURORA	2018_0063	USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (URGENCIAS)	LOPEZ MAS CLARA	2018_0469	AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICAS EN URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (URGENCIAS)	MARTINEZ OVIEDO ANTONIO	2018_0502	PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO (UROLOGIA)	SANCHEZ ELIPE MIGUEL ANGEL	2018_1451	MEJORA EN EL MANEJO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON HIPERPLASIA PROSTATICA

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
AL	AMB	USM ALCAÑIZ (PSIQUIATRIA)	GONZALEZ PANZANO MANUEL	2018_1438	INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIETENTES CON CANCER COLORRECTAL
AL	AMB	USM ALCAÑIZ (PSIQUIATRIA)	BECERRA DARRIBA HELENA	2018_1556	OPTIMIZACION DEL ABORDAJE CLINICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION DESDE ATENCION PRIMARIA, EN COORDINACION CON LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2018_0342	PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	TELMO HUESO SIRA	2018_0391	TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	SOLDEVILLA JIMENO ELENA	2018_0414	"DIME LO QUE COMES ... " DIRIGIDO AL ALUMNADO DEL COLEGIO PUBLICO SAN SEBASTIAN DE CASTELSERAS
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GAN GARGALLO CARMEN	2018_1133	MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGALISTIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN PEDIATRIA EN EL EAP ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AGUILAR JULIAN MARTA	2018_1137	MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2018_1470	PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL
AL	AP	CS ALCAÑIZ (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	HURTADO LOPEZ CARMEN	2018_1059	COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	MARTINEZ ARRIAZU SIXTO	2018_0019	PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE
AL	AP	CS ALCORISA	BONDIA HERRERO MARIA ISABEL	2018_0804	PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA MARIA GORETI	2018_0860	FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL
AL	AP	CS ANDORRA	HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD	2018_0069	IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ALCAÑIZ
AL	AP	CS ANDORRA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2018_0942	SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA
AL	AP	CS ANDORRA	GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL	2018_1129	ESCUELA DE MADRES
AL	AP	CS CALACEITE	SIMON MELCHOR ALBA	2018_1093	DETECCION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALANDA	FERRANDO AZNAR CLARA	2018_1140	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2018_1159	TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	COSTA MONTAÑES ROSA MARIA	2018_1388	PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA EN EL C.S DE CALANDA Y EL C.S DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS CANTAVIEJA	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	2018_0432	USO DE ANTIBIOTICOS EN FARIGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	EGEA PER OSCAR	2018_0435	MEJORAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS
AL	AP	CS CANTAVIEJA	MARCO LOSTAL CARMEN	2018_0538	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD
AL	AP	CS CANTAVIEJA	GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION	2018_0539	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA
AL	AP	CS CASPE	RELANCIO PASCUAL PATRICIA	2018_0933	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	BELLES PALLARES LUCIA	2018_1400	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE
AL	AP	CS HIJAR	LAZARO GRACIA PILAR	2018_0910	CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES
AL	AP	CS HIJAR	RIOS LAZARO MIGUEL	2018_1063	CICLO DE MEJORA EN LA DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA PROTEINURIA EN PACIENTES DIABETICOS
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL	2018_1300	PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO	2018_1311	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS HIJAR	RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES	2018_1330	INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENOR AMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO	2018_1395	MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO	2018_1532	CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
			DANIEL		
AL	AP	CS MAELLA	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2018_1173	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAELLA	GIMENEZ ANDRES FABIOLA	2018_1538	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAELLAANALISIS DE SITUACION. PERTINENCIA DEL PROYECTO
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	ESPADA QUEROL TERESA	2018_1390	CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2018_0703	TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER	2018_1236	REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	BORRAZ MIR MARIA PILAR	2018_1296	RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2018_1421	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MUNIESA	SALESA ALBALATE ALBERTO	2018_0937	TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS
AL	AP	CS MUNIESA	MALLEN EDO MARTA	2018_1155	¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?
AL	AP	CS MUNIESA	NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA	2018_1256	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS VALDERROBRES	FIGUEROLA FALCO SANDRA	2018_0916	MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES: CUMPLIMENTACION DE CARGOS A TERCEROS
AL	AP	CS VALDERROBRES	GUERRERO VICENTE MARISOL	2018_0919	PROYECTO “MANOS LIMPIAS” EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2018_0068	ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2018_0074	PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ADMISION Y DOCUMENTACION)	CLAVERO SORIANO ANA CRISTINA	2018_0791	MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ANATOMIA PATOLOGICA)	CAY DIARTE ALFONSO	2018_0356	ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL CANCER DE MAMA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ANESTESIA Y REANIMACION)	CALDERON AGUIRRE PATRICIA	2018_0265	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACON DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ANESTESIA Y REANIMACION)	CARLUCCIO CRISTINA	2018_0374	IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ANESTESIA Y REANIMACION)	MURILLO PINA RAQUEL	2018_0392	IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (BIOQUIMICA)	PABLO BRUNA MARIA CARMEN	2018_1566	OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (BLOQUE QUIRURGICO)	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2018_0149	REMODELACION Y ACTUALIZACION HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	ALMEIDA PONCE HELEN	2018_0233	OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	BLASCO GIL SILVIA	2018_0299	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO	2018_0347	ELABORACION DE UNA GUIA PRACTICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MAURAIN VILORIA ANA	2018_0302	PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (DERMATOLOGIA)	RIVERA RODRIGUEZ ALVARO	2018_0604	PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	FUENTELSAZ DEL BARRIO	2018_0605	INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		(DERMATOLOGIA)	MARIA VICTORIA		GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (DIGESTIVO)	MARTINEZ CRESPO ELENA	2018_0522	SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (DIGESTIVO)	LACARTA GARCIA PEDRO	2018_0617	PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (DIRECCION)	LARA GARRIDO ANGELA	2018_0682	MANUAL DEL SUPERVISOR
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	VERDES SANZ GUAYENTE	2018_1507	INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ESTERILIZACION)	FERRANDO RAMOS MARIA JESUS	2018_0310	CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE PROCEDE AL LAVADO Y LIMIEZA EN LA CENTRAL DE ESTERILZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (FARMACIA HOSPITALARIA)	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	2018_0741	OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (FARMACIA HOSPITALARIA)	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2018_1002	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	SANCHO VAL IGNACIO	2018_0727	IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	PARICIO MORENO MIGUEL	2018_0812	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVOSEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (HOSPITALIZACION DOMICILIARIA)	DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL	2018_0157	MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (LABORATORIO)	ARENZANA GARCIA SARA	2018_1412	PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOTOMIAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (LABORATORIO)	AYORA RUBIO RAQUEL	2018_1413	PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (MEDICINA DEL TRABAJO)	ROYO ANADON JULIA	2018_0318	PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA TRABAJADORA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (MEDICINA INTERNA)	ARTAJONA RODRIGO ESTHER	2018_0075	PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (MEDICINA INTERNA)	MARCILLA CORDOBA FRANCISCO	2018_0286	IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE ATENCION PRIMARIA (AP) PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (MEDICINA INTERNA)	PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA	2018_0410	COORDINACION EN EL SEGUMIENTO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	CALDERON MEZA JOSE MANUEL	2018_0726	CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	RUIZ ANDRES MARIA ANGELES	2018_0867	REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (NEFROLOGIA)	LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO	2018_0312	IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (NEUMOLOGIA)	AGUD CARDONA MONICA	2018_0117	HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (NEUMOLOGIA)	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	2018_0118	EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (NEUROLOGIA)	MUÑOZ FARJAS ELENA	2018_0402	ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (NEUROLOGIA)	SARRION MOCHALES MONTSERRAT	2018_0406	SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OBSTETRICIA Y	ANDREU GISBERT PILAR	2018_0155	ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DEL SO4MG EN SUS DISTINTAS APLICACIONES OBSTETRICAS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		GINECOLOGIA)			
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	SANCHO VIVES ESTHER	2018_1104	PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	VICENTE LOPEZ BEATRIZ	2018_1353	PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM) EN LA GESTANTE
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OFTALMOLOGIA)	LATRE REBLED BEATRIZ	2018_0385	PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OFTALMOLOGIA)	CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER	2018_0742	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA: AREA DE PACIENTES AMBULANTES Y EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ONCOLOGIA MEDICA)	GALAN CERRATO NIEVES	2018_0171	ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ONCOLOGIA MEDICA)	VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO	2018_0172	INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ONCOLOGIA MEDICA)	ORTI MOLES JESSICA	2018_0202	ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (ONCOLOGIA MEDICA)	ALVAREZ ALEJANDRO MARIA	2018_1373	REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (OTORRINOLARINGOLOGIA)	MOLINER PEIRO FERNANDO	2018_0290	INFORMATIZACION EN UN SERVIDOR SEGURO LAS IMAGENES PATOLOGICAS DE FIBROSCOPIA LARINGEA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (PEDIATRIA)	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2018_0341	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (PEDIATRIA)	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2018_0344	IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (PEDIATRIA)	OCHOA GOMEZ LAURA	2018_0484	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (PRUEBAS FUNCIONALES)	HEREDIA FERRER LOURDES	2018_0981	PICTOGRAMAS PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (PSIQUIATRIA)	DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA	2018_1336	PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (RADIODIAGNOSTICO)	FRAGA MILIAN CARMEN	2018_0661	REGISTRO DE ALERGIAS AL CONTRASTE YODADO EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (RADIODIAGNOSTICO)	MOR JULVE EMILIO	2018_1015	IMPLANTACION DE LOS CRITERIOS RECIST (RESPONSE EVALUATION CRITERIA IN SOLID TUMORS)
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (RADIODIAGNOSTICO)	VAREA SANZ MARZO ANTONIO	2018_1021	IMPLANTACION DE TECNICA DE ELASTOGRAFIA EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (REHABILITACION)	HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA	2018_0327	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (REHABILITACION)	MARTI AMELA ANA BELEN	2018_0345	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (REHABILITACION)	AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA	2018_0393	UTILIZACION DE LA HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA O SOSPECHA DE LINFEDEMA EN LA CONSULTA DE REHABILITACION, ASI COMO PROTOCOLO DE DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (REHABILITACION)	POLO ROYO MARCO	2018_0394	PROTOCOLO SOLICITUD PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN Sº DE REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA DE CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y /O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (REUMATOLOGIA)	CASORRAN BERGES MARTA PILAR	2018_0425	CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL)	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2018_0138	PROCESO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (URGENCIAS)	COLAS OROS CARLOS	2018_0077	INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (URGENCIAS)	ROYO MOLES MARIA ISABEL	2018_0664	DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (UROLOGIA)	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2018_0662	OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ (UROLOGIA)	VALERO MILIAN JESUS	2018_0663	OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN (ADMISION Y DOCUMENTACION)	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2018_0050	DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION : PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN	2018_0888	EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	PUIG GARCIA CARMEN	2018_0668	¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOPEZ CAMPOS MONICA	2018_0707	ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOZANO ENGUITA ELOISA	2018_0948	MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO 9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR RESPONSABLE Y PROTOCOLO ACTUACION
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA	2018_0951	MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	CLARES PUNCEL MARIA TERESA	2018_1475	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	TORNOS SIMON TERESA	2018_1490	MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	PEREZ RAMIREZ ISABEL	2018_1494	MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE BIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE
Z1	AP	CS ACTUR SUR	PITARQUE GARGALLO PILAR	2018_1339	PROYECTO DE MEJORA EN LA CAPTACION, DERIVACION Y CITACION DE PACIENTES PARA LAS ACTIVIDADES DE EDUCACION PARA LA SALUD GRUPAL EN EL CS ACTUR SUR DE ZARAGOZA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL	2018_0750	MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR	2018_0751	REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	PUEYO VAL OLGA MARIA	2018_0952	EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN
Z1	AP	CS ALFAJARIN	NAVARRO SERRANO EVA MARIA	2018_0994	EL CENTRO DE SALUD SE ACERCA A LA ESCUELA
Z1	AP	CS ARRABAL	JULIAN ARANDA MARIA PILAR	2018_0323	REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CORMIRMACION
Z1	AP	CS ARRABAL	GASCON RICARTE ISABEL	2018_1420	DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018
Z1	AP	CS ARRABAL	BORRAZ ABELLA NURIA	2018_0970	TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ARRABAL	TOLOSANA LASHERAS TERESA	2018_1333	PROMOCION DE LA SALUD, DEL EMBARAZO A LA ESCUELA, MEDIANTE ACTIVIDADES GRUPALES EN LA COMUNIDAD
Z1	AP	CS ARRABAL	ESPINOSA ALONSO NOEMI	2018_1386	EDUCACION NUTRICIONAL EN SOBREPESO Y OBESIDAD
Z1	AP	CS ARRABAL	MAGALLON BOTAYA ROSA	2018_1498	EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ARRABAL	NOVELLA ABRIL PILAR	2018_1529	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARINICOS EN CENTRO DE SALUD, CON CONTROL VENOSO DE INR. PROPUESTAS DE MEJORA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	2018_0105	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	ASSO OTAL MARIA ELENA	2018_1075	GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	SORIANO IGLESIAS RAQUEL	2018_1253	EDUCACION SANITARIA PARA UN BUEN MANEJO DE LOS INHALADORES EN NIÑOS Y ADULTOS
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	PONCE SALCEDA DOMINGO	2018_1561	MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA
Z1	AP	CS BUJARALOZ	GUTIERREZ TORIO ANA SARA	2018_0737	REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO
Z1	AP	CS BUJARALOZ	ABAD ROYO MERCEDES	2018_0829	EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO Y IES DE BUJARALOZ
Z1	AP	CS LUNA	HERNANDEZ ABADIAS MARIA ISABEL	2018_0295	PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	MAZA SOLANAS PILAR	2018_1158	PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS Y PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD: PAGINA WEB CS PARQUE GOYA
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	VITALLER SANCHO CONCHA	2018_1227	ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADA CON LA NUTRICION, EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL	2018_1297	MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO II INSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS SANTA ISABEL	ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA	2018_1106	PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	NAVARRO MAS MARIA VICTORIA	2018_0031	CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLAMAYOR
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	GARCIA DOMINGUEZ SUSANA	2018_0959	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	FORCEN BELTRAN MARIA JOSE	2018_1025	¡VOLVEMOS AL COLE!. TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICA
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR	2018_1384	EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	DIESTE MARCIAL MARIANO	2018_0613	PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES Y MADRES (GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD DEL NIÑO LACTANTE)
Z1	AP	CS ZUERA	DIAZ FLE MARTA	2018_0301	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE
Z1	AP	CS ZUERA	GARRALON ORTEGA CRISTINA	2018_0444	MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S.ZUERA
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	CLERENCIA CASORRAN CARLOS	2018_0045	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	GALINDO CHICO MIGUEL	2018_0047	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	MENDI METOLA CAROLINA	2018_0071	GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	NAVARRO VITALLA OSCAR	2018_0090	PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	GOMEZ GARCIA DOLORES	2018_1525	REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ADMISION Y DOCUMENTACION)	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2018_0036	EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ANALISIS CLINICOS)	DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE	2018_1418	PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO DEL LABORATORIO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ANATOMIA PATOLOGICA)	ALMAJANO MARTINEZ CARMEN	2018_0675	SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO 15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ANATOMIA PATOLOGICA)	MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER	2018_0684	SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROCESAMIENTO DE BIOPSIAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ANESTESIA Y REANIMACION)	MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO	2018_1087	PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (BLOQUE QUIRURGICO)	ABREU RUBIÑO MARIA DEL ROCIO	2018_0627	VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	COLINA ONTAÑON MARIA LUISA	2018_0592	ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER MASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	ARROYO RUBIO ERNESTO	2018_1175	DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	GARCIA AGUILERA DAVID	2018_1229	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ESTERILIZACION)	VILLANUEVA CAMPAÑA ROSA MARIA	2018_0893	MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (FARMACIA HOSPITALARIA)	IRIARTE RAMOS SONIA	2018_1058	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (FARMACIA HOSPITALARIA)	ANDRES ARRIBAS IGNACIO	2018_1209	CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	MESA LAMPRE MARIA PILAR	2018_0132	MEJORA DE LA INFORMACION: ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA LA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		(GERIATRIA)			INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS INTERVENCION POR FRACTURA DE CADERA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	GASPAR RUZ MARIA LUISA	2018_0173	PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	SOLSONA FERNANDEZ SOFIA	2018_0220	PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN	2018_0384	CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	OCHOA CALVO MARIA PILAR	2018_0457	IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	ORDOVAS TERESA MARIA JOSE	2018_0847	GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA	2018_0868	GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	ESTAUN FERNANDEZ TERESA	2018_0884	GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (GERIATRIA)	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	2018_1051	CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	2018_0474	RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN	2018_0475	IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTENSIVA)	JORGE GARCIA RUTH NOEMI	2018_0882	CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTENSIVA)	SAEZ ESCOLANO PAULA	2018_0975	IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTENSIVA)	LAFUENTE MATEO MIRIAM	2018_1110	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTENSIVA)	CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO	2018_1503	IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTERNA)	JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN	2018_1077	GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTERNA)	DOMINGUEZ SANTAREN MARIA JOSE	2018_1347	CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (MEDICINA INTERNA)	COMABELLA CALLIZO NATALIA	2018_1348	EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RODRIGUEZ ABAD PEDRO	2018_0946	CONSULTA INFORMATIVA DE ENFERMERIA DE PLANIFICACION FAMILIAR
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	SESE SANZ MARIA PILAR	2018_1416	ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (OFTALMOLOGIA)	BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO	2018_0878	CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (OFTALMOLOGIA)	SANCHO REDONDO CARMEN	2018_1103	DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA MEDIANTE OCT
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (OFTALMOLOGIA)	BAZAN GIMENEZ PABLO	2018_1113	DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (ORTOGERIATRIA)	MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES	2018_1179	TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	LABARTA VIÑALES CARMEN	2018_0855	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA)	MOREO BERGADA PILAR	2018_0049	ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ CANCER DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA)	COARASA CERDAN ANA	2018_0134	CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (PSIQUIATRIA)	MARTINEZ PLANAS ISABEL	2018_0940	ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA PERSONALIDAD (UTCA-TP) EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (REHABILITACION)	MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE	2018_0205	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (REHABILITACION)	CAMBRA LINES MARIA PILAR	2018_0229	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (REHABILITACION)	ANAYA GIL TERESA	2018_0234	PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (REHABILITACION)	GRAN EMBID SILVIA	2018_0250	PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA (URGENCIAS)	LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA	2018_0828	PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD (IC)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (ADMISION Y DOCUMENTACION)	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	2018_0046	EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (ALERGOLOGIA)	PEREZ CAMO IGNACIO	2018_1558	PROYECTO PROA ALERGIA A BETALACTAMICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (ANESTESIA Y REANIMACION)	DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES	2018_0869	UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (BIOQUIMICA)	BONED JULIANI BEATRIZ	2018_1222	FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (BLOQUE QUIRURGICO)	LASALA CONTE ELENA	2018_0995	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CARDIOLOGIA)	FITENI MERA ISABEL	2018_0941	MEJORA DEL INFORME DE ALTA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CON FEVI REDUCIDA PARA CONSEGUIR TITULACION DE LOS FARMACOS INDICADOS POR LAS GUIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CARDIOLOGIA)	SANCHEZ VICENTE YOLANDA	2018_1135	PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	YANEZ BENITEZ CARLOS	2018_0657	IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	PUISAC URIOL LUCIA	2018_0795	VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO-ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	BLAS LAINA JUAN LUIS	2018_1230	PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MEJIA CASADO ANA	2018_1376	ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (DERMATOLOGIA)	GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER	2018_1194	EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DERMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (DIGESTIVO)	PEÑA GONZALEZ ELENA	2018_0611	PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	BANDRES NIVELA OROSIA	2018_1152	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		(ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)			
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (FARMACIA HOSPITALARIA)	MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA	2018_0722	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (FARMACIA HOSPITALARIA)	VARELA MARTINEZ ISABEL	2018_0735	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN HOSPITAL DE DIA DE HEMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (FARMACIA HOSPITALARIA)	MONCIN TORRES CARLOS ANGEL	2018_0859	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (HOSPITALIZACION DOMICILIARIA)	SOLIS PASTOR ESTHER	2018_1181	IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (HOSPITALIZACION DOMICILIARIA)	MARTINEZ ASENSIO SUSANA	2018_1184	FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (HOSPITALIZACION DOMICILIARIA)	CABALLERO ASENSIO RUTH	2018_1201	HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTENSIVA)	TIRADO ANGLES GABRIEL	2018_0983	PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	DIEZ MASSO FABIOLA PILAR	2018_1010	ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	DEL CORRAL BEAMONTE ESTHER	2018_1030	PROYECTO DE MEJORA DE LAS RECOMENDACIONES DE "NO HACER" EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER	2018_1096	VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	SEVIL PURAS MARIA	2018_1142	INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MEDICINA INTERNA)	ROMAN BUENO MARIA LUISA	2018_1220	GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	ASPIROZ SANCHO CARMEN	2018_0802	ADAPTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) DEL HRV A LA ESTRATEGIA IRASPROA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	EGEA GONZALEZ RAQUEL	2018_0390	PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	JIMENEZ MILLAN VANESA	2018_0395	TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	BOLDOVA LOSCERTALES ANA	2018_0851	PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUMOLOGIA)	PEREZ GIMENEZ LAURA	2018_0950	ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUROLOGIA)	LATORRE JIMENEZ ANA	2018_0615	ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (NEUROLOGIA)	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2018_0616	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (OFTALMOLOGIA)	HERNANDEZ VIAN RUBEN	2018_1164	OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (OFTALMOLOGIA)	PINILLA BOROBIA JUAN	2018_1217	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	HERRERO EGEA ANA	2018_0322	INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (OTORRINOLARINGOLOG	NAYA GALVEZ MARIA JOSE	2018_0523	ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		IA)			
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	HERRERO EGEA ANA	2018_0779	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	NIEVAS MARCO MARIA PILAR	2018_1089	IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (PSIQUIATRIA)	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2018_0471	PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (PSIQUIATRIA)	CHENLO TOUCEDA SILVIA	2018_1218	DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (QUIROFANOS)	CANO LAZARO RAQUEL	2018_1066	ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (RADIODIAGNOSTICO)	GIMENEZ CEPERO FERNANDO JAVIER	2018_0863	ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (RADIODIAGNOSTICO)	MENES BLANCO MERCEDES	2018_1213	PACIENTES A LOS CUALES SE LES CANALIZA UNA VIA PERIFERICA (DE PLANTA O AMBULANTE) Y VAYAN A TENER UN ESTUDIO DE TAC, PRESERVAR ESA VIA PARA NO REALIZAR UNA NUEVA VENOPUNCION
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (REUMATOLOGIA)	GINER SERRET EMILIO	2018_0747	UNIDAD DE UVEITIS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (UCE PSIQUIATRIA)	SERRANO LAZARO ROGELIO	2018_0419	PROTOCOLO DE SALIDAS Y PERMISOS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE PSIQUIATRIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL)	RAMOS D'ANGELO FERNANDO	2018_1014	ATENCION A TIEMPO EN LOS PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA (UROLOGIA)	ABRIL BAQUERO GONZALO	2018_1562	PROGRAMA DE CALIDAD SOBRE PAPEL CERO EN EL SERVICIO DE UROLOGIA Y PROTECCION DE DATOS GARANTIZADA

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z2	AMB	CME RAMON Y CAJAL (CARDIOLOGIA)	BERGUA MARTINEZ CLARA	2018_1274	PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA	2018_0335	PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	BELLO MARTINEZ AMPARO	2018_0448	CAMINANDO JUNTOS POR EL CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	PARDOS GARCIA ROSA ANA	2018_0498	CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE	2018_0530	MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP
Z2	AP	CS CASABLANCA	SALVADOR DEL VAL MARIA CARMEN	2018_0944	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS CASABLANCA
Z2	AP	CS CASABLANCA	GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA	2018_0961	INCORPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ARA MARTIN GEMA MARIA	2018_0790	AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	GUTIERREZ BLASCO JAVIER	2018_0810	VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	LOPEZ AYLON ROSA MARIA	2018_0674	PROMOCION DE LA SALUD EN LA MUJER CON MENOPAUSIA
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	BOLEA GORBEA CARLOS	2018_0814	INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	ARNAL RUBIO EVA	2018_1003	CONOCER EL CENTRO DE SALUD DESDE LA ESCUELA
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	ZUMETA FUSTERO JESUS	2018_1115	PROYECTO: PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS FUENTES DE EBRO
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2018_1350	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	USON MARTIN ANA ISABEL	2018_1351	INCORPORACION DEL EAP PARQUE ROMA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	MURO CULEBRAS MARIA	2018_0307	RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	CAÑADA MILLAN JOSE LUIS	2018_0436	DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN POBLACION MAYOR
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	TOMEO MUÑOZ RUTH	2018_0453	CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA. CENTRO SALUD ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	GARGALLO GASCA NAIARA	2018_0478	REVISION ESTRUCTURADA DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN CENTRO DE SALUD ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	VICENTE ALDEA MARIA TERESA	2018_0877	IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	BONA GARCIA JAIME	2018_0891	FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	2018_0610	FORMACION DE PACIENTE ACTIVO EN DIABETES
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	ANDRES AGORRETA PATRICIA	2018_0687	MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	FRAILE MUÑOZ ALBA	2018_0702	PROYECTO ANDARINAS Y FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2018_0830	REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	MUSEROS SOS DOLORES	2018_0058	BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	DIAZ RUBIRA MERCEDES	2018_1212	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS MIRAFLORES
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	FERNANDEZ MOYA OSCAR	2018_1214	OPTIMIZACION DEL USO ANTIBIOTICO PROA
Z2	AP	CS REBOLERIA	MUÑOZ MERCADO ANGELA	2018_0624	OPTIMIZACION DEL ACONSULTA MONOGRAFICA TABACO /EPOC EN EL CENTRO DE SALUD
Z2	AP	CS REBOLERIA	CUBERO PABLO MANUEL	2018_0634	INCORPORACION AL C. S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA “FUNDACION EL TRANVIA”
Z2	AP	CS REBOLERIA	MALLADA VIANA MARIA PILAR	2018_0651	ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA
Z2	AP	CS REBOLERIA	RODRIGUEZ GARCIA	2018_1479	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB DEL

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		(SALUD BUCODENTAL)	ANASTASIA		SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	SAZ GONZAGA ANGEL	2018_0768	PROYECTO PROA
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	MORALES ABAJO OLGA	2018_1004	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO) (FISIOTERAPIA)	SANZ RUBIO CONCEPCION	2018_1569	PROYECTO DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	PALACIO LAPUENTE JESUS	2018_0724	PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	CABEZA GUILLEN MARIA ELENA	2018_1037	REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORAO MERCEDES	2018_0550	LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FERRERAS GASCO DOMINGO	2018_0600	BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	LALANA JOSA MARIA PILAR	2018_1304	INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA	2018_1342	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UD APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	PASCUAL LABORDA MIGUEL ANGEL	2018_0194	CONTROL DEL PROCESO Y MEJORA DEL TIEMPO DE RESPUESTA, EN EL TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS INTERCENTROS
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	2018_0012	TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	GASCON GASPAR JOSE LUIS	2018_1310	INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE (SALUD BUCODENTAL)	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	2018_0009	PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	ARRIETA HIGUERAS ELENA	2018_1143	HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	LOPEZ ESTEBAN PILAR	2018_1234	INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	SAMPEDRO FELIU ALFONSO	2018_1249	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. SAN JOSE SUR
Z2	AP	CS SAN PABLO	MACIPE COSTA ROSA MARIA	2018_0298	SEMAFORO DE LA SALUD DEL BARRIO DEL GANCHO. IDENTIFICANDO CON LA POBLACION ASPECTOS DEL BARRIO QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS VECINOS
Z2	AP	CS SAN PABLO	SAGASTE ROMEO TERESA	2018_0427	GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA
Z2	AP	CS SAN PABLO	MARCO BRUALLA MARIA	2018_0748	PROGRAMA INTEGRAL DE ACTUACION EN LA ASISTENCIA DE URGENCIA DIRIGIDO A PERSONAL SANITARIO DEL CS SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	MAZA INVERNON ANA CRISTINA	2018_0771	MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS
Z2	AP	CS SAN PABLO	VALVERDE ARANDA SELMA	2018_0773	INCORPORACION DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SASTAGO	ENFEDAQUE LABRADOR ESTER	2018_1272	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MONREAL ALIAGA ISABEL	2018_1277	INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	GARCIA LANZON CELESTE	2018_0962	PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	BARCONES MOLERO MARIA FE	2018_1074	EL PACIENTE COMPLEJO EN ATENCION PRIMARIA. INTERMED, UN METODO DE VALORACION INTEGRAL DE NECESIDADES BIOPSICOSOCIALES Y DE ATENCION SANITARIA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	APARICIO JUEZ SARAY	2018_1091	REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	OTEGUI ILARDUYA LUIS	2018_1331	INCORPORACION DEL EAP TORRE RAMONA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	PEÑA GALO EDGAR	2018_1352	ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
					UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA (TRABAJO SOCIAL)	RUIZ VECINO MARIA TERESA	2018_1521	MEJORAR LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL EN MAYORES DE 75 AÑOS
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	MARCO IBAÑEZ ALMUDENA	2018_0158	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	MARCO IBAÑEZ ALMUDENA	2018_0706	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL IES BLECUA-CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ: ESCUELA DE ESPALDA COMO LINEA DE MEJORA DEL PROYECTO 2018_0158
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA	2018_0709	PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VILLAR SEBASTIAN VICENTE	2018_0818	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA). CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ . SECTOR II. ZARAGOZA
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	CALVO ESTOPIÑAN MARIA PILAR	2018_1120	INTERCONSULTA VIRTUAL (I.C.V.) Y ORGANIZACION DE LA DEMANDA EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2018_0718	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS DE VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL	2018_0739	PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	BELTRAN GARCIA SARA	2018_0363	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
Z2	AP	CS VENECIA	BURILLO MATEO RAQUEL	2018_0949	INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	AZNAR CARBONELL ANGEL	2018_0076	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PASCUAL GUTIERREZ FLOR	2018_0084	PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	LAIN MIRANDA MARIA ELENA	2018_0793	MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE	2018_0691	PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS	2018_0738	GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PINA GADEA BELEN	2018_1034	PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	LABARTA MANCHO CARMEN	2018_1326	INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	NOSTI ESCANILLA JESUS	2018_0581	REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUE HAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE
Z2	AP	ESAD ZARAGOZA 2 (ESAD)	ANDREU GRACIA SERGIO FERNANDO	2018_0679	FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA (GERIATRIA)	CRESPO BURILLO MARIA MAR	2018_1117	ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA (GERIATRIA)	DE VAL LAFAJA ALODIA	2018_1267	ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	TORO NUÑEZ MAXIMILIANO	2018_0844	INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2018_0845	PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO (SNS). IMPLICACION DEL Sº DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA	2018_0858	PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	GALLEGO LIGORIT LUCIA	2018_0873	SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y	PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO	2018_0900	REDACCION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA LOS INTEGRANTES DEL SERVICIO DE

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		REANIMACION)			ANESTESIA, REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANESTESIA Y REANIMACION)	MARTIN ESCUIN SOLEDAD	2018_1364	USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA	2018_1250	MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QURURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	INARAJA PEREZ GABRIEL	2018_1281	MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA)	BANCALERO FLORES JOSE LUIS	2018_0255	IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA)	LARREA ORTIZ QUINTANA MARIA DEL MAR	2018_0258	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA)	LASIERRA MONCLUS ANA BELEN	2018_1306	REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BIOQUIMICA CLINICA)	GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA	2018_0482	IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DECRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BLOQUE QUIRURGICO)	QUILEZ FRAJ ELISA	2018_0543	MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BLOQUE QUIRURGICO)	MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO	2018_1278	EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BLOQUE QUIRURGICO)	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2018_1279	INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (BLOQUE QUIRURGICO)	BUISAN FRANCO MARIA CARMEN	2018_1502	ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	2018_0780	FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	LASALA ALASTUEY MARIA	2018_0885	INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	PEREZ GUERRERO AINHOA	2018_1141	PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO	2018_1208	PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	MIÑANO OYARZABAL ANTONIO	2018_1313	PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CARDIOLOGIA)	OLORIZ SANJUAN TERESA	2018_1411	PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA CARDIOVASCULAR)	FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS	2018_1231	PROTOCOLOZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H M.SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	DUQUE MALLEN MARIA VICTORIA	2018_1167	TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	SERRADILLA MARTIN MARIO	2018_1284	GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL)	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2018_1392	CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO RAPIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL)	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2018_1393	HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2018_0871	ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER	2018_1100	OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER	2018_1102	DISMINUCION DEL NUMERO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES ANCIANOS CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPROTICA DE CADERA, HUMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	ANGULO TABERNERO MARINA	2018_1107	EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PEDIATRICA)	FERNANDEZ ATUAN RAFAEL	2018_0239	FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PEDIATRICA)	CORONA BELLOSTAS CAROLINA	2018_0569	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PEDIATRICA)	RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES	2018_0789	EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA)	YUSTE BENAVENTE VALENTIN	2018_0803	UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (CIRUGIA TORACICA)	EMBUN FLOR RAUL	2018_0715	UNIDAD FUNCIONAL DE CIRUGIA TORACICA DE MINIMA INVASION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DERMATOLOGIA)	MORALES CALLAGHAN ANA	2018_1264	PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DERMATOLOGIA)	GILABERTE CALZADA YOLANDA	2018_1290	IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA EN DERMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	BAJADOR ANDREU EDUARDO	2018_1219	ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIGESTIVO)	SANCHEZ CUCALON SUSANA	2018_1266	PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIRECCION)	PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON	2018_0120	GESTION CLINICA DE LA PATOLOGIA DE RAQUIS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIRECCION)	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2018_0131	PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (DIRECCION)	PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON	2018_0135	RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	ACHA PEREZ JAVIER	2018_1211	ANALIIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (ESTERILIZACION)	CAÑADA ASENSIO VANESA	2018_0785	FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (FARMACIA HOSPITALARIA)	NAVARRO AZNAREZ HERMINIA	2018_1491	MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (FARMACIA HOSPITALARIA)	MERCHANTE ANDREU MIRIAM	2018_1551	MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (GERIATRIA)	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2018_1118	FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (GERIATRIA)	RUIZ MARISCAL MARTA	2018_1192	MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (GERIATRIA)	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	2018_1202	ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR	2018_1295	PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ON LINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	IBORRA MUÑOZ ANA	2018_1349	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA EL 2018-2019 MEDIANTE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA)	CALVO VILLAS JOSE MANUEL	2018_1378	PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA)	PEREZ POZA ALFONSO	2018_0153	ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U.MIGUEL SERVET)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	GURPEGUI PUENTE MARTA	2018_0458	PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTENSIVA)	LOMBARTE ESPINOSA EVELYN	2018_0459	PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTERNA)	FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR	2018_1172	OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MEDICINA INTERNA)	ARAZO GARCES PIEDAD	2018_1261	CONSULTA DE ALTA RESOLCION. OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	2018_1045	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2018_1160	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEFROLOGIA)	SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH ALBERTO	2018_1210	ELABORACION CUADRO MANDO SERVICIO DE NEFROLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEFROLOGIA)	SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH ALBERTO	2018_1246	DISMINUCION VARIABILIDAD EN LA GESTION DE INTERCONSULTA VIRTUAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEONATOLOGIA)	LARENA FERNANDEZ ISRAEL	2018_1445	ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	MINCHOLE LAPUENTE ELISA	2018_1233	IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	VERA SOLSONA ELISABET	2018_1265	PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA . SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUMOLOGIA)	MARTIN CARPI MARIA TERESA	2018_1270	PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROCIRUGIA)	CASADO PELLEJERO JUAN	2018_0628	MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE NEUROQUIRURGICO CON DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROCIRUGIA)	NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ	2018_1070	DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROCIRUGIA)	NOVO GONZALEZ BEATRIZ	2018_1206	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROFISIOLOGIA CLINICA)	HADDAD GARAY MARIA	2018_0487	CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROLOGIA)	ARTAL ROY JORGE	2018_1242	OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROLOGIA)	TEJADA MEZA HERBERT DANIEL	2018_1257	PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (NEUROLOGIA)	MARTIN MARTINEZ JESUS MANUEL	2018_1309	DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD DE RESOLUCION EN INTERCONSULTA TELEMATICA DE NEUROLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BAQUEDANO MAINAR LAURA	2018_0015	INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DE GINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS Y RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN CONSULTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	2018_0223	CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	BORQUE IBAÑEZ AMPARO	2018_0497	PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN LAS PACIENTES CON LESIONES

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		(OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)			PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RUBIO CUESTA PATRICIA	2018_0526	EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	TAJADA CEPERO PILAR	2018_0762	OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	DIESTE PEREZ ANA MARIA DE LA PEÑA	2018_1011	ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN	2018_1083	ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OFTALMOLOGIA)	LOPEZ VALVERDE GLORIA	2018_0736	PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELAJANTES CORNEALES EN CIRUGIA DE CATARATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OFTALMOLOGIA)	PARDIÑAS BARON NIEVES	2018_1136	CONTROL UVEITIS NO INFECCIOSAS. OBJETIVO: INDEPENDENCIA DE FARMACOS CORTICOESTEROIDEOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OFTALMOLOGIA)	MENDEZ MARTINEZ SILVIA	2018_1216	TOXICIDAD OCULAR POR EL USO DE HIDROXICLOROQUINA Y CLOROQUINA. MANEJO MULTIDISCIPLINARPARA EL CRIBAJE DE LA RETINOPATIA ASOCIADA AL USO DE ANTIPALUDICOS EN EL HOSPITALUNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER	2018_0796	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	SEVIL NAVARRO JORGE	2018_0811	REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL H.U. MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	DE MIGUEL GARCIA FELIX	2018_0887	REVISION DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	FRAILE RODRIGO JESUS	2018_0920	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (OTORRINOLARINGOLOGIA)	VICENTE GONZALEZ EUGENIO	2018_0947	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	MADURGA REVILLA PAULA	2018_1068	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	2018_1176	DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	MADURGA REVILLA PAULA	2018_1245	OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES EN PEDIATRIA: TRABAJO MULTIDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PEDIATRIA)	PEÑA SEGURA JOSE LUIS	2018_1356	DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	CAMPO SANZ MATILDE	2018_1410	PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	EZPELETA ASCASO IGNACIO	2018_1442	HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES. DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	DE JUAN LADRON YOLANDA	2018_0136	PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U. MIGUEL SERVET)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	GRACIA GARCIA PATRICIA	2018_0189	EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	ASENSIO MANERO CARMEN	2018_0382	PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	DOMPER TORNIL JAIME	2018_1111	SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		(PSIQUIATRIA)			ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION. INTERVENCIONES ESPECIFICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (PSIQUIATRIA)	SIERRA ACIN ANA CRISTINA	2018_1203	PROGRAMA PARA LA GESTION DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PRIMEROS EPISODIOS. APLICACION EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	LOZARES CORDERO SERGIO	2018_0199	DOSIMETRIA "IN VIVO" CON PELICULA RADIOCROMICA PARA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE MAMA Y BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA CON EQUIPO AXXENT (XOFT)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	ALBA ESCORIHUELA VERONICA	2018_0219	VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	VILLA GAZULLA DAVID	2018_0249	ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES INTENSIDAD MODULADA DINAMICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	GARCES CARDOS MARIA TERESA	2018_0209	CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR	2018_0514	TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DEL SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO. FACTORES PREDICTORES CLINICOS Y ECOGRAFICOS DE EXITO TERAPEUTICO DE LA INFILTRACION DE CORTICOIDES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	PEZONADA UTRILLA ELVIRA	2018_0955	EQUIPO MULTIDISCIPLICAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEURORREHABILITACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REHABILITACION)	GARCIA GALAN MARIA JOSE	2018_1496	ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REUMATOLOGIA)	PECONDON ESPAÑOL ANGELA	2018_0216	ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE LOS PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (REUMATOLOGIA)	MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER	2018_0217	DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZALIZACION ON LINE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UCI POLIVALENTE)	OSTABAL ARTIGAS ISABEL	2018_0148	REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON)	ABOS OLIVARES DOLORES	2018_1027	NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL)	TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA	2018_1387	REALIZACION DE INSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UNIDAD DE DIETETICA Y NUTRICION)	DE TORRES AURED MARILOURDES	2018_1099	FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE) 2ª PARTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (UNIDAD DE DOCENCIA Y FORMACION)	BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL	2018_1047	CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UUDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II. DOCENCIA POSTGRADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	HERRER CASTEJON ANA	2018_1303	PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	PARRILLA HERRANZ PEDRO	2018_1314	DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL E.C.G. EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET (URGENCIAS)	SANMARTIN ALLUE HECTOR	2018_1570	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ (CARDIOLOGIA)	FERREIRA AGUAR ANA ISABEL	2018_1148	DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRE CARDIOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA I. SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA) TRAS EL ALTA HOSPITALARIA
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ (DIGESTIVO)	LAZARO ASPAS MARIA	2018_1188	IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	REPOLLES LASHERAS SIRA	2018_1108	INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ
Z3	AP	CS ALAGON	HERRERO GIL MARIA ANGELES	2018_0606	SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	CORTES MARINA ROSA BLANCA	2018_0792	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE AP
Z3	AP	CS ALAGON	GARISA ROCHA GEMA	2018_0862	ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	BLASCO CASTELLO CONSUELO	2018_0872	EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO
Z3	AP	CS ALAGON	RUIZ FERRANDEZ ELISA	2018_0928	VIOLENCIA DE GENERO CENTRO DE SALUD ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	MAINAR LATORRE MARIA PILAR	2018_1128	GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	OLLERO ARTIGAS ANDRES	2018_1197	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS ALAGON	FRANCO DE LA IGLESIA MARIA PILAR	2018_1199	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	RASCON VELAZQUEZ SONIA	2018_1204	PUESTA EN MARCHA DE UNA AGENDA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS BOMBARDA	GUTIERREZ MORENO FELIX	2018_0758	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS BOMBARDA	TORRECILLA CONDE JESUS	2018_0836	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD
Z3	AP	CS BOMBARDA	RENALES SOLER ISABEL	2018_0901	ATENCION INTEGRAL URGENTE ESTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO
Z3	AP	CS BOMBARDA	PUEYO USON MARIA JOSEFA	2018_0912	DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE BOMBARDA-MONSALUD
Z3	AP	CS BOMBARDA	ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL	2018_1130	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS BORJA	COBOS HERNADEZ ANA	2018_1251	MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE BORJA
Z3	AP	CS BORJA	GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO	2018_1252	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN APEN EL EQUIPO
Z3	AP	CS CARIÑENA	ORENSANZ ALAVA AFRICA	2018_0784	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS CARIÑENA	MARQUES POLO MARIA JESUS	2018_1072	ORGANIZACION, REGISTRO Y CLASIFICACION DE DOCUMENTACION CLINICA
Z3	AP	CS CARIÑENA	REDONDO COLLADO MARIA	2018_1174	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	MAS SANCHEZ ADORACION	2018_1363	MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU	2018_1379	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA
Z3	AP	CS CASETAS	MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA	2018_0861	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS CASETAS	RUBIO CAVERO RUTH	2018_0906	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	FERRE GONZALEZ ANTONIA	2018_0979	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	ANDRES NILSSON ANA KARIN	2018_0987	BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	MARCOS CALVO MARIA PILAR	2018_0988	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	VEREAU MARTINEZ MYRNA CELESTE	2018_0990	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS (TRABAJO SOCIAL)	SANCHEZ MATEO OLGA	2018_0678	"CUIDARTE"
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL	2018_0733	PREVENCION DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO MEDIANTE EJERCICIO FISICO MONITORIZADO
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PINILLA LAFUENTE MARINA	2018_0769	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	GIL CORTES MARIA TERESA	2018_0922	COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DEMANDA NO PRESENCIAL Y OTROS FACTORES
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	SERRANO ANDRES MARIA PILAR	2018_0929	ELABORACION DE LA AGENCIA COMUNITARIA DEL C.S.DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	TORRENTE GARRIDO JOSE IGNACIO	2018_1071	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	DUARTE CARCAS ALICIA	2018_1086	ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	SANZ MARTINEZ DIANA	2018_1341	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	TORRE MAÑAS MARIA LUISA	2018_0670	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GABAS BALLARIN MARIA PILAR	2018_0697	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	AGUIRRE ABADIA NOELIA	2018_0700	VIOLENCIA DE GENERO EN EL INSTITUTO Y COMENZANDO EN PRIMARIA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	CORDOBA GARCIA RODRIGO	2018_0805	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	LLORENTE FAURO MARIA PILAR	2018_0921	LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS
Z3	AP	CS DELICIAS SUR (FISIOTERAPIA)	GALINDO MORALES GEMA	2018_0720	PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	RUBIO REMIRO MARIA OLGA	2018_0826	AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	FUERTES DOMINGUEZ AMPARO	2018_0646	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA	2018_0985	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	GASCON DEL PRIM ELENA	2018_0819	PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN C.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	SORINAS DELGADO NOELIA	2018_0820	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EAP
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR	2018_0894	DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEA
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO	2018_1237	AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	MARES CAMELIA VALENTINA	2018_1522	ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS (SALUD BUCODENTAL)	AGUADO CASADO JAVIER	2018_0124	PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL EN POBLACION INFANTIL DE 6 A 8 AÑOS DEL C.P. "MAMES ESPERABE" DE EJEA DE LOS CABALLEROS, BASADA EN HABITOS DIETETICOS BUCOSALUDABLES
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS (SALUD BUCODENTAL)	MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION	2018_1515	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL
Z3	AP	CS EPILA	LOPEZ ALONSO BEATRIZ	2018_0640	PROA. PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS EPILA	GONZALEZ SANZ ROSA	2018_0853	PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA	GRACIA CERVERO ETHEL	2018_0917	EDUCACION PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS PEDIATRICOS EN LOS CENTROS DE EDUCACION INFANTIL DE EPILA, LA MUELA Y LUMPIAQUE
Z3	AP	CS EPILA	SANZA PILAS JESUS	2018_0924	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA	SANCHEZ NUÑEZ JAVIER	2018_1023	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA	GALAN BURILLO NURIA	2018_1565	GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	AP	CS GALLUR	HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL	2018_0642	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALRIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	BERNAL GARCIA ALICIA	2018_0874	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	SARASA OLANO MARINA	2018_1022	PASEOS SALUDABLES POR MALLEN Y BOQUIÑENI
Z3	AP	CS GALLUR	LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA	2018_1291	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS	ELIAS VILLANUEVA MARIA	2018_0589	PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CENTRO

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		NAVARROS	PILAR		DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	BOIRA CUEVAS MARINA	2018_1358	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	TIRADO AZNAR MARTA	2018_0813	CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON.GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	BLESA RAMIREZ MARIA	2018_0899	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO	2018_0911	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	2018_0960	ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA	2018_0999	TALLERES EN EL INSTITUTO Y / O ESCUELA : ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ESCRIBANO PARDO DANIEL	2018_1112	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA (ZARAGOZA)
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	2018_1444	PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	LAMPLE LACASA LUIS	2018_1294	ENFERMEDAD RENAL CRONICA: DETECCION DE LOS PACIENTES EN LOS DIVERSOS ESTADIOS
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	CASAÑAL QUINTANA GONZALO	2018_1317	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS	2018_1435	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	2018_1453	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUNES SABIRON ANA PILAR	2018_1488	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES	2018_1564	HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MARCO OLLOQUI MONICA	2018_1324	PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA	2018_0631	ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GRIMA MOLINER JOSE LUIS	2018_0635	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	NAVARRO ZAPATA CARMEN	2018_0636	PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	LOMBAR GIMENO MARIA JOSE	2018_0648	ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN	2018_0676	DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GIL UÑEZ CARMEN	2018_0683	SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION Y MANTENIMIENTO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ACIN LACASA MARTA	2018_0695	CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ISANTA POMAR CARLOS	2018_0712	TOMA DE DECISIONES PARA MANTENER E INTERRUMPIR EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR	2018_0732	MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ISANTA POMAR CARLOS	2018_1325	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	POBES LACRUZ MARIA JESUS	2018_0653	AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUDMIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA
Z3	AP	CS OLIVER	BELTRAN LACORT FEDERICO	2018_0815	USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z3	AP	CS OLIVER	MIRANDA ANAYA ANA BELEN	2018_0963	DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN UN CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS OLIVER	BELTRAN LACORT FEDERICO	2018_0966	PROYECTO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS
Z3	AP	CS OLIVER	SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO	2018_1090	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INUSFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	LOPEZ GRANADA MANUEL	2018_1095	FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDDA SALUDABLES
Z3	AP	CS OLIVER	SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO	2018_1153	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIACENTRO DE SALUD OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	GASCON BRUMOS CARMEN	2018_1156	RECUSOS PARA TU SALUD. PROYECTO DE CONTINUIDAD EN ATENCION COMUNITARIA. CS OLIVER
Z3	AP	CS SADABA	MARIN MURILLO PILAR	2018_0838	DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUDO DE LA ZBS DE SADABA
Z3	AP	CS SADABA	PEREZ GUZMAN TERESA	2018_0843	CONTROLAR EL RIESGO DE INFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CS SADABA
Z3	AP	CS SADABA	MORENO GUSTRAN CARMEN	2018_0852	UNCASTILLO SE MUEVE
Z3	AP	CS SADABA	ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA	2018_0903	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICEINCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA
Z3	AP	CS SADABA	LABORDA EZQUERRA ROSARIO	2018_1041	VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO
Z3	AP	CS SADABA	PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN	2018_1122	RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES
Z3	AP	CS SADABA	MENA GALLIZO ELENA	2018_1154	ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA
Z3	AP	CS SADABA	GALAN ALAYETO BERTA ELISABET	2018_1226	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	HERNANDEZ ABADIAS LUCIA	2018_0827	PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	JUAREZ VELA RAUL	2018_1238	PROYECTO DE ENTRENAMIENTO EN SOPORTE VITAL BASICO PARA ALUMNOS DE PRIMARIA
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	GARCIA LAFUENTE NATALIA	2018_0364	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	VIELBA DUEÑAS BEATRIZ	2018_0465	OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL	2018_0658	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO
Z3	AP	CS TARAZONA	PEÑA LEON IRENE	2018_0637	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	COSCOLIN GARCIA PILAR	2018_0639	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP
Z3	AP	CS TARAZONA	BELLOSO RODANES MARIA ISABEL	2018_0665	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS TARAZONA	GARCIA HUERTA EMILIA	2018_0857	DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS
Z3	AP	CS TARAZONA	LASHERAS GARCIA JULIA	2018_0935	EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS TARAZONA	GARGALLO GOMEZ PILAR	2018_1080	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	MODREGO MOROS MARIA AMPARO	2018_1205	PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S DE TARAZONA
Z3	AP	CS TAUSTE	BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL	2018_0671	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE	2018_0763	MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	ASTIER PEÑA MARIA PILAR	2018_0781	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS TAUSTE	GUILLEN GALVE MARIA	2018_0788	SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL
Z3	AP	CS TAUSTE	CARRERAS GIRALDA ANTONIO	2018_0896	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA. CENTRO DE SALUD DE TAUSTE
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	MORATILLA LOPEZ ISABEL	2018_0926	DEPURACION Y ORGANIZACION DE LAS HISTORIAS FISICAS DE LOS USUARIOS FALLECIDOS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	2018_0766	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S .UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	LIZANDRA FRON PEDRO	2018_0883	PROGRAMA DE OPTIMIZACION USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	OSES SORIA AMALIA	2018_1052	PROMOCION DE LOS AUTOCUIDADOS

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	MURILLO LAHOZ EVA	2018_1092	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS (FISIOTERAPIA)	CALAVIA SARNAGO DIEGO	2018_0713	EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS UNIVERSITAS (SALUD BUCODENTAL)	TARRAGO GIL ROSA MARIA	2018_1467	¡ MI HIJO NO TOMA CHUCHES !
Z3	AP	CS UTEBO	GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR	2018_0689	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO	LOU ARNAL SALVADOR	2018_0850	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO	ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE	2018_0998	TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2018_0997	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2018_1038	PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA	2018_0690	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2018_0692	GESTION DEL MATERIAL SANITARIO, MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS	2018_0708	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2018_0731	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2018_0052	CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	SARASA BELLOSTA CRISTINA	2018_0064	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS	2018_1439	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (CARDIOLOGIA)	PINILLA LOZANO MARIA JESUS	2018_1486	CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (MEDICINA INTERNA)	JOSA LAORDEN CLAUDIA	2018_0698	COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERROTERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (MEDICINA INTERNA)	OLIVAN USIETO TERESA	2018_1346	MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES PARA VALORACION NUTRICIONAL DESDE ATENCION PRIMARIA A MEDICINA INTERNA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS-HCU
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (MEDICINA INTERNA)	OLIVAN USIETO TERESA	2018_1452	DETECCION PRECOZ DE DISFAGIA Y VALORACION INTEGRAL EN EL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS (MEDICINA INTERNA)	GARCES HORNA VANESA	2018_1457	ATENCION CONTINUADA E INTEGRAL A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ALERGOLOGIA)	FERRER CLAVERIA LUCIA	2018_0650	CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	OLMEDO ARBIZU EMMA	2018_0483	INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	LAFUENTE MAINAR BELEN	2018_0529	MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	MEJIA URBAEZ ELAINE	2018_0531	TRIAJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANATOMIA PATOLOGICA)	CARDIEL GARCIA MARIA JOSE	2018_0548	ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO A LAS NECESIDADES ACTUALES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	OLAGORTA GARCIA SILVIA	2018_0198	OPTIMIZAR NIVELES DE HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	CALLAU CALVO AURORA	2018_0240	CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCU)

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX	2018_0467	PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	BADEL RUBIO MARIA	2018_0476	ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANESTESIA Y REANIMACION)	GUILLEN ANTON JULIA	2018_1554	SOLICITUD PREOPERATORIA DE RADIOGRAFIA DE TORAX: PROTOCOLO DE INDICACIONES. SIGUIENDO RECOMENDACIONES DE "NO HACER"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	SANCHO GRACIA NOEMI	2018_0376	REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE	2018_0710	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	FUSTERO AZNAR JOSE MIGUEL	2018_1138	ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON TVP. CONSULTA MIXTA DE CIRUGIA VASCULAR-HEMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR)	MARSAL MACHIN TERESA	2018_1305	TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SINDROME POSTROMBOTICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA)	GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR	2018_0608	IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA)	LATORRE GARCES VIOLETA	2018_1026	MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U. LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA)	MENAO GUILLEN SEBASTIAN	2018_1268	DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA TOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DE LA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA)	LARA NAVARRO EMMA	2018_1273	ACTUALIZACION DEL INFORME DEL PERFIL LIPIDICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA CLINICA)	SANTAMARIA GONZALEZ MARIA	2018_0596	OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA CLINICA)	LLORENTE FERNANDEZ ELENA	2018_0656	OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA CLINICA)	LORENTE MARTIN SILVIA	2018_0745	OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA CLINICA)	RAMOS ALVAREZ MONICA	2018_0879	IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (BIOQUIMICA CLINICA)	ANDRES OTERO MARIA JESUS	2018_1028	MODULACION DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES CARDIACOS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	GIMENO GARZA JAIME	2018_0369	UNIFICACION DEL INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACION EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN EL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	REVILLA MARTI PABLO	2018_0786	ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	MONZON LOMAS FRANCISCO	2018_1147	REDISEÑO DE LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE CARDIOLOGIA EN BASE A LA PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CARDIOLOGIA)	LUKIC OTANOVIC ANTONELA	2018_1560	PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCU
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO	2018_1060	INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOS QUIRURGICOS DEL HCU LOZANO BLESA (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA	2018_1186	TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	ELIA GUEDEA MANUELA	2018_1198	REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	ALLUE CABAÑUZ MARTA	2018_1285	EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	HERNAEZ ARZOZ ALBA	2018_1301	RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE	2018_1455	IMPLEMENTACION EN NUESTRO HOSPITAL DE UN DOCUMENTO GRAFICO DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE EJERCICIOS Y CUIDADOS TRAS LINFADENECTOMIA DEL MIEMBRO INFERIOR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA	2018_1464	PROCESO DE DETECCION DE VERDADEROS ALERGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA MAYOR CON RIESGO DE INFECCION SITIO QUIRUGICO EN CIRUGIA GENERAL Y UROLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	BLANCO BAIGES EDUARDO	2018_1381	INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	GARCIA-ALVAREZ GARCIA FELICITO	2018_1415	DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	JUAN GARCIA EMILIO	2018_1428	TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DERMATOLOGIA)	CONEJERO DEL MAZO RAQUEL	2018_1056	LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DERMATOLOGIA)	CONEJERO DEL MAZO CLAUDIA	2018_1061	HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIGESTIVO)	ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR	2018_0146	DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE L A ESCUELA DE CELIACOS EN HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIGESTIVO)	GARGALLO PUYUELO CARLA JERUSALEN	2018_1163	ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EIMPLANTACION DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DELHCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIGESTIVO)	SERRANO AULLO MARIA TRINIDAD	2018_1191	UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE TRASPLANTE HEPATICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIGESTIVO)	LORENTE PEREZ SARA	2018_1200	HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (DIRECCION)	JASA ARDANAZ VICENTE	2018_0110	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL	2018_0673	GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	BLASCO LAMARCA YOLANDA	2018_0704	PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENFERMEDADES INFECCIOSAS)	SANJOAQUIN CONDE ISABEL	2018_0925	CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ENFERMEDADES INFECCIOSAS)	CRUSELLS CANALES MARIA JOSE	2018_0943	VALORACION DE LOS TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES COMPLEJOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (FARMACIA HOSPITALARIA)	ARENERE MENDOZA MERCEDES	2018_0980	IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (FARMACIA HOSPITALARIA)	SALVADOR GOMEZ TRANSITO	2018_0992	IMPLANTACION Y PUESTA EN MARCHA DEL ALMACEN AUTOMATIZADO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (FARMACIA HOSPITALARIA)	GIMENO GRACIA MERCEDES	2018_1020	COORDINACION ENTRE H CLINICO UNIVERSITARIO L.BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA
Z3	HOSP	H CLINICO	GAVIN SEBASTIAN OLGA	2018_0907	INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		UNIVERSITARIO (HEMATOLOGIA Y			
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (HEMODINAMICA)	SANCHEZ INSA ESTHER	2018_1530	ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ACTUACION DE CUIDADOS GENERALES Y ESPECIFICOS PERIPROCEDIMIENTO EN EL CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (INMUNOLOGIA)	MARTINEZ LOSTAO LUIS	2018_1402	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (LABORATORIO)	PEÑA NEBRA ANA CARMEN	2018_0880	REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL H CU LOZANO BLESA COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA DEL TRABAJO)	INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION	2018_0740	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	OBON AZUARA BLANCA	2018_0282	OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA	2018_0591	PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	BARCELO CASTELLO MIREIA	2018_0630	LTSV: NO INGRESO EN UCI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	VELILLA SORIANO CARMEN	2018_1146	MENOS ES MAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	VICENTE LOPEZ MARTA	2018_1286	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTENSIVA)	RONCAL SOLA SUSANA	2018_1408	ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	TOYAS MIAZZA CARLA	2018_0856	APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN	2018_1114	HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	CANO FERNANDEZ ALBERTO	2018_1235	USO DE ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	OLIVERA GONZALEZ SUSANA	2018_1422	PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA INTERNA)	JIMENO SAINZ ARACELI	2018_1559	REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	HERNANDEZ GARCIA IGNACIO	2018_0772	PROYECTO DE MEJORA "REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO	2018_0956	REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	FELIX MARTIN MANUELA	2018_1044	HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	BENITO RUESCA RAFAEL	2018_0289	DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD	2018_0294	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	ALGARATE CAJO SONIA	2018_0442	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	SERAL GARCIA CRISTINA	2018_0488	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	VIDAL GALINDO MARIA ESTHER	2018_0875	CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEFROLOGIA)	IÑIGO GIL PABLO	2018_0645	PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEFROLOGIA)	IÑIGO GIL PABLO	2018_1013	VALORACION DE LA ATENCION URGENTE (NO PROGRAMADA) A PACIENTES EN PROGRAMA DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO CON DIALISIS PERITONEAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEFROLOGIA)	CRIADO MAINAR MARIA CARMEN	2018_1131	APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEFROLOGIA)	SANCHEZ MARTIN MARIA PILAR	2018_1134	TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUMOLOGIA)	COSTAN GALICIA JOAQUIN	2018_0517	REDUCCION DE LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUMOLOGIA)	COSTAN GALICIA JOAQUIN	2018_0518	REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUMOLOGIA)	COSTAN GALICIA JOAQUIN	2018_0520	REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROCIRUGIA)	SANCHEZ ORTEGA JUAN FRANCISCO	2018_1449	OPTIMIZACION RECURSOS DIAGNOSTICO-TERAPEUTICOS Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON FRACTURAS VERTEBRALES SUSCEPTIBLES DE INTERVENCION QUIRURGICA CON ABORDAJE PERCUTANEO MINIMAMENTE INVASIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROCIRUGIA)	RUIZ GINES JUAN ANTONIO	2018_1462	VALORACION DE LA ADECUACION DE REMISION A PRIMERAS CONSULTAS NEUROQUIRURGICAS DESDE ATENCION PRIMARIA Y CONSULTAS ESPECIALIZADAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROCIRUGIA)	ANDRES SANZ JULIO ALBERTO	2018_1469	EVALUACION DE ACTUACION Y PROCEDIMIENTOS EN EL TRATAMIENTO DEL HEMATOMA SUBDURAL CRONICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROCIRUGIA)	MARTIN RISCO MONICA	2018_1531	GRUPO DE TRABAJO DE LA PATOLOGIA HIPOFISARIA EN EL SECTOR III DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROCIRUGIA)	SANCHEZ ORTEGA JUAN FRANCISCO	2018_1563	MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO Y SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA DISCAL LUMBAR EN EL SEGMENTO L5-S1
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL	2018_0350	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	TEJERO JUSTE CARLOS	2018_0367	CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	PEREZ LAZARO CRISTINA	2018_0368	VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA ESTRATEGIA IRASPROA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	SANTOS LASAOSA SONIA	2018_0373	MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (NEUROLOGIA)	ROCHE BUENO JOSE CARLOS	2018_1177	IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	PEREZ SORBE CRISTINA	2018_0532	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MARTINEZ MEDEL JORGE	2018_0711	ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MATEO ALCALA PURIFICACION	2018_0717	DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ORNAT CLEMENTE LIA	2018_0728	ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	DE DIEGO ALLUE MARIA ELENA	2018_0807	IMPLEMENTACION ATENCION PSIQUIATRICA EN GESTANTES CON EMBARAZO UNICO O MULTIPLE QUE SOLICITE INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO POR PATOLOGIA FETAL GRAVE EN EL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	ARRIBAS MARCO MARIA TERESA	2018_0841	CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	TABUENCA VICEN CRISTINA	2018_0908	UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO	EZQUERRA GIMENEZ ANA	2018_0936	CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y	MARIA		
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	PEINADO BERZOSA RUTH MARIA	2018_0971	HIDRATACION ORAL INTRAPARTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MORENO RUTIA ESTHER	2018_0976	ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U. LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MAINAR JOSA GEMA LUCIA	2018_0978	PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.C.U. LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	NARVION CASORRAN CAROLINA	2018_0984	TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	BESCOS SANTANA ELENA	2018_1151	PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	MINGUEZ MURO ENRIQUE	2018_1065	EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	REMON GARIJO LEON	2018_1119	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OFTALMOLOGIA)	IBAÑEZ ALPERTE JUAN	2018_1473	RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ONCOLOGIA MEDICA)	ANDRES CONEJERO RAQUEL	2018_1195	INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (ONCOLOGIA MEDICA)	ISLA CASADO DOLORES	2018_1196	CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	GARCIA CURDI FERNANDO	2018_0159	ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL	2018_0417	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO	2018_0429	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (OTORRINOLARINGOLOGIA)	ROYO LOPEZ JUAN	2018_0431	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE OTOLOGIA, OTONEUROLOGIA Y AUDIOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	HUERTA BLAS PALOMA	2018_0761	ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	LLORENTE CEREZA MARIA TERESA	2018_0831	PROPUESTA DE INTERVENCION CLINICA EN EL TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	CUADRON ANDRES LORENA	2018_0969	EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PEDIATRIA)	BUENO LOZANO OLGA	2018_1017	ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	SERRANO BARCOS LAURA	2018_0725	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCOPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	PEREZ CADENAS MARIA MAR	2018_1018	GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (PREVENCION DE RIESGOS LABORALES)	PUENTE COLINA ALBERTO	2018_1039	COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	SAEZ VALERO EDUARDO	2018_1506	ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	IBAÑEZ MUÑOZ DAVID	2018_1509	IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO	2018_1546	PROGRAMACION DE CITAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIODIAGNOSTICO)	DOMENE MOROS RUTH	2018_1547	POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	2018_1031	ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	RUIZ MANZANO PEDRO	2018_1043	ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELES DE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (RADIOFISICA HOSPITALARIA)	RUIZ MANZANO PEDRO	2018_1523	PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTO METABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	REGLA RAUFAST ANA JESUS	2018_1005	IMPLANTACION DE PROGRAMA EDUCATIVO DENTRO PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA ESTRUCTURADO DEL PACIENTE CON EPOC
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (REHABILITACION)	AZUARA LAGUIA JOSE LUIS	2018_1049	DOCUMENTO GRAFICO DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (REUMATOLOGIA)	PERALTA GINES CILIA AMPARO	2018_0756	DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (REUMATOLOGIA)	DELGADO BELTRAN CONCEPCION	2018_0757	ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (TOXICOLOGIA)	MENAO GUILLEN SEBASTIAN	2018_1510	PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (TOXICOLOGIA)	FERRER DUFOL ANA	2018_1511	PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE DETECCION DE INSECTICIDAS ORGANOCLORADOS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UCI)	MARTINEZ ABELLEIRA NURIA	2018_1441	IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON)	PRATS RIVERA ENRIQUE	2018_1016	PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL)	MOZOTA DUARTE JULIAN	2018_0104	ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UNIDAD DE FORMACION)	CHARLO BERNARDOS MARTA	2018_1123	ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	AMORES ARRIAGA BEATRIZ	2018_0660	ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (URGENCIAS)	GARCIA NOAIN ALBERTO	2018_0839	USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER	2018_0798	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	MURILLO PEREZ CARLOS	2018_0904	CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	CAPAPE POVES VICTORIA	2018_0909	MANEJO DE ALTA RESOLUCION DE LA ESTENOSIS URETRA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO (UROLOGIA)	SUBIRA RIOS JORGE	2018_0977	ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	COMPES DEA MARTA	2018_0501	¿TE MUEVES? VEN, CAMINA, DISFRUTA DE TU ENTORNO
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA	2018_0572	PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE EPOC DEL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	ROYO VILLA ALBERTO	2018_0573	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ARIZA	ROIG BARTOLOME ISRAEL	2018_0551	MEDICION DEL INDICE TOBILLO- BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ARIZA	HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION	2018_0553	MEDICION PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ATECA	REMIRO SERRANO FATIMA	2018_0542	MEJORA DEL INFRADIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICAEN LA ZBS ATECA
CA	AP	CS ATECA	IBAÑEZ FORNES MONICA	2018_0582	ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO	2018_0477	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LOPEZ FELEZ CARLOS	2018_0533	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS Y CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PIQUERAS LORIENTE SUSANA	2018_0567	MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA	2018_0585	PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN	2018_0226	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA	2018_0252	IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION	2018_0305	REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	BERNAD HERNANDO SONIA	2018_0314	PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	CHUECA GORMAZ ISABEL	2018_0462	BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE
CA	AP	CS DAROCA	RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS	2018_0537	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS
CA	AP	CS DAROCA	APARICIO SORIANO OLGA	2018_0578	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA
CA	AP	CS ILLUECA	GARCIA REDONDO PILAR	2018_1275	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	NAYA MATEU YOLANDA	2018_0603	EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON
CA	AP	CS SAVIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2018_0122	MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS
CA	AP	CS SAVIÑAN	NAVARRA VICENTE BEATRIZ	2018_0123	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	GUERRERO TOLEDO YAMILETH	2018_0560	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	PEÑALOSA GARCIA ISABEL	2018_0561	EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018. PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ARANDA GRACIA MARIA JESUS	2018_0562	MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC
CA	AP	DAP CALATAYUD	BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA	2018_0460	USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2018_0018	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2018_0030	ATENCION INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SINDROME DEL PIE DIABETICO Y OTRAS
CA	AP	DAP CALATAYUD	DE LUCAS BARQUERO ARIADNA	2018_0029	GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ADMISION Y DOCUMENTACION)	ARTAL GOMEZ MARIA CARMEN	2018_0337	ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTA Y ANATOMIA PATOLOGICA EN EL Sº DE ADMISION DEL HOSP. ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	MUÑOZ PEÑA CRISTINA	2018_0557	PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		(ANALISIS CLINICOS)			GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ANALISIS CLINICOS)	ESTEVE ALCALDE PATRICIA	2018_0558	ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ANESTESIA Y REANIMACION)	CARNICERO GIMENO LAURA	2018_0332	PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ANESTESIA Y REANIMACION)	ORTIZ ENCISO MARTA	2018_1207	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (BLOQUE QUIRURGICO)	MUÑOZ CASADO MARIA FELICIA	2018_0137	MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ALERGICO AL LATEX EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (CARDIOLOGIA)	ALQUEZAR GARCIA JOSE ANGEL	2018_0010	ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (CARDIOLOGIA)	MARCEN MIRAVETE ANA	2018_0151	MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (CARDIOLOGIA)	ALAMEDA SERRANO JAVIER	2018_0188	UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (CARDIOLOGIA)	ALAMEDA SERRANO JAVIER	2018_1288	OPTIMIZACION ASISTENCIAL AL PACIENTE QUE ACUDE CON CLINICA DE PALPITACIONES AL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO)	MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE	2018_0112	MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA)	DE JUAN CEBOLLADA CARMEN	2018_0178	MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (DERMATOLOGIA)	DE LA FUENTE MEIRA SONIA	2018_1292	ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA REUMATOLOGICA Y DERMATOLOGICA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (DIGESTIVO)	SANCHO MUÑOZ ELENA	2018_0953	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION)	MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN	2018_0566	ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ENDOSCOPIAS)	MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN	2018_0210	ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (FARMACIA HOSPITALARIA)	URIARTE PINTO MOISES	2018_0485	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (MEDICINA INTERNA)	MANRESA OROZ NOEMI	2018_0133	ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION: DIETAS DISFAGIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA)	ORTEGA MAJAN MARIA TERESA	2018_0388	PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO	2018_0281	ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA)	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	2018_0284	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (NEFROLOGIA)	RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE	2018_0102	MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (NEFROLOGIA)	ESTEBAN GUAJARDO CRUZ	2018_0313	MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (NEUROLOGIA)	PALACIN LARROY MARTA	2018_0144	MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y	MARTINEZ BENEDI ISABEL	2018_0109	ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
		GINECOLOGIA)			
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	DURAN ALGAS LORENA	2018_0607	PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	MENES LANASPA JOSE JAVIER	2018_0643	PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	CAÑIZARES OLIVER SILVIA	2018_0824	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	PELLICER SORIA ANA MARIA	2018_1471	IMPLANTACION DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA GESTACION MULTIPLE EN HOSPITAL TERCIARIO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA)	FRANCO SERRANO CARLOS	2018_1544	IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ONCOLOGIA MEDICA)	PAJARES BERNAD ISABEL	2018_0521	ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (ONCOLOGIA MEDICA)	JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA	2018_1166	IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (PEDIATRIA)	ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ	2018_0196	CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL)	GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR	2018_0066	MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2018_0100	IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (URGENCIAS)	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2018_0672	AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE ECOGRAFIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH (URGENCIAS)	RECIO JIMENEZ ENRIQUE	2018_1365	OPTIMIZACION DESDE TRIAJE DEL PACIENTE CON DISNEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

PROGRAMA DE GESTIÓN DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

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

(Actualizado el viernes 16 de abril de 2021 a las 10:47:06 horas)

061 ARAGON

Sector	Ámbito	Centro/(Servicio)	Apellidos/Nombre	NReg	Título
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (INFORMATICA)	AÑON GIMENO DAVID	2018_0866	INTEGRACION PLATAFORMAS TECNOLOGICAS 061/112
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (INFORMATICA)	SALDAÑA ROYO SERGIO	2018_0870	CUADRO DE MANDOS INTEGRAL SOBRE PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS (URGENCIAS Y EMERGENCIAS)	LOU BLASCO EVA	2018_1040	DISEÑO, DESARROLLO Y PLANIFICACION DEL PROGRAMA FORMATIVO PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE TELEFONISTAS DEL CCU 061 DE ARAGON

Proyecto: 2018_0452 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORAR ESPUESTA DEL PACIENTE ASMATICO AL TRATAMIENTO A TRAVES DEL PEAK-FLOW METER

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA ZUBIAUZ PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALMUDEVAR
· Localidad ..... ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· CERDAN LANERO CRISTINA. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· SAMPER SECORUN MARIA JESUS. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· PRADEL CEBRIAN JOSE. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El asma representa unproblema de salud a nivel mundial, con alta prevalencia sobre todo en países con mayor desarrollo industrial.
Las cifras de FEM, junto con la valoración subjetiva de los síntomas y la medicación broncodilatadora requerida forman el trípode en que se asienta el control clínico/ambulatorio del enfermo asmático.
El personal sanitario debe promover el uso de medidor con una frecuencia adoptada al curso de la enfermedad.
El registro nos permite la medida objetivadel estado funcional ambulatorio, tanto de manera puntual en las visitas de seguimiento, como en el propio domicilio del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende averiguar el control del asmático, a través del Peak Flow Meter en consulta versus domicilio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Se impartirá a los mienbros del equipo una sesión sobre Actualización del asma.
-Manejo del Peak Flow Meter al paciente.
-Sesión de interpretación de espirometrías.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-% de población de asmáticos sobre la global.
-% de población de asmáticos en tratamiento base.
-Descripción poblacional:con % FEM de su grupo de edad, por encima y por debajo del 80%.
-Descripción de reagudizaciones y de la necesidad de tratamiento.
-% de asmáticos con tratamiento base, que han precisado cambio de dicho tratamiento, y si han mejorado con el primer cambio, hasta qué punto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Inicio programa Mayo 2018.
-Sesión clínica Mayo 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0714 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

2. RESPONSABLE ..... SILVIA ROYO ROYO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALMUDEVAR
· Localidad ..... ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZUBIAUZ PEREZ JOSE MARIA. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· GROS CACHO ELENA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· ABADIA NOCITO LOURDES. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· VISA GONZALEZ ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· ATARES OTIN PAZ. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· JUSTES ABIOL ANA LIDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALMUDEVAR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LAFUENTE ARIÑO EVA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
LA POSIBILIDAD QUE UNA PERSONA CON DIABETES MELLITUS DESARROLLE UNA ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO ES DE UN 15% Y UN 25%. LAS ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO SON LA PRIMERA CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS Y LA AMPUTACIÓN, SU PRINCIPAL COMPLICACIÓN.
MUCHOS PACIENTES DIABÉTICOS DESCONOCEN QUÉ ES UNA ÚLCERA Y CÓMO PUEDE LLEGAR A AFECTAR A SU CALIDAD DE VIDA.UNA FORMA DE DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE QUE NUESTRA POBLACIÓN DIABÉTICA DESARROLLE UNA ÚLCERA, SERÁ INFORMAR Y CONCIENCIAR A LOS DIABÉTICOS SOBRE EL AUTOCUIDADO, SIGUIENDO UNAS PAUTAS DE PREVENCIÓN ESPECÍFICAS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO.
-MEJORAR LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO.
-DETECCIÓN PRECOZ DE PATOLOGÍA VASCULAR, NEUROPÁTICA Y SU DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA.
-IMPLICACIÓN DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
_REALIZAR SESIÓN CLÍNICA :
.DE LA INSPECCIÓN DEL PIE DIABÉTICO
.DE LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA DEL PIE DIABÉTICO.
.DE LA EXPLORACION VASCULAR. TÉCNICA DOPPLER.
.DETECCIÓN DEL RIESGO DEL PIE DIABÉTICO. VALORAR EL RIESGO DE PIE DIABÉTICO Y REALIZAR LA EXPLORACIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO.
.DEL REGISTRO DE DATOS.
.DEL USO DEL CUADRO DE MANDOS.
_REALIZACIÓN DE UN CARTEL POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA,DETALLANDO LOS PASOS A SEGUIR EN LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO. ESTE CARTEL ESTARÁ COLGADO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA, TANTO DEL CENTRO DE SALUD COMO DE LOS CONSULTORIOS LOCALES.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
_Nº PACIENTES CON EXPLORACIÓN PIE DIABÉTICO REALIZADA/ Nº PACIENTES DIABETICOS>=70%
_Nº DE PACIENTES CON EXPLORACIÓN DE PIE DIABÉTICO REALIZADA/ Nº PACIENTES DIABÉTICOS>= 60 %
_Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO / Nº PACIENTES DIABÉTICOS >= 40%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO DEL PROGRAMA EN MAYO DEL 2018
SESIÓN CLINICA DEL PIE DIABÉTICO EN MAYO DEL 2018
DURANTE EL AÑO SE CITARÁN LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN CONSULTA PROGRAMADA PARA LA REALIZACIÓN DE LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICOSEGÚN RIESGO.
REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE (JULIO 18/ OCTUBRE 18/ DICIEMBRE18)

9. OBSERVACIONES.
EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0734 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

2. RESPONSABLE ..... VERONICA BLANCO GIMENO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS ALMUDEVAR
· Localidad ..... ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· ROYO ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· VISA GONZALEZ ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· GROS CACHO ELENA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· JUSTES ABIOL ANA LIDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALMUDEVAR. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
LA TRANSICIÓN DE LA MADUREZ A LA SENECTUD EN LA MUJER SE PRODUCEN DIVERSOS CAMBIOS, LOS CUALES EN GENERAL SON DESCONOCIDOS POR LA POBLACIÓN. ESTOS CAMBIOS GENERAN DIFERENTES SINTOMAS, QUE EN EL 50 % DE LAS MUJERES EN ESTA ETAPA LES GENERA DETERIORO EN SU CALIDAD DE VIDA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
.DIFERENCIAR ENTRE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
.CONOCER E IDENTIFICAR LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE ESTE PERIODO
.PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PROPIOS DEL CLIMATERIO
.CONOCER ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR POSIBLES PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
LA ACTIVIDAD CONSTARÁ DE SIETE SESIONES DE UNA HORA DE DURACIÓN A UN GRUPO DE APROXIMADAMENTE 10 MUJERES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 45 Y 55 AÑOS
LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ A AQUELLAS MUJERES QUE ACUDAN A LA CONSULTA DE LA MATRONA, DE ENFERMERIA O DE MEDICINA, QUE SE ENCUENTREN EN LA EDAD ACOTADA.
TEMAS A TRATAR EN CADA SESIÓN:
.ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA MUJER
.SINTOMATOLOGÍA Y CAMBIOS EMOCIONALESHABITOS DE VIDA SALUDABLES EN EL CLIMATERIO
.SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
.TRATAMIENTOS Y PREVENCIÓN DEL CANCER GINECOLÓGICO
.PELÍCULA “ TOMATES VERDES FRITOS”
.COMENTARIO DE LA PELÍCULA . EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-% DE MUJERES QUE CONOCEN LA ETAPA DEL CLIMATERIO (QUÉ ES Y COMO AFECTA A SU ORGANISMO Y A SU VIDA / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-% DE MUJERES QUE REALIZAN DIETA SALUDABLE /TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-% DE MUJERES QUE REALIZAN EJERCICIO / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-PARA LA EVALUACIÓN SE COMPARARÁN LOS TEST PRE Y POST, DONDE LAS PARTICIPANTES DEBERÁN OBTENER, AL MENOS, UN 25% MÁS DE RESPUESTAS CORRECTAS EN EL POST CON RESPECTO AL PRE.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DESDE MAYO A DICIEMBRE. EN MAYO SE CAPTARÁN EN LAS CONSULTAS A LAS MUJERES PARTICIPANTES. SERÁN SIETE SESIONES REPARTIDAS A UNA POR MES, SIEMPRE COINCIDIENDO CON EL PRIMER LUNES DE CADA MES.

9. OBSERVACIONES.
EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0767 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ALMUDEVAR CAMINA

2. RESPONSABLE ..... MARIA MAR FERNANDEZ IZARBEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALMUDEVAR
· Localidad ..... ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYO ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· GROS CACHO ELENA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· VISA GONZALEZ ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· ATARES OTIN PAZ. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· ABADIA NOCITO LOURDES. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· JUSTES ABIOL ANA LIDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALMUDEVAR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LAFUENTE ARIÑO EVA. ENFERMERO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES SON LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA Y PARA PODER DISMINUIR SU INSIDENCIA Y MORTALIDAD ES FUNDAMENTAL ACTUAR SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN SU APARICIÓN.
SE DISTINGUEN DOS TIPOS DE FACTORES DE RIESGO, LOS NO MODIFICABLES (SEXO,EDAD Y HERENCIA GENÉTICA) Y LOS MODIFICABLES (TABACO, HIPERTENSION ARTERIAL, DISLIPEMIAS, DIABETES MELLITUS, OBESIDAD, SEDENTARISMO Y CONSUMO DE ALCOHOL.
ESTÁ DEMOSTRADO QUE EL DEJAR DE FUMAR, REDUCIR EL CONSUMO DE SAL Y DE GRASAS, EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA REGULAR, Y EVITAR EL SONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL REDUCE EL RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
AUMENTAR EL INTERES DE LA POBLACIÓN, DEL CENTRO DE SALUD DE ALMUDÉVAR, POR MODIFICAR SUS HÁBITOS SEDENTARIOS PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y REDUCIR EL RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
LA ACTIVIDAD SE REALIZARÁ LOS MIÉRCOLES A LAS DIEZ DE LA MAÑANA, SU DURACIÓN SERÁ DE APROXIMADAMENTE UNA HORA.
CONSISTIRÁ EN PASEOS DE MARCHA LEVE O MODERADA, DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN FÍSICA DE LOS PARTICIPANTES. ANTES Y DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD SE HARÁN UNOS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
– AL COMIENZO DE LA ACTIVIDAD SE PASARÁ UNA ENCUESTA SOBRE LOS HÁBITOS SEDENTARIOS A LOS PARTICIPANTES Y AL FINALIZAR SE REALIZARÁ OTRA, PARA COMPARAR Y VER SI ESTOS HAN CAMBIADO .
– EL PRIMER DÍA DE LA ACTIVIDAD Y EL ÚLTIMO SE MEDIRÁN LAS CONSTANTES VITALES (PA, FC) Y EL IMC Y COMPARAR PARA VER POSIBLES CAMBIOS.
_ TRASCURRIDOS DOS MESES DE INICIADO EL PROYECTO SE PASARÁ UNA ENCUESTA PARA VALORAR LA MOTIVACIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y RECOGER SUGERENCIAS PARA IR MEJORANDO LA ACTIVIDAD.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
COMENZARÁ EL PROYECTO EN MAYO Y TERMINARÁ EN NOVIEMBRE DEL 2018, AUNQUE PRETENDE SER UN PROYECTO DE CONTINUIDAD Y DE TRABAJO A LARGO PLAZO.

9. OBSERVACIONES.
EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0767 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ALMUDEVAR CAMINA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0849 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ALMUDEVAR. ATENCION PRIMARIA
· JUSTES ABIOL ANA LIDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALMUDEVAR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PISA MAÑAS JARA. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. FISIOTERAPIA
· AVELLANAS MONTORI SOFIA. USUARIO/A DEL SISTEMA DE SALUD. CS ALMUDEVAR. CIUDADANIA
· GARCES CASTILLO BEATRIZ. USUARIO/A DEL SISTEMA DE SALUD. CS ALMUDEVAR. CIUDADANIA
· SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA. USUARIO/A DEL SISTEMA DE SALUD. CS ALMUDEVAR. CIUDADANIA
· VITALLA PERALTA SARA. USUARIO/A DEL SISTEMA DE SALUD. CS ALMUDEVAR. CIUDADANIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
*Los dos núcleos de población donde se va ha realizar el proyecto tienen alta tasa de envejecimiento poblacional con pérdida de coordinación motora, flexibilidad, fuerza y equilibrio, además de pobres habilidades y resistencias para uso de sistemas de apoyo como bastones, andadores,...
*Alta prevalencia de enfermedades crónicas, procesos álgicos y somatización.
*Escasa actividad física, alto nivel de sedentarismo sobre todo en la población femenina, tendencia al aislamiento social.
El aumento de la actividad física ha demostrado la efectividad en la reducción de factores de riesgo cardiovascular, la mejora de la salud mental y la prevención de caidas sobre todo en ancianos.
La práctica de ejercicio grupal disminuye el aislamiento social, se ha demostrado que mejoran los autocuidados y las capacidades para desarrollar estrategias de afrontamiento de la enfermedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
*Promover la participación activa de las personas mayores, con la creación de grupos normalizados y la inclusión de personas mayores con especiales problemáticas en la actividad
* Motivar para la realización de ejercicio físico.
* Adquirir conocimientos y estrategias necesarias para la realización de ejercicios físicos.
* Mejorar el estado cardiovascular, cardiorrespiratorio flexibilidad, fuerza, equilibrio, psicomotricidad fina, etc. en las personas mayores.
* Dotar de conocimientos sobre los hábitos saludables y la alimentación, así como de estrategias para desarrollar la memoria, la autoestima y las habilidades de comunicación.
* Fomentar la convivencia y las relaciones sociales a través de la participación en la actividad.
* Mantener el cuerpo y la mente activos de los destinatarios del Proyecto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se publicitará el inicio de la actividad con apoyo de las asociaciones mediante cartel con 15 díasde antelación
En consulta captación activa.
Reunión inicial para presentación del proyecto en Centro de salud y localidades
El grupo máxuimo 20 participantes por localidad. Posibilidad creación dos grupos.
Frecuencia de la actividad 1día por semana.
La duración 1 hora por sesión.
El lugar local social
Las sesiones tendrán el desarrollo siguiente :
*Acogida (y presentación el primer día)
*Ejercicio de relajación
*Ejercicios respiratorios
*Ejercicios de estiramiento muscular y movilidad articular
*Ejercicios de coordinación desde movimiento grueso evolucionando a movimiento fino y de expresión de gesto en la medida de las posibilidades. Utilización de pequeños accesorios y materiales para ayuda en la coordinación
*Ejercicios para mejorar el equilibrio, corrección y ajuste postural
*Coordinación con música, Baile = movimiento coordinado al ritmo de la música .
*Descanso y puesta en común de experiencia de la actividad y recepción de inquietudes o modificaciones para la próxima sesión
*Ejercicio de respiración
*Ejercicio de relajación final y despedida.

Durante las sesiones se realizarán recomendaciones sobre hidratación, higiene corporal cuidado de los pies, uso de calzado, ropa adecuada y horario de ingesta previo al ejercicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de sesiones realizadas
Participantes en la actividad
Media de participantes por sesión.
Encuestas de evaluación previa a ola actividad, a los dos meses del inicio y posteriormente de forma semestral sobre actidad fisica diaria habitual, y estado de bienestar subjetivo.

Proyecto: 2018_0849 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Diciembre/anual, se valorará la satisfacción con la actividad de los participantes mediante encuesta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
*Planificación y elaboración del proyecto mayo 2018
*Inicio de actividad en Junio de 2018
*Duración del proyecto fase implantación hasta diciembre2018.
*Evaluación de resultados sergún indicadores propuestos
*Previsión de seguimiento de la actividad en el futuro de forma anual.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. senilidad. aislamiento social
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0549 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORREL MARTINEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· CLAVERO PEREZ MANUEL. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· GUERRERO ALVAREZ BELEN. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO BALAGUER FRANCISCO. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· MALO GRACIA MARIA ELENA. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· RAMON CASANOVA RICARDO. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La importancia del proyecto nace tras la valoración de los resultados de los indicadores del Acuerdo de gestión de 2017 de nuestro CS, donde se aprecia un alto porcentaje de pacientes que tienen doble prescripción de hipolipemiantes en prevención primaria.
Basándonos en las Guías Europeas 2016 para el manejo de las dislipemias para prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV), las estatinas constituyen el tratamiento mas eficaz y seguro para reducir el c-LDL y la ECV. Pero en prevención primaria hay que estratificar, previamente, de forma individual el RCV, que nos ayudará a tomar la decisión de iniciar tratamiento con estatinas.
El uso rutinario en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega-3 asociados a estatinas no se recomienda al carecer de evidencia consistente de su efectividad en variables clínicas y de seguridad, por lo que su uso debería quedar limitado a pacientes de muy alto riesgo, que no toleren tratamiento con estatinas a las dosis recomendadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con combinación de fármacos hipolipemiantes, y revisar la indicación de las prescripciones en dichos pacientes identificando el grado de RCV en prevención primaria y valorar la suspensión de uno de los fármacos según los criterios establecidos en las GPC.
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con estatinas y ezetimiba en monoterapia, y valorar la idoneidad del hipolipemiante usado, si se ajusta a las directrices marcadas por las GPC y determinar el cambio del mismo si es necesario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario.
- Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad para establecer las indicaciones en prevención primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia o terapia combinada:
o Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria.
o Indicaciones de tratamiento en prevención primaria: cambios en estilo de vida.
o Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento y control de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular.
o Tratamiento tanto en monoterapia, como combinado: pautas, indicaciones y perfil de seguridad.
o Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Se considerarán Prevención Primaria todos los diagnósticos SIN CÓDIGO CIAP K74 (angina), K75 (IAM), K76 (enfermedad cardíaca arterioesclerótica) y K90 (accidente cerebrovascular/ictus).
- Se valorará la idoneidad de la prescripción del tratamiento hipolipemiantes y se procederá a su modificación o suspensión si es necesario.
1) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al inicio del estudio.
2) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al finalizar el estudio.
3) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al inicio del estudio
4) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al finalizar el estudio
5) Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman estatinas en monoterapia
6) Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman estatinas en monoterapia
7) Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman ezetimiba en monoterapia
8) Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman ezetimiba en monoterapia

Proyecto: 2018_0549 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1) Reunión preliminar con el EAP para presentación del proyecto. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 7 Mayo 2018
2) Sesión clínica sobre Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria. Indicaciones de tratamiento en prevención primaria. Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 14 Mayo 2018
3) Sesión clínica sobre Tratamiento con estatinas. Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 21 Mayo 2018
4) Fecha de inicio del proyecto: 1 Junio. Responsable: coordinador del mismo.
5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Previsto para: Septiembre. Responsable: Belén Guerrero Álvarez
6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 1 diciembre
7) Evaluación del proyecto: 15-20 diciembre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0575 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA DE SALUD

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MONTORI TORRIJOS SARA. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ABADIAS LIESA FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ GAMAZO VANESA. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PELEATO LOPEZ OLGA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AYERBE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· GUERRERO ALVAREZ BELEN. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió “salud” en 1948 de la siguiente forma: “salud equivale a un completo estado de bienestar físico, mental y social que no consiste únicamente en una ausencia de enfermedad”

Por otra parte, en 1969 definió educación para la salud: “La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan”.
Estudiando la población de nuestra zona básica de salud (ZBS), observamos que está muy envejecida, como así demuestra una pirámide poblacional regresiva. Esto se traduce en un número elevado de ancianos y enfermos crónicos, que precisan cuidado y atención de otra pate de la población, menos numerosa, más joven, pero que debe “mantenerse sana”.
Este proyecto es la continuación de la creación e implantación de una agenda comunitaria en nuestro centro de salud. Tras el estudio de la población y determinar las necesidades reales en la zona de salud de Ayerbe en materia de Comunitaria en el anterior proyecto, se pretende poner en marcha la agenda comunitaria mediante una serie de acciones sobre la población anciana buscando su empoderamiento en materia de salud y fomentar estilos de vida más saludables. El fin de este proyecto, es proporcionar a los habitantes de la comunidad conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para mejorar su calidad de vida y la de los ancianos de su entorno, bien sea porque son trabajadores de residencias de ancianos, cuidadores en domicilio (contratados o familiares que tiene a su cargo personas mayores dependientes).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dar herramientas a la población encargada del cuidado de personas ancianas para saber:
- Gestionar su autocuidado: Promover la vacunación antigripal. Correcto lavado de manos y uso de antiséptico de manos, guantes. Uso de mascarilla en los casos indicados para evitar contagio del personal residente o del anciano en general. Correcta manipulación y movilización de los ancianos para evitar autolesiones.
- Identificar situaciones de riesgo para el anciano, principalmente: hipoglucemia, hipotensión, crisis hipertensivas, síncope.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesión formativa de higiene, lavado de manos y vacunas para prevención de transmisión y contagio de enfermedades infecciosas comunes en el entorno: gripe, gastroenteritis aguda, otras infecciones del tracto respiratorio.
- Sesión sobre signos de alarma en el anciano más comunes: síncope, hipoglucemia, hiperglucemia crisis hipertensivas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1-Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados cada año antes de nuestra intervención.
2-Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados cada año después de nuestra intervención.
3-Nivel de conocimiento de los temas a tratar, previo a la intervención (al inicio de la sesión)
4-Nivel de conocimiento adquirido de los temas tratados (una vez finalizada la sesión)
Los puntos 1 y 2 se evaluarán con la recogida de datos de vacunación en el registro existente en OMI
Los puntos 3 y 4 se evaluarán realizando un test al inicio de la sesión y otro al final para comparar los conocimientos previos con los adquiridos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1) Reunión del equipo para presentación del proyecto: 4 junio 2018
2) Reunión del equipo para presentar materiales, ideas y propuestas para diseño de la intervención en la población diana: 18 junio 2018
3) Reunión del equipo para ensayo de sesión propuesta y distribución de roles: 2 julio 2018

Proyecto: 2018_0575 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA DE SALUD

4) 1º Taller formativo equipo Residencia de Ayerbe (50% de la plantilla): 20 septiembre 2018
5) 2º Taller formativo equipo residencia de Ayerbe (50% restante): 27 septiembre 2018
6) Taller formativo equipo residencia de Agüero: 4 octubre 2018 (y 10 de octubre 2018 en caso de precisar dos talleres)
7) Reunión del equipo para analizar la evolución y resultados del proyecto: 8 octubre 2018
8) Fecha prevista de finalización del proyecto: 1 diciembre 2018-04-24
9) Evaluación del proyecto: 15-20 diciembre

9. OBSERVACIONES.
Debido al amplio número de población que abarca el proyecto, implicando diferentes ámbitos (residencia, domicilio, poblaciones dispersas, etc) el principal objetivo en el presente año es llegar principalmente a los trabajadores de residencia, siendo nuestro interés intentar cubrir toda la población

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MANEJO DE PATOLOGÍA DEL ANCIANO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0280 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL DE SITUACIONES DE EMERGENCIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· BAZTAN OLLETA LAURA. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· GARCES ROMEO TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERDUN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ASCASO CASTAN LOURDES. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Diversas asociaciones y ayuntamientos expresaron la necesidad de realizar talleres prácticos de primeros auxilios dada la lejanía de los pueblos a los servicios médicos.
Además la adquisición de DESA por algunos ayuntamientos, ha generado la inquietud de la población ante posibles urgencias vitales.
Ya que la RCP básica en el medio extrahospitalario es la práctica que mayor número de vidas puede salvar, creemos de gran utilidad el conocimiento de esta práctica por el mayor número de personas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- conseguir que la población sepa manejar una situación de urgencia vital
- que la población sepa activar la cadena de supervivencia para agilizar la atención médica de urgencia
- dar a conocer la utilidad del DESA
- la población diana este proyecto se dirige a toda la comunidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- reuniones con diversos activos en la comunidad (profesores del CRA, asociaciones)
- reunión de equipo para diseñar la actividad y el calendario -realización de carteles, publicidad de la actividad
- elaboración de una encuesta básica sobre los conocimientos adquiridos
- realización de talleres por la tarde, fuera del horario laboral, para facilitar el acceso a la población trabajadora
- como recursos humanos para cada taller se desplazará un médico y una enfermera del EAP
- como recursos materiales se utilizarán los maniquís cedidos por la Unidad Docente de Huesca para que todos los asistentes realicen las maniobras de la RCP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- realizar la actividad al menos en 5 poblaciones de la zona de salud.
- realización de un test para la evaluación de los conocimientos adquiridos, en el que más del 80% respondan bien a las preguntas
- evaluación de satisfacción de la actividad: > 80% satisfechos o muy satisfechos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- reuniones, diseño de la actividad, petición de material y de locales: primer trimestre. Responsable Ana Arnal
- realización talleres: abril- mayo y octubre-noviembre. Responsable: Ana Arnal
- evaluación de la actividad mediante encuesta: diciembre: Ana Arnal y Teresa Garcés

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0619 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

2. RESPONSABLE ..... LAURA BAZTAN OLLETA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BERDUN
· Localidad ..... BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARNAL BARRIO ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· ASCASO CASTAN LOURDES. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· GARCES ROMEO TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERDUN. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tras la evaluación del cuadro de mandos de diabéticos, detectamos que en nuestra población la mayoría de ellos son adultos con diabetes tipo 2, sobre los cuales la educación sanitaria resulta ser efectiva.
Siguiendo las directrices de la DAP, seleccionamos este proyecto asistencial ya que es una línea estratégica del año 2018.
Debido a que en la diabetes tipo 2 los usuarios son capaces de autogestionar y autocontrolar su enfermedad, desde el centro de salud nos proponemos realizar con ellos talleres de educación grupal.
Los profesionales contamos con las herramientas necesarias para ayudar a que los pacientes adquieran los conocimientos necesarios sobre su enfermedad y aumentar su capacidad de autogestión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana son los diabéticos tipo 2 con tratamiento farmacológico.
Como objetivos nos proponemos:
- Promover el trabajo de enfermería en la educación grupal.
- Conseguir mediante los talleres, que los pacientes mejoren los conocimientos de su enfermedad, tratamiento farmacológico, hábitos de vida...;todo ello con el objetivo último de mejorar el autocontrol y la autonomía a través de la educación diabetológica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Selección de 4 grupos de diabéticos tipo 2, con características similares, según el criterio de inclusión elaborado en reunión de EAP.
Elección del material necesario para impartir los talleres.
Selección de los municipios en los que se realizarán los talleres, siendo al menos en 4 poblaciones diferentes.
Realización del primer taller: definición de la diabetes y tratamientos, hipoglucemia con el Kit glucagon e hiperglucemias.
Realización del segundo taller: alimentación y ejercicio, pie diabético.
Realización de encuestas para valoración de objetivos alcanzados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de poblaciones en las que se organizan los talleres: 4 municipios
Número de talleres realizados / número de talleres programados; 8 talleres.
Evaluar los conocimientos adquiridos mediante encuesta individual realizada antes y después de los talleres.
Para conocer si hemos conseguido alguna ganancia en salud se realizará, con posterioridad, una encuesta sobre “ Hábitos de vida modificados” .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo- junio 2018: selección de pacientes para los talleres y municipios: Lourdes Ascaso y Ana Arnal
Mayo-junio 2018: selección material a utilizar en los talleres: Laura Baztán.
Junio 2018: elaboración de las diferentes encuestas: Laura Baztán
Septiembre 2018: primer ciclo de talleres: Lourdes Ascaso, Ana Arnal y Laura Baztán
Octubre: segundo ciclo de talleres: Ana Arnal, Lourdes Ascaso y Laura Baztán.
Noviembre 2018: evaluación de las encuestas y valorar nuevos talleres según la respuesta de los asistentes:.Ana Arnal .
Marzo 2019 : encuesta “ Hábitos de vida modificados”.Laura Baztán

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2018_0619 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0625 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PACIENTE POLIMEDICADO: ENTRE LA INERCIA MEDICA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL OCHOA ROJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERDUN
· Localidad ..... BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tras el análisis de los datos del AGC 2017, vemos que en el CS Berdún el número de pacientes con más de 5 fármacos permanece estable a lo largo de los años, a pesar de las revisiones anuales realizadas por los MAP.
Quizá la revisión de los mismos pacientes por parte de su propio médico de familia resta objetividad a la hora de realizar valoraciones clínicas y posteriores ajustes. Por ello nos planteamos hacer dicha revisión de forma más exhaustiva y por otro profesional distinto al médico de familia habitual.
Las interacciones, los efectos secundarios y la utilización de fármacos de baja eficacia son causa de yatrogenia, evitable en parte, con una correcta revisión estructurada del tratamiento.
Además, así abordamos una linea de cuidados estratégicos según el AGC 2018.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es disminuir la yatrogenia evitable en pacientes mayores de 75 años que estén tomando 6 o más principios activos.
Si bien esa es nuestra población diana, dada la complejidad del trabajo a realizar, seleccionaremos una población del 51,5% (N:95 margen de error del 10% y nivel de confianza 95%), para trabajar en 2018 completando el total en 2019.
Mediante la revisión estructurada queremos conseguir, siempre de acuerdo con el médico de familia del paciente, lo siguiente :
- suprimir fármacos no indicados en el momento del estudio,
- evitar duplicidades,
- investigar las posibles interacciones y evitarlas en lo posible,
- ajustar dosificación según las características del paciente,
- reducir el riesgo anti colinérgico en el mayor número de pacientes posible.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión para planificación del proyecto y puesta en común de actividades a realizar:1 reunión.
- Reunión formativa para aclarar conceptos, valoración riesgo anti colinérgico, objetivos terapéuticos...: 2 reuniones.
- Selección de la población diana de forma aleatoria con criterio de exclusión la pertenencia a cada cupo médico para conformar 3 grupos.
- Elaboración del estudio de cada paciente individualizado mediante la utilización del formato unificado propuesto por el Proyecto del Polimedicado.
- Consensuar con el médico de familia los posibles ajustes.
- Evaluación de los resultados del 2018 y replanteamiento de los objetivos para 2019 según los resultados obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº pacientes que dejan de ser polimedicados / Nº pacientes polimedicados estudiados
Nº pacientes a los que se ha realizado alguna modificación / Nº pacientes polimedicados estudiados
Nº de fármacos no indicados suprimidos / Nº fármacos no indicados totales
Nº de duplicidades corregidas / Nº duplicidades detectadas
Nº de interacciones corregidas / Nº interacciones detectadas
Nº de pacientes con reducción de riesgo anti-colinérgico / Nº pacientes en riesgo anti-colinérgico

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reunión para planificación del proyecto : Ana Carmen Giménez, abril
Reunión formativa y selección de la población diana: Miguel Ochoa, abril-mayo.
Elaboración del estudio de cada paciente individualizado: Miguel Ochoa, mayo a octubre.
Replanteamiento objetivos Miguel Ochoa,diciembre 18- enero 19

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0625 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PACIENTE POLIMEDICADO: ENTRE LA INERCIA MEDICA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Polimedicado
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0416 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

2. RESPONSABLE ..... ANNADEL BOSQUE OROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad ..... BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALCEDO GIL MARISOL. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
· PARGADA ORTIZ NURIA. REPRESENTANTE INSTITUCIONAL. AYUNTAMIENTO DE BIESCAS. ATENCION PRIMARIA
· MIRANDA ORTIZ ANA. REPRESENTANTE INSTITUCIONAL. COMARCA ALTO GALLEGO. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA NERIN JOSE. REPRESENTANTE INSTITUCIONAL. CRUZ ROJA DE BIESCAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El equipo del Centro de Salud de Biescas, además de participar de forma activa en los proyectos actualmente vigentes, desea iniciar un nuevo proyecto comunitario que establezca contacto de los sanitarios con la población, y a partir de este proyecto surjan otros en el futuro.
Para conseguir que el equipo de trabajo sea interdisciplinar, se propone voluntarios entre los miembros del Consejo de Salud en noviembre de 2017.
La atención a la mujer en el climaterio está incluida en la cartera de servicios de este centro. Nos consta en nuestras consultas diarias una demanda muy frecuente de la mujer en periodo perimenopaúsico por los diversos síntomas: insomnio, sofocos, depresión, aumento del riesgo cardiovascular,transtornos de la sexualidad, depresión y alteraciones cognitivas com fallos de memoria. La práctica de ejercicio físico tiene evidencia científica grado A para mejorar el estado físico y el bienestar emocional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA
-FOMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA
-MEJORAR LA SALUD MENTAL DE ESTA POBLACIÓN PARA QUE AFRONTE ESTA ETAPA VITAL DE FORMA POSITIVA Y NORMALIZADA.
-DISMINUIR LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS FRENTE A LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO FRENTE A LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO, LA DIETA SALUDABLE Y LA RELAJACIÓN

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Se realizará una actividad física moderada: paseo de 30 minutos, con estiramientos musculares y ejercicios de espalda sana, seguidos de una charla-coloquio de los sanitarios y participantes en el proyecto, sobre temas de interés recogidos en las encuestas previas, con pautas para mejorar el bienestar físico y emocional. Habrá difusión desde el centro de salud, el ayuntamiento de Biescas, y la Mancomunidad del Alto Gállego.
-Grupo destinatario: iniciaremos el proyecto de 45 a 55 años ambas inclusive que residan en la localidad de Biescas, sin excluir a cualquier persona que decida acompañarnos.
-Lugar de inicio: Entrada al Centro de Salud de Biescas, situado en Plaza Constitución sn.
-¿Cuándo? Todos los martes a las 12/30 horas del tercer cuatrimestre del año 2018, a partir del 4 de septiembre de 2018.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de participantes en el proyecto mayor de 10 personas en cada sesión
-Nivel de mejoría de bienestar emocional de los participantes de más del 80%.
-Nivel de mejora de conocimientos sobre esta etapa de la vida de más del 80 %.
-Incremento de la actividad física en más del 80% de los participantes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-En segundo cuatrimestre de 2018, reuniones del equipo de trabajo y preparación de talleres.
-En tercer cuatrimestre de 2018, desarrollo de las actividades con la población
-En primer cuatrimestre de 2019 se evaluará el proyecto, con observador externo
-En segundo cuatrimestre de 2019, tras las conclusiones y modificaciones, se continuará con el proyecto .

9. OBSERVACIONES.

Antigua línea: Salud Mental

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0428 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTES ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... PAULA CLAVER GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad ..... BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BOSQUE OROS ANNADEL. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
· BOBE PELLICER MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
· MEAVILLA BINUE MARIA LOURDES. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El 24 de Junio del año 2015 se publica en BOA la necesidad de disponer de botiquin y medicacmentos de urgencias en los centros educativos. Desde entonces detectamos preocupacion por parte del profesorado y en otros sectores (comarcas, asociaciones de vecinos...) ante la falta de conocimientos a la hora de actuar ante problemas de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-aumentar la formación del profesorado respecto a las enfermedades crónicas prevalentes en infancia-adolescencia
-mejorar la actitud ante situaciones desfavorables ante las que se encuentre el personal docente o personal de las asociaciones vecinales
-Favorecer la integración de las personas con enferemedades crónicas, mejorando la percepción sobre estos procesos
-Valorar el impacto de una intervención educativa sobre los conocimientos del personal alq ue se imparten las sesiones

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Establecer contacto con las asociaciones vecinales, instituto y CRA del valle
- Ofertar charlas sobre las enferemedades cronicas mas prevalentes en infancia-adolescencia (1 ssión teórica)
-Ofertar charla sobre la actuacion ante diferentes urgencias medicas (1 sesión teórico-practica))
-Taller de RCP básica (1 sesión eminentemente practica)
-Encuesta de adquisición de conocimientos y satisfacción.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Valorar mediante encuesta la adquisición de conocimientos
-Valorar el grado de satisfaccion

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Sesiones teórico-practicas divididas en 3 bloques de 1 h de duración cada uno de ellos
-Se realizarann las sesiones a lo largo del año 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1069 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"BAXANDO T'A ESCUELA"

2. RESPONSABLE ..... MARIA DE LOPE ROMEO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BROTO
· Localidad ..... BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO. MEDICO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· PALAZON FRANCO MARTA. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR. MEDICO/A. CS SABIÑANIGO. ATENCION PRIMARIA
· RIVERA GUIRAL ESTEFANIA. MEDICO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· BELLES LLERDA RAQUEL. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· TORRERO BESCOS YOLANDA. ENFERMERO/A. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN BELIO MARIA ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Siguiendo la Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón, promovida recientemente por el departamento de Sanidad, el Equipo de Atención Primaria de Broto quiere iniciar un proyecto dirigido a los niños y niñas en edad escolar (infantil y primaria) de nuestra zona de Salud.

En nuestra zona de Salud la escolarización en esas edades se realiza en el Centro Rural Agrupado “Alto Ara”, al que pertenecen 4 centros escolares, en Broto, Torla, Fiscal y Boltaña, este último fuera de nuestra zona de salud. En el curso 2016/2017 se escolarizaron 176 alumnos (42 en Broto, 31 en Fiscal, 18 en Torla y 84 en Boltaña)*. El CRA “Alto Ara” pertenece a la Red Aragonesa de escuelas promotoras de la salud (RAEPS) y por ello entendemos que, a nuestro juicio, la colaboración con el CRA resulta ideal para nuestro primer acercamiento a la Atención Comunitaria.

Nuestra intención es acercar a las aulas mediante charlas y actividades orientadas según grupos de edades, una serie de temas que el Equipo de Atención Primaria propondrá inicialmente sobre estilos de vida saludable, alimentación, higiene y lavado de manos, higiene bucodental, primeros auxilios, nociones de RCP, prevención de consumo de tabaco y alcohol... etc, y que serán los propios profesores del CRA y las AMYPAS quienes decidirán qué temas les parecen más pertinentes de los propuestos o si prefieren que se hable de otro tema, y así hacerles partícipes en el desarrollo del proyecto.

*Fuente: opendata/aragon.es/servicios/cras/evolucion-alumnos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El primer y más importante objetivo de este proyecto es acercar el Centro de Salud a la comunidad.

De manera más específica se espera que los niños y niñas hasta 12 años de nuestra zona de salud tomen conciencia de la importancia de llevar un estilo de vida saludable y aumenten sus conocimientos en los temas tratados.

Como objetivo secundario, aprovechando la difusión del proyecto y las relaciones con las AMYPAS, trataremos de reactivar el Consejo de Salud de Zona, que no se reúne desde hace más de tres años .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Tras elaborar una lista de posibles temas a tratar, se contactará con la dirección del CRA “Alto Ara” y las AMYPAS para que elijan al menos tres temas que consideren de interés para sus alumnos/hijos.

El responsable de cada tema elaborará y diseñará una charla o planteará una actividad para llevar a cabo en función de la edad de los niños y niñas destinatarios. Así mismo diseñará un pequeño test de evaluación para los niños mayores de 6 años.

Se planificará una charla trimestral en cada una de las escuelas de nuestra zona (Fiscal, Broto y Torla). Al final de cada charla se pasará un test de evaluación a los mayores de 6 años .

Se realizará una encuesta de satisfacción entre los profesores del CRA y los padres después de la última charla del curso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de Charlas/actividades realizadas. Se espera realizar al menos 3 en cada centro de nuestra zona durante el año académico. Fuente: Registro propio

Adquisición de conocimientos en los niños tras asistir a las charlas/actividades. Se espera que la media aritmética de los resultados en los tests de evaluación sea superior al 60% de la máxima nota posible.

Indice de satisfacción: Se espera que el resultado de las encuestas de satisfacción sea superior al 80%

Reunión del Consejo de Salud de Zona: Se espera que se realice hasta Junio de 2019 al menos una reunión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_1069 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"BAXANDO T'A ESCUELA"

Junio 2018: Elaboración de listado de posibles temas a tratar en las escuelas.

Junio 2018: Reparto de temas a preparar entre los componentes del equipo.

Junio 2018-Abril 2019: Preparación de exposiciones, charlas, material y/o actividades, cuestionarios de evaluación de cada tema y encuesta de satisfacción.

Septiembre 2018: Propuesta de temas a tratar a los profesores del CRA y las AMYPAS

Septiembre 2018: Elaboración de calendario definitivo de sesiones en las escuelas

Septiembre 2018 – Junio 2019: Realización de al menos una charla trimestral en cada uno de los centros de nuestra zona

Junio 2019: Evaluación y, según resultados, dar continuidad al proyecto en los siguientes cursos académicos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención en poblacion sana
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1006 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

2. RESPONSABLE ..... DOMINGO ARA LAUNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GRAÑEN
· Localidad ..... GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JORDAN LANASPA GISELA. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· ANDREU RUFAT MARIA JOSE. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· SOLANES OLIVAN MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· CABAÑUZ LATORRE MARIA MERCEDES. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· CABAÑUZ BENEDICTO MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· QUINTANA VELASCO CARMEN L. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El término triple whammy (TW) fue utilizado por primera vez en el año 2000 por Thomas para definir el fallo renal agudo (FRA) asociado al tratamiento concomitante con inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (iECA), diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Este término,
que se podría traducir como «triple golpe», representa la acción combinada de estos 3 grupos de fármacos a nivel renal.
Thomas describió 2 casos clínicos y realizó una revisión de la literatura publicada, encontrando que el uso combinado de AINE y diuréticos duplicaba el riesgo de hospitalización comparado con diuréticos solos, y que la combinación iECA, AINE y diuréticos estaba implicada en un 50% de casos de FRA iatrogénico.
Desde entonces, se han publicado diferentes estudios observacionales que refuerzan esta relación.
En 2014,Fournier et al. analizaron una base de datos de farmacovigilancia francesa y encontraron que el FRA causado por la interacción entre AINE e iECA/ARA-II o diuréticos fue el efecto adverso notificado con mayor frecuencia.
En nuestro país se ha publicado recientemente un estudio observacional en el que se detectaron 85 ingresos por FRA asociado a fármacos de la combinación TW.
En la última revisión del cuadro de mando en el EAP de Grañén se identificaron 34 pacientes con la triple terapia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO GENERAL:
Reducir el riesgo de iatrogenia, casos de FRA, en pacientes en tratamiento con la triple terápia Whammy.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.
Reducir el número de pacientes con la triple terapia, si esta no está absolutamente justificada.
Mejorar la monitorización de la función renal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Identificar los pacientes con la triple terapia.
Se solicitará a la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca la identificación de los mismos a través de una búsqueda en el sistema informático OMI. Fuente de datos: Cuadro de mando.
Analizar la indicación de prescripción en cada uno de los casos y las alternativas terapéuticas que en cada uno de los mismos existen, empezando por la retirada de AINEs.
Se llevará a cabo una revisión de las historias clínicas de los pacientes con la triple terapia. En una primera fase cada médico realizará una revisión de toda la medicación de los pacientes Whammy asignados en su cupo, suspendiendo los fármacos no indicados. Posteriormente, y en una segunda fase, los casos que continúen con la triple terapia serán analizados en un pleno monográfico por el grupo del proyecto junto con los médicos responsables para ver si existe una alternativa terapéutica para cada uno de los casos, y de encontrarla se llevará a cabo.
Los pacientes que sigan con la triple terápia serán monitorizados de la función renal.
Se monitorizará la función renal si no se dispone de valores de creatinina sérica, Filtrado glomerular y coeficiente albúmina/creatinina en orina en los 6 meses previos, siempre y cuando ya estuviese en tratamiento con la triple combinación en ese momento. Si el paciente hace menos de 6 meses que lleva la triple combinación y no se dispone de los valores de función renal mencionados, también se monitorizará.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY REVISADA LA IDONEIDAD DE LA MISMA/Nº TOTAL DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY. Estándar 100%
Nº DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERÁPIA TRIPLE WHAMMY Y AL MENOS UNA DETERMINACIÓN DE FUNCIÓN RENAL SEMESTRAL/Nº TOTAL DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERÁPIA TRIPLE WHAMMY. Estándar > 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comunicación por escrito del proyecto a todos las médicas y enfermeras del centro de Salud, incluyendo a las profesionales de Atención Continuada y personal de sustituciones de verano o bajas. Junio 2018 hasta el final del proyecto.
Identificar los pacientes Whammy. Junio 2018
Reunión del grupo de mejora y las médicas titulares para asignar los pacientes encontrados y debatir las alternativas terapéuticas. Junio 2018
Analizar la indicación de la prescripción (1ª fase). Julio-Agosto-Septiembre 2018. Cada médica la realizará de

Proyecto: 2018_1006 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

los pacientes de su cupo. (incluye la citación del paciente en la consulta para la modificación de su pauta en el caso de que esto sea posible).
Identificar los pacientes Whammy. Octubre 2018
Analizar la indicación de la prescripción (2ª fase). Octubre-Noviembre 2018. Análisis grupal de los casos (incluye la posterior citación del paciente en la consulta para la modificación de su pauta en el caso de que esto sea posible).
Identificar los pacientes Whammy. Diciembre 2018
Monitorización de la función renal. Diciembre 2018 -Enero 2019 (incluye la creación de un aviso-flash en OMI de "paciente Whammy" con la fecha para la realización de la próxima analítica adecuada a los tiempos establecidos y la ejecución de la susodicha solicitud).
Identificar los pacientes Whammy. Revisar la existencia del aviso completo en OMI en todos ellos y que figura la petición de la analítica como efectuada. Febrero 2018. Cada médica los pacientes pertenecientes a su cupo.
Medición de los indicadores. Abril 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0583 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

2. RESPONSABLE ..... DANIEL PEREZ DEL CASTILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

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

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Necesidad sentida en nuestra población, y recogida en su desarrollo en el Consejo de Salud de Diciembre 2017, de educación sanitaria en el campo de la actuación ante la emergencia vital, que se incrementa al trabajar en una zona geográfica distante de los recursos sanitarios especializados o del hospital.

Consideramos muy pertinente la educación sanitaria en este campo, e incluimos el manejo del DESA, ya que desde los distintos consistorios están considerando la posibilidad de conseguir o comprar estos aparatos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana : toda persona mayor de edad que viva en los municipios pertenecientes al centro de Salud de Hecho. Se crearán grupos de 8-10 personas máximo en cada localidad.

Objetivos generales: Difundir normas básicas para la prevención de la enfermedad coronaria y de la muerte súbita cardiaca. Formación de los posibles “primeros intervinientes” en la cadena de supervivencia, para disminuir la mortalidad y secuelas que ocasionan las paradas cardiacas, impulsando estrategias dirigidas a la desfibrilación temprana.

Objetivos especificos: El curso tiene el objetivo de aportar los conocimientos y destrezas necesarios para poder realizar una primera atención de la parada cardiorrespiratoria, hasta el momento de la llegada de los equipos especializados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El curso se compone de una parte no presencial, en la que se dotará al alumno al menos con 15 dias de antelación de material escrito referentes al SBV y a la Desfibrilación semiautomática.. Se complementa con una segunda parte presencial, con metodología ampliamente probada por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Critica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). La duración de la parte presencial será de 8 horas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
1)Numero de participantes en el curso que tenian ya un curso oficial de SVB o DESA previos./ Numero de participantes en el curso
2) Puntuacion obtenida en el test previo al curso/ Puntuacion obtenida en el test posterior al curso, que nos servirá como cuantificación del objetivo docente alcanzado.
3) Realización de una encuesta de satisfaccion, donde podremos igualmente cuantificar la mejora subjetiva detectada por los participantes en el curso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Hemos elaborado un cronograma con el reparto de los tiempos asignados a la formación teórica (160 minutos) y a la formácion práctica (300 minutos). Al terminar se realizará una evaluación final de los conocimientos adquiridos mediante un examen multitest de 20 items, cada una de ellos con 5 respuestas posibles, siendo solo una válida.
Como instrumento de medida de los conocimientos adquiridos contemplamos la realización de un test previo al curso.
Se realizarán en las localidades de Hecho y Ansó, con fechas previstas para los dias 21 y 22 de Mayo en el primer grupo en la localidad de Hecho y 24 y 25 de Mayo en Anso.
En estos municipios se canaliza a través de los ayuntamientos y responsables sociales la difusión del curso y de las fechas de realización del mismo.

9. OBSERVACIONES.
A lar personas seleccionadas, que, cumpliendo los requisitos, asistan al curso se les extenderá el correspondiente Diploma certificado por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Huesca.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2018_0583 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. personas mayores de 18 años sanos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0584 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZUBIAURRE BASSAS PILAR. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· CASADO ORTIZ ROSARIO. MEDICO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ DEL CASTILLO DANIEL. MEDICO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
· GAVIN BLASCO ISABEL. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Necesidad detectada a través de los indicadores del cuadro de mandos de Farmacia,de una actuación en el denominado “triple whammy” como instrumento de mejora de calidad asistencial en nuestra población.

Hablado con la DAP estimamos oportuno el esfuerzo en la disminución en un 50% de los pacientes sometidos a tratamiento antihipertensivo con IECAs o ARA II, asociados a un AINE, de forma crónica, con el objeto de mejorar su función renal, en los casos de insuficienciarenal ya detectada, o en la preservación de la misma, en los pacientes que no presentan en la actualidad deterioro de la función renal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana : listado de pacientes detectados en el triple whammy: numero 18.

Objetivo general: Preservación o mejora de la función renal de los pacientes hipertensos que precisan tratamiento analgésico/antinflamatorio por algias crónicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Nuestra actuación pasa por la comunicación con el paciente para argumentar concretamente la necesidad o no de un tratamiento analgésico-antinflamatorio de forma crónica, o intentar el alivio de su sintomatología con otros fármacos mas adecuados.

Igualmente valoración del tratamiento antihipertensivo mas idóneo para cada paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
1) Nª de pacientes en listado triple whammy en el momento del inicio del proyecto de mejora/ Nº de pacientes en listado triple whammy al finalizar el año 2018, intentando conseguir una disminución alrededor del 50%.

2) Nº de pacientes con Insuf. Renal al principio del estudio/Nº de pacs. Con insuf. Renal al final del estudio.

3) Nº de pacs. Con mejora en su FGR por encima de un 10% a lo largo del periodo de estudio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde el momento en que fuera admitido nuestro proyecto, éste se desarrollaría a lo largo del año 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0774 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

2. RESPONSABLE ..... JULIA MERIZ RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HUESCA RURAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ADIEGO USED MARIA DE LA O. ENFERMERO/A. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Encontramos pacientes con cifras tensionales elevadas en consulta, que en autocontroles son normales y queremos saber si es preciso tratar farmacológicamente.(hipertensión de bata blanca). Como criterios de inclusión pondremos :
- pacientes con más de tres tomas en consulta por encima de 140/90 mmhg y con autocontroles normales y sin tratamiento farmacológico.
- deberán haber estado 3 meses con medidas higienico-dietéticas antes de ser incluidos en el proyecto

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos comprobar si existe inindicación para iniciar tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión de bata blanca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hacer el MAPA a pacientes diana (que cumplan criterios de inclusión)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de MAPAS realizados
- número de pacientes positivos captados que han precisado tratamiento farmacológico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Seleción de pacientes que cumplan criterios de inclusión.Se llevará a cabo una reunión de equipo para la planificación (número de pacientes que aporta cada cupo).
-Aviso personalizado a cada paciente

Inicio dia 4-6-2018 finalización diciembre 2018 si bien según resultados alcanzados se podría considerar como proyecto de continuidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1001 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

2. RESPONSABLE ..... MARIANO LABARTA PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HUESCA RURAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA BALLARIN ISABEL. ENFERMERO/A. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde hace 5 años, se hace una revisión anual del programa de EPOC, a fecha de Mayo 2018 tenemos incluidos 60 pacientes, lo que supone una prevalencia del 1,1 %. (prevalencia teórica 9%).
teniendo incluidos emn el programa del tabaco a 536 pacs. lo que supone un 9,8%.
la detección precoz se realizará a la población que comprenda el ratio de edad entre 40-80 años.Partiendo en la actualidad con 406 de los 3.499 usuarios de este rango de edad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnostico precoz de EPOC, y de este modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa a los fumadores en ese rango de edad.
de manera secundaria se espera aumentar la tasa de detención del tabaquismo en nuestra población.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- sesión formativa anual sobre el Programa de atención al EPOC, que incluye actualización de guias .
- taller de espirometría (agendas, material horarios..)
- realización de espirometrias por ENF
- Busqueda activa de tabaquismo en toda consulta a demanda por parte de medicina y enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Semestralmente se calculará la prevalencia de pacientes incluidos en el programa de EPÔC y tabaquismo.
Partiendo del 1,1%, esperamos aumentar por lo menos a un 2 % en EPOC.
Partiendo de 9,8 %, esperamos aumentar al menos a 13%, en tabaquismo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primero,se realizará en el plazo de un mes el cálculo de fumadores entre 40 y 80 años con espirometría incluida en OMI.
Segundo, semestralmente se calculará las prevalencias de EPOC y Tabaquismo alcanzadas.
Tercero, revisión global anual del programa de EPOC.(Mayo 2019), en la que se realizará una sesión en el centro por parte del cordinador del proyecto, para exponer los resultados y proponer medidas oportunas para alcanzar los objetivos.

9. OBSERVACIONES.
Dada la dificultad de accesibilidad y dispersión de la población, sería conveniente disponer un vitalograph (detección FEV1 / FEV6) por parte del personal de enfermería y medicina.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0612 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

2. RESPONSABLE ..... PURIFICACION MORENO NARES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CORTES VIRGINIA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· LUZ MARTINEZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· MAÑE GODE MARTA. ENFERMERO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· LALAGUNA PUERTOLAS MARIA. ENFERMERO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· PALACIO BUEN PILAR. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN ANTON VICTORIA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ LORES ANTONIO. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
EL EJERCICIO FISICO ES UN HÁBITO DE VIDA SALUDABLE IMPRESCINDIBLE PARA LA PREVENCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, EL CUAL SE INCREMENTA DE FORMA EXPONENCIAL CUANDO ASOCIAMOS VARIOS FACTORES COMO PUEDE SER LA OBESIDAD .EN ESTOS PACIENTES QUE ADEMAS SUELEN ASOCIAR MULTIMORBILIDAD PUEDEN BENEFICIARSE DE ESTA HÁBITO YA QUE LA MAYORIA SUELEN SER SEDENTARIOS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
FOMENTAR LA PRACTICA DE EJERCICIO FISICO EN PACEITNE OBESO SEDENTARIO. EL GRUPO ESTARA FORMADO POR PACIENTES CON CAPACIDAD FISICA QUE PERMITA CAMINAR AL MENOS 30 MINUTOS A RITMO LIGERO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SE OFERTARÁ ACTIVIDAD AL GRUPO 1 O 2 DIAS POR SEMANA, SEGÚN RECURSOS. LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE NUESTRO CENTRO DE SALUD

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR Nº 1-- Nº DE PACIENTES QUE REALIZAN LA 1º MARCHA. VALOR MÍNIMO 4 VALOR MÁXIMO 10

INDICADOR Nº 2 --MEDIDO AL AÑO DE INICIO DEL PROYECTO
Nº DE PACIENTES QUE HAN REALIZADO MÁS DE 8 MARCHAS/ POR EL Nº DE PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO : VALOR MINIMO 40% DE LOS PACIENTES AL INICIO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO EN OCTUBRE 2018
RESPONSABLES LOS INDICADOS PREVIAMENTE
SIN FECHA FIN PROGRAMA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0620 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIPLE WHAMMY: PREVENCION DE LA INSUFICIENCIA RENAL

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PALACIO BUEN PILAR. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· FANLO ABELLA SARA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ LORES ANTONIO. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN ANTON VICTORIA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· CLAVERA TEJERO JOSE MARIA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· ALDEA DORADO CARMEN. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
· FANLO PEREZ MARIA JESUS. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
A TRAVES DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA, EN EL INSTRUMENTO TRIPLE WHAMMY SE OBSERVÓ LA ALTA PREVALENCIA DE PACIENTES CON RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL O YA ESTABLECIDA DE NUESTRO CENTRO DE SALUD.
SE DECIDE DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES CON ESTE RIESGO POR LA TOMA DE IECAS, ARAII ASOCIADOS A AINES DE FORMA CRÓNICA .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
DETECTADOS 139 PACIENTES TRIPLE WHAMMY POR EL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA EN ABRIL 2018
OBJETIVOS
1.DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES TRIPLE WHAMMY AL 50% COMO MÍNIMO.
2.DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES TRIPLE WHAMMY CON INSUF RENAL AL 25% COMO MÍNIMO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. SESIÓN DE FORMACION PARA TODOS LOS COMPAÑEROS MÉDICOS SOBRE INSUFICIENCIA RENAL MÁS HTA Y AMPLIAR CONOCIMIENTOS DEL MANEJO DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA-- FACILITAR EL LISTADO DE LOS PACIENTES TRIPLE WHAMMY DE CADA CUPO PARA CONSEGUIR EL OBJETIVO.
2. VALORACIONES PERIÓDICAS DE LOS LISTADOS DE LOS CUPOS
3. SESIÓN DE EVALUACIÓN FINAL

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY EN EL MOMENTO DEL PROYECTO DE MEJORA / Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY AL FINALIZAR EL AÑO 2018

2.Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY CON INSUF. RENAL EN EL MOMENTO DEL PROYECTO DE MEJORA / Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY CON INSUF RENAL AL FINALIZAR EL AÑO 2018

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SE DESARROLLA A LO LARGO DEL 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0765 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MUR LALUEZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAJARAVILLE ASO PILAR. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLON CARRERA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· HERRANZ CORTES FRANCISCA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· BAYOD CALVO CONCEPCION. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· TORRES TRASOBARES MARIA LUISA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· GARASA LOPEZ MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
* Revisión bibliográfica de los criterios stop, objeto del estudio.

* Listado de pacientes con prescripción de fármacos, objeto de estudio en receta electrónica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.-Disminuir la prescripción inadecuada
2.-Mejorar la seguridad del paciente
3.-Aumentar la eficiencia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
* Sesión inicial formativa con presentación del proyecto al Equipo

* Sesiones formativas conjuntas Medicina/ enfermería y farmacéutica del Sector (3 sesiones formativas)..

* Sesiones formativas con los especialistas (Cardiologos, Nefrologos,.....) atendiendo a los criterios stop elegidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
* Determinación analítica de potasio cada seis meses, en el 70 % de los pacientes objeto de estudio (Pacientes en tratamiento con IECA/ARA II + DIURETICOS AHORRADORES DE POTASIO).

*Revisión del 70% de los pacientes en tratamiento con AINE que presenten un filtrado glomerular < 50 mL/min

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
* Un año

* Segundo semestre 2018 y primer semestre 2019.

* Revisiones/Sesiones cada 3 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0825 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CHARTE ALEGRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAÑARDO ALASTUEY CLARA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· BAYOD CALVO CONCEPCION. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· ORDAS BITRIAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· TORRES TRASOBARES MARIA LUISA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· ESPEJO LORENTE MONICA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· BESCOS GARCIA BLANCA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hoy en día estamos observando un envejecimiento de la población debido al aumento de la esperanza de vida. Estas personas mayores sufren un deterioro de sus cualidades físicas que contribuyen a que disminuyan sus niveles de actividad física y consecuentemente también empeoran sus patologías de base.
Desde nuestro Centro de Salud hemos visto que hay un porcentaje elevado de inactividad física entre nuestros pacientes y éste es mayor en el grupo de personas mayores de 65 años. Además, hay datos publicados que muestran que la inactividad física es la cuarta causa de muerte en el mundo (OMS, 2017). Por ello creemos que una intervención con actividad física en este grupo poblacional no solo va a mejorar la condición física sino también la calidad de vida y la composición corporal de estas personas. También se espera disminuir el uso de fármacos, la demanda asistencial… y consecuentemente una disminución del gasto sanitario.
Este proyecto necesita la colaboración de un equipo multidisciplinar de profesionales que incluya a médicos, enfermeras y profesionales de la actividad física y del deporte. Para ello contamos con la colaboración de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la condición física y la calidad de vida de los pacientes mayores de 65 años del Centro de Salud Perpetuo Socorro que participen en la intervención, así como disminuir los niveles de inactividad física.
Conseguir una adherencia a la actividad física en este grupo poblacional.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará un entrenamiento multicomponente adaptado a la condición física de los participantes donde se trabajarán los componentes de la condición física relacionados con la salud (resistencia cardiorrespiratoria, fuerza y resistencia a la fuerza, equilibrio y flexibilidad) en sesiones de 60-90 minutos 3 veces por semana con una duración de 5-6 meses.
Además de llevarán a cabo reuniones periódicas del Equipo de Atención Primaria e interdisciplinarias, iniciales y de seguimiento, para puesta en común EAP-investigadores
Este proyecto también permite estrechar lazos con la Universidad de Zaragoza.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se evaluará la condición física (pre y postintervención) mediante la batería Senior Fitness Test, así como la composición corporal (pre y postintervención) mediante Tanita, tallímetro y cinta métrica. Se pasará una encuesta de calidad de vida (cuestionario EuroQol-5D). Se medirá la capacidad funcional (índice de Barthel) y TAS, TAD y FC en reposo. También se valorarán posibles cambios analíticos (comparando la analítica pre y postintervención) y si hubiera un cambio en el número de asistencia a consultas (demanda), de ingresos, asistencia a urgencias, tratamiento farmacológico de patologías crónicas (según datos registrados en OMI-AP y HCE). Se valorará la alimentación mediante la cumplimentación del cuestionario de adherencia a dieta mediterránea.
Se requerirá a los sujetos participantes una adherencia al programa que se definirá como la asistencia a más del 80% de las sesiones para realizar la evaluación y el análisis de la intervención.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se pretende que el proyecto tenga una duración aproximada de un curso escolar. Inicialmente se hará una presentación del proyecto al EAP del Centro de Salud (1 ó 2 sesiones de 45-60 minutos), posteriormente se realizará el reclutamiento de sujetos (3 semanas) y se llevará a cabo la evaluación preintervención (2 semanas). La intervención tendrá una durante de unas 20-22 semanas. Finalmente se realizará la evaluación postintervención (2 semanas) y se hará el análisis de resultados (6 semanas).
Se realizará una exposición de los resultados al finalizar (1 ó 2 sesiones).
Se espera que este no sea un proyecto aislado, sino que tenga continuidad en el tiempo.

9. OBSERVACIONES.
Pendiente de valoración por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0825 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1169 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANCHEZ MOLINA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAULES CUESTA ISABEL MARIA. MIR. UNIDAD DOCENTE HUESCA Y BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· CALVERA FANDOS LAURA. PIR. H SAN JORGE. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· BESCOS GARCIA BLANCA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLON CARRERA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ PALMA BELEN. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· VELILLA ALONSO TERESA. MIR. UNIDAD DOCENTE HUESCA Y BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde las consultas de Atención Primaria percibimos que hay determinados colectivos, como son la etnia gitana, y las mujeres inmigrantes, que precisan de una mayor atención. Proporcionar una adecuada educación sanitaria para el autocuidado y la prevención es tarea ardua en la consulta individual y en la mayor parte de los casos no es suficiente y pensamos que sería muy enriquecedor poder llegar a estas personas a través de intervenciones educativas en la comunidad.

A través de la Asociación de vecinos del barrio Perpetuo Socorro conocimos el proyecto de Caritas con población en riesgo social. Dentro de dicho proyecto contemplan la realización de talleres de educación para la salud dirigidos específicamente a mujeres en situación de vulnerabilidad social y precisaban de personal sanitario para impartirlos.

En octubre de 2017 nos reunimos con la Trabajadora social y Educadora de Caritas y diseñamos un programa de intervención educativa para llevar a cabo durante el curso 2017-18. El programa incluyó talleres y charlas sobre : Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida. Taller de métodos anticonceptivos.Taller de suelo pélvico.Talleres de nutrición que ha constado de 4 sesiones a cada grupo.

Dada la acogida por parte de las mujeres participantes y la evaluación positiva realizada por Caritas sobre la colaboración en su programa a través de estos talleres, nos planteamos el presente proyecto.

En la evaluación del programa llevado a cabo durante este curso, hemos observado una mayor cobertura en el cribado de ca-cx realizado en estas mujeres y un mayor acceso a información en métodos anticonceptivos. Asimismo hemos percibido la necesidad de empoderamiento y autoestima de las mujeres atendidas, por ello se planteó a la psicóloga residente de la USM colaborar en el proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Promover el empoderamiento de las mujeres a través de técnicas y métodos ajustados a sus necesidades.
-Mejorar el autocuidado de la mujer, dándoles a conocer diversos aspectos relacionados con la salud en las distintas etapas de la vida.
-Hacer una utilización racional y responsable de los recursos sanitarios.
-Conocer el censo de mujeres embarazadas en este colectivo.
- Objetivos específicos para cada taller.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Taller 1: Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida: Informar y mejorar el conocimiento sobre la anatomía femenina, ciclo menstrual y principales formas de prevención de cáncer femenino. Embarazo saludable.

-Taller 2: Aspectos prácticos en la elección y utilización del método anticonceptivo.

- Taller 3: práctica de ejercicios del suelo pélvico.

-Taller 4: Mejorar la calidad nutricional de los platos. Aspectos a tener en cuenta a la hora de hacer la compra. Etiquetado. Grupos de alimentos y plato saludable. Este taller se llevarán a cabo en 4 sesiones, con la colaboración de estudiantes de nutrición en prácticas.
-Taller 5: Salud mental en la comunidad. Acceso, recursos y desarrollo de estrategias de afrontamiento y autoestima

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº mujeres embarazadas en este colectivo

Nº talleres realizados/ Nº talleres programados

Nº Mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/ nºmujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller.

Nº mujeres con cribado ca-cx realizado al finalizar programa/nºmujeres que participan en el programa con criterios de cribado.

Nº mujeres con seguimiento de embarazo realizado/ nº mujeres embarazadas que han participado en el

Proyecto: 2018_1169 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

proyecto.

Nº Mujeres que saben realizar ejercicios del suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/ mujeres que han participado en el taller.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración del programa y puesta en común con Trabajadora Social y Educadora de Caritas para la preparación de los grupos de participantes.(junio-octubre). Tres reuniones
- nº de charlas-talleres en función del número de participantes. Se trabajará con grupos de 8-12 personas. Comenzarán en octubre-noviembre y se llevarán a a cabo a lo largo del curso 2018-2019.
- Reunión en diciembre para seguimiento, evaluación de lo realizado hasta entonces y planificar los restantes talleres.
- Reunión abril-mayo para evaluación final y continuidad próximo curso

9. OBSERVACIONES.
Es un proyecto en la comunidad y las mujeres que participan pertenecen a diferentes centros de salud de Huesca.
Los objetivos específicos de cada taller no pueden ser expuestos por falta de espacio en el formulario.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. salud de la mujer
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1504 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ OLIVAS SILVIA. TECNICO/A DE INFANCIA. AYUNTAMIENTO DE HUESCA. EDUCACION
· SANCHEZ ARCUSA JOSE MIGUEL. TECNICO/A DE LUDOTECA. AYUNTAMIENTO DE HUESCA. EDUCACION
· GARRIDO JIMENEZ ISIDRO. PROFESOR/A. CEIP PIO XII. EDUCACION
· SEBASTIAN BONED FLOR. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· AYLLON NEGRILLO ESTER. PROFESOR/A. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. EDUCACION
· RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dentro del marco de cooperación estable que existe entre el CS P.Socorro y el CEIP Pío XII, una de las actividades consiste en la realización de visitas de los alumnos al CS donde los niños opinan sobre el área de pediatría. Una de las propuestas ha sido la modificación del espacio de la sala de espera.

La pediatría del CS P.Socorro ha apostado por apoyar el Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca. Una intervención de participación infantil donde los niños hacen oír su voz en los temas y las decisiones que les afectan.

El CS P.Socorro ha iniciado la identificación de los activos de salud dentro del marco de la Estrategia de At. Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Uno de ellos ha sido la ludoteca municipal. El proyecto propuesto entra dentro de su línea de actuación.

Al igual que el hogar, la escuela y el entorno, el CS puede ser un espacio de participación de los niños y niñas.

De este modo, la pertinencia del proyecto se basa en la participación de los niños y niñas del consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, del CEIP Pío XII y de la ludoteca municipal Candeleta, en la remodelación de la sala de espera y pasillos del Área de Pediatría del CS Perpetuo Socorro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OJETIVO GENERAL:
Desarrollar una estrategia de promoción de participación infantil en el Sistema Sanitario Público.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Escuchar de los niños y niñas las propuestas sobre las modificaciones que realizarían sobre la sala de espera y pasillos del área de pediatría del CS P.Socorro.
Transformar las opiniones de estos niños y niñas en acciones concretas.
Que se dé el apoyo de las Instituciones implicadas.
Que se den respuestas a corto o medio plazo a sus propuestas.
Que sean los propios niños y niñas los que ejecuten el diseño y la realización de este proyecto.
Que los niños y niñas visualicen los resultados y conozcan el impacto de su participación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión con miembros del SARES de Huesca para la valoración y pertinencia del Proyecto.

Reunión informativa del Equipo de pediatría del CS Perpetuo Socorro con la Dirección de Atención Primaria y de Atención Especializada.

Reuniones periódicas entre responsables del Proyecto la Ciudad de las niñas y los niños de Huesca, el coordinador de las ludotecas, la dirección del CEIP Pío XII, representantes de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, y del CS del Perpetuo Socorro.

Visita de los niños y niñas a la segunda planta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, área de pediatría, acompañados por responsables de las instituciones implicadas y del personal de mantenimiento del Hospital.

Instalar en la sala de espera, coincidiendo con el periodo de visitas de los niños y niñas ya referidos, un "rincón de ideas" para los niños y niñas que la utilizan durante sus visitas médicas.

Además, y para "ampliar la mirada", se valorará la posibilidad de realizar una exposición de fotografías de salas de espera pediátricas amigables para que pudiera ser votada por los propios niños y niñas usuarios de nuestro CS.

Recogida de las propuestas que realicen los niños y niñas.

Proyecto: 2018_1504 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Estudio de las propuestas y su viabilidad. Se contará con la participación del personal de mantenimiento del Hospital.

En caso necesario, modificación de las propuestas y sesión con los niños y las niñas para su re-evaluación.

Realización de un presupuesto para su ejecución.

Aprobación del presupuesto.

Realización de las propuestas definitivas con la participación de los niños y niñas.

Se recogerá documentación audiovisual durante todo el proceso con el objetivo de difundir la experiencia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La importancia de este proyecto es el PROCESO PARTICIPATIVO. Por lo tanto, se valorará de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas como el de la participación infantil que se haya alcanzado.

Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.

Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto en sí se desarrollará entre septiembre de 2018 y diciembre de 2019.

Durante el primer semestre de 2018
- se están realizando reuniones con los responsables de todas las instituciones implicadas.
- Se realiza presupuesto inicial.

En septiembre de 2018
- reunión formal con los responsables de las instituciones implicadas.
- preparación del material de consulta a las niñas y niños (rincón de las ideas, fotografías, ……).

Octubre a diciembre de 2018:
- visita de los niños al área de pediatría del CS. Propuestas iniciales.
- colocación en la sala de espera del "rincón de las ideas"
- exposición de fotografías de salas de espera pediátricas "amigables"
- establecer un sistema de evaluación de la sala de espera y pasillos con distintas técnicas para población infantil.

Enero-marzo de 2019:
- valoración de las propuestas iniciales y consensuar las propuestas definitivas a llevar a cabo.
- elaboración definitiva y aprobación del presupuesto

Abril-diciembre de 2019:
- compra del material necesario
- realización del trabajo

9. OBSERVACIONES.
Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes. En concreto, se priorizarán los proyectos dirigidos a las siguientes áreas: Atención Comunitaria

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0770 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO CASTILLON FANTOVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAMORA PALLAS ESTER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PIRINEOS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LUESMA GUIRAL MIGUEL. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· TORRIJO CASCANTE MARIA ANGEL. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· CLAVER ALFREDO. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· CHAVERRI ALAMAN EVA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ESCAR RIVERA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· AGUARON JOVEN EVA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Una vez conocidos y analizados los datos de cartera de servicios de 2017, se apreció que uno de los puntos de mejora por parte del equipo era la disminución de los pacientes en tratamiento con triple Whammy (TW)
Durante el año 2017 la disminución de pacientes con estos tratamientos fue mínima. Se trata de pacientes que debido a esta triple terapia tienen un riesgo considerable de fracaso renal agudo y un aumento concomitante del número de ingresos hospitalarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal: Disminución entre 40 y 50% de pacientes en tratamiento con TW a final de año
Población diana : Usuarios del C. de S. Pirineos mayores de 18 años

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización en Mayo de 2018 de sesión clínica conjunta para Medicina, Enfermería y Admisión presentando el riesgo de la TW y explicando los fármacos que forman parte de cada grupo y determinando estrategias conjuntas.
Obtención por medio del cuadro de mandos del listado de pacientes en tratamiento crónico con TW
Admisión se encargará de identificar a estos pacientes en el encabezamiento de su historia con una TW, durante el mes de mayo para que su médico-enfermera lo identifique y actúe en consecuencia
Posteriormente intervención individualizada con cada médico y enfermera con recomendaciones para la supresión de uno o más componentes de la TW. Propuesta de alternativa, si procede, de alguno de los fármacos componentes de la TW.
En Octubre de 2018 se realiza Sesión Clínica de todo el equipo presentando datos y aplicando de nuevo las medidas anteriormente citadas si la evolución de las cifras no fuera descendente como se prevé

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes mayores de 18 años en tratamiento crónico obtenido del cuadro de mandos
Monitorización de la función renal (FR): Revisión de la FR en los 6 meses previos al estudio, si estaba ya conTW. Si no se disponía cifra de FR se recomienda solicitarla. Estos datos se obtendrán de la historia informatizada en OMI-AP
Valor a alcanzar: Se espera al final del estudio una disminución del 40-50% del número de pacientes en tratamiento con TW

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto, mayo de 2018 por medio de una sesión clínica conjunta, impartida por el coordinador del proyecto.
Durante los meses de mayo a septiembre, intervención por parte de Medicina y Enfermería sobre los pacientes con TW; con posterior intervención individualizada si se precisara, durante este mismo periodo.
En octubre de 2018, nueva sesión clínica conjunta de análisis de los datos obtenidos realizada por el coordinador del proyecto
En diciembre de 2018, finalización del proyecto con presentación de los datos obtenidos en enero de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0965 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION Y MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGIA OSTOARTICULAR AGUDA DE TOBILLO, ESGUINCES DE 1º Y 2º GRADO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELFAU GRACIA LAURA. FISIOTERAPEUTA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLON FANTOVA ANTONIO. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ROSICO RAMON MARIA TERESA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ FERRA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ LOMBA BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
De la totalidad de los pacientes atendidos en el servicio de Fisioterapia del Centro de Salud Pirineos,en torno al 8% estan diagnosticados de esguince de tobillo de 1º y 2º grado.
Se ha podido apreciar una gran variabilidad tanto en el tratamiento inicial como en el seguimiento del mismo, circunstacias que alargan innecesariamente las citas de control y el proceso final de recuperacion de dicha patologia.
El tratamiento fisioterapico inmediato, en este tipo de lesiones supone un importante beneficio en los tiempos de recuperacion de las mismas y en su curacion definitiva

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proporcionar una atención inmediata y unificada por el servicio de Fisioterapia a todos los pacientes afectos de esta patología,disminuyendo la variabilidad en la atención y el tiempo de recuperación del mismo hasta su completa curación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer un protocolo de derivación directa a la unidad de Fisioterapia desde la consulta del Médico de Familia y/o Enfermera del Centro de Salud
Presentación del protocolo al EAP en sesión clínica conjunta
Se proporcionará a los componentes del EAP las reglas de Ottawa que permiten el diagnóstico de los esguinces de 1º y 2º grado
Desde la unidad de Fiisioterapia se proporcionará la atención más inmediata posible que se deberá en las primeras 72 horas desde la derivación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes con esguince de tobillo en fase aguda atendidos en las primeras 24 horas desde la lesión: 60%
Porcentaje de pacientes con esguince de tobillo en fase aguda atendidos entre las 24 y 48 horas desde la lesión: 30%
Porcentaje de pacientes con esguince de tobillo en fase aguda atendidos entre las 48 y 72 horas desde la lesión: 10%
Porcentaje de pacientes que reciben el alta dentro del tiempo standar contemplado por el INSS en cassi de haber estado en situación de IL: 90%
Número de dias que trascurre desde el momento de la lesión hasta la incorporación a las actividades a la vida diaria: 22 dias
Encuesta de satisfacción a pacientes, médicos y enfermeros que hayan derivado pacientes siguiendo el protocolo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesión clínica a todo el equipo en junio de 2018 para presentación del proyecto a cargo del coordinador del mismo.
Entrega al inicio del proyectoa los componentes del equipo de A P de las encuestas de satisfacción a rellenar por los mismos durante la realización del proyecto.
En octubre de 2018 monitorización y análisis de los datos obtenidos hasta la fecha, que se presentarán en sesión clínica en octubre o noviembre de 2018
Fecha de inicio, junio de 2018
Fecha de finalización, diciembre de 2018
Análisis de los datos obtenidos en diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0965 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION Y MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGIA OSTOARTICULAR AGUDA DE TOBILLO, ESGUINCES DE 1º Y 2º GRADO

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0597 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MI DIETA Y YO

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PAZ FREIRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Sobrepeso, obesidad y enfermedades asociadas son uno de lso principales problemas de salud subsidiarios de intervención en consulta de Atención Primaria.Con frecuencia la intervención realizada es poco efectiva o sólo lo es de forma temporal, sin conseguir un cambio en el patrón de hábitos, los pacientes se ponen"a dieta" pero no "cambian su dieta"

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Pretendemos realizar una intervención prolongada en el tiempo con el objetivo de mejorar los hábitos en alimentación, dirigida a personas con sobrepeso/obesidad. La pérdida de peso mantenida en el tiempo será un objetivo secundario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se formará un grupo de usuarios, que por iniciativa propia o consejo sanitario, serán convocados de manera grupal y periódica en consulta dirigida por el profesional de medicina y el de enfermería de referencia de manera conjunta
Durante el primer mes del proyecto las citas serán semanales. En estas primeras semanas se abordarán distintos aspectos sobre nutrición, ejercicio físico, distintas causas y consecuencias del exceso de peso, errores habituales, bebidas azucaradas, desayuno,formas de cocinado, principales grupos nutricionales y su presencia en los distintos platos etc.
La 2ª semana los usuarios realizaran su propio diario dietético, que será revisado y puesto en común en la siguiente sesión con la supervisión de los profesionales. Se elaborará de forma consensuada el menú de la siguiente semana.
Después del primer mes las citas serán mensuales y de forma progresiva se irán asignando tareas a los usuario, de forma que las dietas serán en parte elaboradas por los profesionales, en parte propuestas por los usuarios y revisadas por los profesionales.
En cada visita se abordarán dificultades detectadas, refuerzo del ejercicio físico, pautas para comer fuera de casa etc
Se realizará peso mensual de los usuarios
Se pasarán encuestas sobre conocimientos de nutrición
Los usuarios realizarán fotografías de platos previamente pactados para abordar las raciones "estándard"

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Peso al inicio y a los 6 y 10 meses de inicio del proyecto.

Se valorará si se ha conseguido pérdida de un 5% del peso en al menos el 30% de los usuarios inicialmente captados para la intervención

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIADO:NOVIEMBRE 2017. Citas: 15-22-29 Noviembre
SIGUIENTES CITAS CON PERIODICIDAD MENSUAL:
20 DICIEMBRE / 17 ENERO / 21 MARZO / 18 ABRIL / 16 MAYO / 13 JUNIO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0586 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON DE JUAN ASENJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORDAS LAFARGA OLGA. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· SENAC BARDAJI MARIA JOSE. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ SARRADELL PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El creciente aumento de la demanda asistencial que vivimos en el ámbito sanitario es un hecho conocido por todos los facultativos. Es motivo de continuos debates y revisiones con el objetivo de hallar soluciones para mejorar aspectos de la atención, como la accesibilidad, garantizando la calidad de la práctica clínica diaria con seguridad para el paciente, sin que ello suponga una sobrecarga de trabajo superior a la que ya estamos sometidos.

La creación de consultas monográficas en AP, en concreto en problemas dermatológicos y su resolución a través del uso del dermatoscopio, permite a los profesionales de AP mejorar los niveles de eficacia y eficiencia en la atención a determinada patología dermatológica concreta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Valoración precoz en Atención Primaria de lesiones dermatológicas.
Remisión a tratamiento quirúrgico, si precisa, a realizar en consulta de cirugía menor de nuestro centro de salud.
Realización de biopsia, según lesión, en atención primaria.
Derivación dirigida según el hallazgo dermatoscópico al servicio de Dermatología.
Fomentar el cuidado, protección solar y vigilancia de la piel por parte de los pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Respecto a la agenda de la consulta, necesitamos un tiempo de 30 minutos por paciente. Se realizará un día a la semana, con agenda específica para este proceso.

Se realizará el registro de la lesión, con descripción clínica y sintomatológica, se usará el dermatoscopio para valorar la lesión.

Se registrará en una base de datos creada para esta consulta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº biopsias realizadas/Nº valoraciones.
Nº derivaciones a Derma/Nº valoraciones realizadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-junio 2018.
Creación de base de datos.
Creación de agenda específica para el proceso.
Contacto con servicio de Dermatología para reforzar formación, así como circuito de derivaciones de lesiones ya valoradas.
Presentación del proyecto en el EAP

Noviembre
Reevaluación del proceso

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0593 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE DESARROLLO DE CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MARTINEZ SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPOS REIG RAMON. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· SALILLAS LARROSA VICENTE. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· BORIA AVELLANAS RAMON. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ CARCAVILLA JUANA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· MONZON MORENO ELENA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA ASCASO IRENE. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
· DUASO ALLUE LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los médicos de Atención Primaria están formados y capacitados para realizar intervenciones de cirugía menor en los centros de salud. La saturación de las consultas, el falta de tiempo y escasez de material hacen que sea poco factible realizar esta práctica médica.
Con este proyecto, tratamos de dar espacio físico, temporal y organizativo a esta práctica, logrando la disminución de derivaciones tanto a servicios de cirugía como dermatología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Resolver aquella patología de piel que por su simplicidad y escasas complicaciones pueda abordarse desde el centro de salud con el mínimo riesgo para el paciente
Evitar la derivación y satuación innecesaria a las consultas de dermatología y cirugía

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Utilización de las técnicas básicas de cirugía ambulatoria: suturas, drenaje de abcesos, exéresis, curetaje y punch biopsia
Uso de una consulta programada con agenda específica.
Establecer para el EAP un protocolo organizativo de derivación a dicha consulta (tipo de pacientes, de patología, mecanismo de citación...)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº total de lesiones abordadas quirúrgicamente
Nº biopsias/Nº total de lesiones valoradas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio de la actividad tras la creación de la agenda específica
Dos sesiones semanales de media mañana, con tiempo de 30-40 minutos para cada paciente

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0721 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LARRIPA CADENAS PATROCINIO. PEDIATRA. CS GRAÑEN. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA. PEDIATRA. CS PERPETUO SOCORRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA. PEDIATRA. CS SANTO GRIAL. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SEBASTIAN BONEL FLOR. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· USIETO GARCIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Existe una gran variación en cuanto a los porcentajes de niños y niñas con dislexia, pues algunos estudios señalan entre un 10 y un 20% porque a veces se incluyen a todos los niños/as con retraso lector, independientemente de la causa que los origine. Cuando se aplican criterios más estrictos el porcentaje se suele situar en el 10%. Tenemos que tener en cuenta que el 40% de niños con dislexia presentan TDHA. Y si valoramos el porcentaje en centros de drogadicción, cárceles etc. el porcentaje es superior al 40%.
La disminución drástica que se observa de alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, desde 1º de la eso a 2º de bachiller, unido a los datos anteriores evidencia la dificultad de padres, comunidad educativa y sanitaria en la detección temprana del problema y el abandono escolar de estos niños. Esto ha reforzado muchos tópicos sobre la dislexia, basados en conceptos totalmente superados por el conocimiento neurobiológico actual.
Diversas investigaciones han mostrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de conducta en el alumnado con trastorno del aprendizaje (sensación de fracaso, no reconocimiento del esfuerzo, sensación de ridículo) Ello genera, en el ámbito sanitario, derivaciones innecesarias y puede llevar a orientaciones diagnósticas erróneas, además de problemas sociales y económicos para la familia.
La introducción de un test de detección validado, Prodiscat Pediátrico, bien en una revisión sistemática, o ante una demanda de sospecha, sirve como actuación para el diagnóstico, ya que uno de los aspectos a tratar es la “historia personal y desarrollo evolutivo”, que hace referencia a los datos relativos al embarazo, parto, alimentación, sueño, funcionamiento visual y auditivo, enfermedades, accidentes graves, hospitalizaciones, preferencia manual, desarrollo afectivo etc. Especial atención debemos prestar al desarrollo del lenguaje, ya que frecuentemente se ha asociado dificultades en las capacidades receptivas y expresivas del alumnado con dislexia. El resultado de la valoración del desarrollo psicomotor en las distintas etapas de desarrollo del niño puede servirnos de indicador de alerta e indicador de dislexia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Asegurar la correlación entre el P24 “trastorno del aprendizaje” con Dislexia, excluyendo “TDHA, déficit de atención P21 o retraso mental P85”
2. Inclusión del Test de manera sistemática en la revisión de los 6 años.
3. Realizar el test a demanda ante la persistencia de síntomas de alerta durante más de 6 meses.
4. Establecer contactos con el Departamento de Educación para facilitar el inicio de las medidas educativas lo antes posible tras el diagnóstico y compartir entre departamentos el seguimiento de los niños con test positivos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Conocer los niños con el episodio P24 de cada cupo y comprobar su adecuación
2. Establecer comunicación entre departamento de educación y sanidad.
3. Introducción del Test Prodiscat Pediátrico en la revisión de los 6 años.
4. Comprobar el conocimiento por parte de los orientadores de los centros, de los niños con P24 detectados.
5. Transmitir al EAP la herramienta diagnóstica en una sesión clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Correlación del 80% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018

2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso comp0lejo SI/NO. Diciembre 2018

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Correlación del 100% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso comp0lejo SI/NO. Diciembre

Proyecto: 2018_0721 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastorno del aprendizaje
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0182 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA GIL GALAN
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPO REVILLA ISABEL. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· PPARALED CAMPO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ABADIAS PEÑA MARINA. TCAE. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información…

La ZBS de Sariñena está formada por 17 núcleos de población con un G4 de dispersión geográfica y atiende a una población de 7,093 habitantes (6368 adultos y 725 niños) con un 26,27% mayores de 65 años y 11,12% menores de 15 años. La rentabilidad es baja con un 13,1% de población extrajera.
El centro de salud consta de 7 médicos de familia, un pediatra, 8 enfermeras, 3 auxiliares administrativas, 1 auxiliar de enfermería y como unidades de apoyo 1 psiquiatra, una matrona y una fisioteraputa de área

Considerando estas características, en diciembre de 2017, se presenta un estudio descriptivo de la consulta de fisioterapia de centro de salud desde septiembre a diciembre de 2017, en el que se constata:
Casi el 75% de patología tratada ha sid patología vertebral, en el siguiente orden: cervical, lumbar, escoliosis y dorsal.
Que la mayoría de las derivaciones son desde AP.
Que había generada una lista de espera en septiembre de 2017 de 9 meses la cual se trata de reducir aplicando las siguientes medidas: revisión de derivaciones por parte de los médicos de atención primaria y hacer sesiones en grupo para el tratamiento de patologías que así lo permitan
Que estas medidas adoptadas fueron efectivas.
La elaboración de un protololo para la gestión y derivación de pacientes al servicio de FTP del centro de salud puede ser una arma eficaz para el buen funcionamiento de la consulta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evitar listas de espera mayores de dos meses para pacientes crónicos.
Conseguir que los pacientes crónicos aprendan una serie de ejercicios para su autogestión de los procesos afectos.
Poder tratar patologías agudas para reducir posibles cronificaciones y mejoría de la calidad de vida del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
REUNIONES:
Mínimo 1 vez / mes.
En Abril 2018 redacsión del protocolo.
Mayo 2018: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo presentado.
Dic 2018: Evaluación de indicadores.
RECURSOS MATERIALES:
Ordenador.
Excell.
Power point.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de pacientes tratados con patología aguda.
Nº de pacientes tratados con patología crónica.
Lista de espera generada en un año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
CALENDARIO PREVISTO:
Abril 18: Redacción del protocolo para la gestión de la consulta de CS Sariñena....Responsables: Silvia Gil e Isabel Campo

Mayo 18: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo.....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

Dic 18 : Evaluación de indicadores....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

Proyecto: 2018_0182 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades osteomuscualr/ osteoarticular/ EPOC
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0743 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAZOL PERIZ YOLANDA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· FELIPE VILLA BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ TORRES ANA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· PRIETO BONSON ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ABADIAS PEÑA MARINA. TCAE. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· VERA BELLA CARMEN. PEDIATRA. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información…

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las CCAA y sociedades científicas, ha elaborado la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Fue apro-bada por el Consejo Interterritorial del SNS el 18 de diciembre de 2013, con el objetivo de conseguir ganar años de vida en buena salud y libres de discapaci-dad y se desarrolla en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Croni-cidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y tiene su vigencia hasta 2020.

El ámbito local es un lugar idóneo para mejorar la salud de la población, trabajando conjuntamente entre sectores y contando con la participación de la ciudadanía.
La estrategia elaborada para la implementación local supone la puesta en marcha y de-sarrollo de dos acciones clave que deben ir precedidas de la Adhesión del municipio a la Estrategia y que son:
Constitución de una mesa de coordinación intersectorial en el mu-nicipio.
Identificación de recursos para la promoción de la salud y la pre-vención en el municipio (mapeo de recursos)
Este proyecto está enfocado a abordar la segunda acción: identificación de recursos para la promoción de la salud y la prevención en los municipios pertenecientes a la Zona básica de salud de Sariñena (Sector I Huesca) y la participación en ellos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Informar a la población sobre la importancia del ejercicio físico y deporte para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad
Informar a la población de los recursos locales para el desarrollo de la actividad física
Interactuar con asociaciones, instituciones y empresas locales para fomentar la prevención de la enfermedad y promoción de la salud
Dar a conocer a la población la importancia de la salud como bien comunitario.
Analizar la percepción del estado de salud de la población

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un documento “Queda con tu salud” en el que figuren los distintos recursos físicos para la práctica del ejercicio físico y el deporte en la ZBS.
Elaboración de dos postérs:
1. Recursos de asociaciones
2. Recursos físicos

Presentación de dicho documento en el entorno de FEMOGA 18 (Feria agrícola y ganadera de Monegros) aprovechando la captación, influencia y afluencia que esta feria tiene sobre la población de la zona.
Desarrollo de una jornada de salud encuadrada en la programación de dicha feria y basada en la oferta de actividades físicas para el curso 2018/19 por parte de asociaciones, clubes deportivos e instituciones privadas y públicas
Realizar el Cuestionario de salud SF12 a los participantes en dicha jornada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº de entidades (asociaciones, clubes, instituciones,....)que participan en la actividad
2. Nº de personas que participan en la jornada de salud de la FEMOGA 18
3. Nº de Cuestionarios SF12 realizados en dicha actividad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0743 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Mayo 18:

Elaborar las cartas informativas a los ayuntamientos y comarca para recoger la información de las posibles entidades colaboradoras
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Yolanda Gazol Périz

Elaborar las cartas para solicitar la colaboración de las entidades.
Responsables: Ana López Torres y Eduardo Narro

Junio 18:

Recogida de información y respuesta de los entes colaboradores
Responsables: Maribel Gabas Larruy y Ana López Torres

Propuesta de actividad a FEMOGA 18
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y M. Victoria Burgos

Julio 18:

Elaboración de documento “Queda con tu salud”
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Rosa Prieto
Elaboración de pósters
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Eduardo Narro

Reunión con las distintas entidades para organizar la jornada de salud
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Beatriz Felipe

Presentación del del documento “Queda con tu salud” en el marco de actividades de FEMOGA 18
Responsables: M. Teresa Paraled Campos Y Marina Abadías

Desarrollo de la jornada de salud en el marco de actividades de FEMOGA 18
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Marina Abadías

Noviembre 18:

Evaluación de resultados
Responsables: M. Teresa Paraled Campos

Presentación de resultados
Responsables: M. Teresa Paraled Campo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Promoción y prevención de la salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0817 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GAZOL PERIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORNAO CASAS SARA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ TORRES ANA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ULLOD BORRUEL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· FELIPE VILLA BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· GABAS LARRUY MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ALCUBIERRE OTO ANA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· LAFONTANA GRACIA VANESSA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El pasado 11 de Abril del presente año 2018, se presenta el Acuerdo de Gestión Clínica al EAP haciendo una valoración de los resultados conseguidos hasta el momento. En esta valoración, entre otras conclusiones, se objetiva una baja prevalencia de EPOC, baja detección e intervención en tabaquismo, un mal registro en cuadro de mandos de DM con una mala valoración del pie diabético. Puesto esto en común, y después de un intercambio de impresiones, se analiza la situación, teniendo en cuenta la condición socioeconómica de la ZBS y se buscan causas que llevan a estos resultados. Una de ellas es el mal registro por lo que se decide su abordaje.
En la revisión hecha por la dirección el 5 de mayo, se objetiva que: “Los resultados reflejados en el cuadro de mandos de diabetes no concuerdan con la atención que los profesionales prestan a sus pacientes. Todos estamos de acuerdo en que es un problema en el registro, no en el cuidado y la asistencia dada. Se intentará mejorar el mismo”
El 2 de Mayo, en reunión de la dirección de enfermería de AP con el equipo de DUEs del Centro de Salud, se propone reforzar la plantilla con una EAC, actualmente hay dos EACs, y tratar de apoyar los proyectos de calidad dirigidos a la mejora de los resultados del AGC.
El 4 de mayo, reunido el equipo de enfermería, acepta la propuesta de dirección y se proponen los siguientes puntos de mejora:
Mejorar los registros de:
Zarit
Pie diabético
Detección de tabaco
Mejora del circuito de derivación a fisioterapia y protocolo de gestión de la consulta
Conseguir que exista un núcleo promotor de actividades comunitarias en el equipo.
El 9 de Mayo se presenta la propuesta al resto del EAP y se decide hacer un grupo de trabajo para el desarrollo de este proyecto de calidad con objetivos concretos pero acciones abiertas y amplias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Alcanzar una tasa de registro de Zarit de: 70%
Alcanzar una tasa de resgistro de Pie diabético de: 60%
Alcanzar una tasa de intervención del tabaco de: 60%
Cumplir con los objetivos propuestos en el Proyecto de calidad: Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena”
Cumplir con los objetivos de los proyectos de salud comunitaria: “Talleres de educación comunitaria” y “Quedas por tu salud”

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Crear un grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto

Responsable: Yolanda Gazol Périz (DUE)

2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de:
Realización del Zarit
Buen registro de la revisión y riesgo del pie diabético
Detección e intervención sobre el tabaquismo

Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)

3. Ejecutar la revisión de los registros actuales de los indicadores clínicos

Responsable: M. Jesús Ullod Borruel (DUE)

4. Organizar el trabajo y distribuir tareas, contando con el apoyo de una EAC, con la actualización del RIF y agendas de OMI

Responsable: Yolanda Gazol Périz

Proyecto: 2018_0817 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo (%).
Personas = 15 anos a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (%)
Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo (%)
Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit (%)

Lista de espera en consulta de FST

Creación de un núcleo promotor de actividades comunitarias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 18:
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta
23 de mayo: Sesión clínica “Registro y realización del Zarit en OMI”
30 de mayo: Sesión clínica: “Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI”
31 de mayo: Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:
6 de junio: Sesión clínica: “Detección e intervención tabáquica y su registro en OMI”
Enviar a dirección el RIF.

Julio 18:
En dos reuniones del equipo de DUEs (11 y 18 de julio): Puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Septiembre 18:
Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios

Octubre 18:
Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Diciembre 18:
Evaluación de los indicadores

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1054 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

QUEDA POR TU SALUD

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NICAS FIANCES CARMEN. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CORTES MELERO MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· GIL GALAN SILVIA. FISIOTERAPEUTA. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BROTO CARTAGENA ASCENSION. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ULLOD BORRUEL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· GRASA ARNAL ANA. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La ZBS de Sariñena se caracteriza por tener un 26,27% de población mayor de 65 años, con una bajo nivel socioeconómico y un 14% de población inmigrante.
La inactividad física supone, en sí misma, un factor de riesgo de mortalidad (el cuarto según la lista de FR atribuibles a la mortalidad según la OMS)independiente del resto de factores de riesgo. Es la responsable del 6% del total de las muertes
El riesgo de muerte no sólo se relaciona con la inactividad física. La mayoría de estudios demuestran que este riesgo aumenta cuanto peor es la condición física. Existe evidencia científica que pon de manifiesto la relación entre el sedentarismo, la inactividad física y el proceso de salud/enfermedad
Basándonos en el Plan estratégico para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad: " La actividad física asocia múltiples beneficios para la salud, en todas las
edades, en ambos sexos y en diferentes circunstancias socioeconómicas.
Ser físicamente activo es muy relevante para mejorar y mantener la
salud de las personas,para la prevenIr numerosas enfermedades crónicas y situaciones de riesgo y para mejorar el curso de algunas de ellas"
Consideramos como prioridad estratégica de trabajo en nuestra ZBS la necesidad de promover la actividad física.

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Crear un grupo de trabajo para la revisión de este proyecto y ajustarlo a las necesidades actuales

2. Informar al EAP de la oferta de este servicio en una de las sesiones que realiza los miércoles

3. Elaborar hojas informativas y/o marcapáginas sobre estrategias de promoción de salud y prevención para entregar en consulta
4. Hacer carteles informativos para el Centro de salud y consultorios

5. Informar a la población a través de los medios de comunicación locales y comarcales
6. Difundir la actividad desde el proyecto de calidad de "Talleres para la comunidad"
7. Difundir la actividad a través de las distintas asociaciones locales: mayores, mujeres, ...

Responsable: Sara Bornao Casas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de usuarios que acuden a las "Quedadas"/nº de usuarios a los que se les ha recomendado dicha actividad (OMI registro de recomendación de ejercicio físico)
Nº de asistentes a las sesiones informativas en las diferentes asociaciones/Nº de asociados a las asociaciones convocadas
nº de usuarios que han acudido a las quedadas y que han incorporado el ejercicio físico en su vida diaria/nº de usuarios que han acudido a las quedadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 18:
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta

Junio y julio 18:
Elaboración de información para entregar en consulta
Elaboración de carteles informativos para el Centro de Salud y consultorios

Proyecto: 2018_1054 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

QUEDA POR TU SALUD

Elaborar la información para transmitir a través de los medios de comunicación locales y comarcales

Septiembre y Octubre 18:
Comunicar al EAP la información generada para el cumplimiento de la actividad
Contactar con las distintas asociaciones locales
Contactar con medios de comunicación local para la difusión de la actividad

Diciembre 18:
Evaluación de los indicadores y hacer un ejercicio de retroalimentación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ATENCION AL ADULTA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0024 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN LORENTE SARA. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· ELDUQUE PALOMO AMADEO. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· ALLER BLANCO ANA. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· ELFAU MAIRAL MARIA. FARMACEUTICO/A. DAP HUESCA. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· CEREZUELA SAMPER CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP HUESCA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El 30% de los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca a fecha de noviembre 2017, está en tratamiento con ACOD (anticoagulantes directos). Este cifra era del 26% hace 1 año, coincidiendo con la media en nuestra CA; aun así siendo superior a la media nacional (24%). Aún habiendo aumentado también los pacientes en tratamiento con aVK.
El 7% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca han tenido al menos 1 episodio hemorrágico que precisó asistencia a urgencias en el último año (2017), el 17% de los pacientes que han sufrido una hemorragia han asistido en más de una ocasión a urgencias. Los pacientes en tto con ACOD tienen una media de edad de 80,19 años.
El 1,5% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca ha sufrido un episodio de ICTUS en el último año pese a estar en tratamiento.
A pesar que 67% de los pacientes en tratamiento con aVK se controlan en AP,eL autocontrol de estos pacientes en estos momentos sólo se puede realizar a través de AE.
La dosificación y seguimiento de pacientes en tratamiento con aVK en AP se realiza a través de OMI
El 43% de los pacientes en tratamientos con ACOD en el Sector de Huesca no están bien asociados al episodio correcto de OMI.
No se dispone de información de seguimiento de los pacientes en tratamiento con ACOD (FG, Adherencia,…)
Mejorar la autonomía y la calidad de vida de pacientes en tratamiento con aVK ofertando el autocontrol, garantizando la equidad y los 3 modelos de control en el Sector de Huesca.
Garantizar la comunicación de los datos del paciente AP-AE a través de un sistema informático común, que mejore además el cálculo de dosificación farmacológico.
Garantizar la seguridad del paciente anticoagulado, en tres niveles: indicación, seguimiento y resultados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer el tipo de tratamiento que llevan los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca.

Conocer las complicaciones hemorrágicas asociadas al tratamiento con ACOD

Conocer los episodios de ICTUS o accidente cerebro vascular en los pacientes tratados con ACOD

Implantar el autocontrol del paciente anticoagulado con aVK en Atención Primaria.

Mejorar el registro de la indicación de tratamiento con ACOD en OMI

Disponer de información para el seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD (FG)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados

Inclusión del autocontrol

Formación a los profesionales en TAONet

Formación a los profesionales en gestión de autocontrol

Formación a los profesionales en ACOD
Instalación de TAONET

Evaluación de resultados

Proyecto: 2018_0024 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes en tratamiento con antocoagulantes orales.
Nºde pacientes en tratamiento anticoagulante con ACOD/ Total de pacientes anticoagulados (en %)
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de hemorragia mayor o menor con asistencia a urgencias Hospitalarias/ Total pacientes con ACOD (en %)
Nº pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de ICTUS o accidente cerebrovascular con asistencia a urgencias Hospitalarias / Total pacientes con ACOD (en %)
Nº de EAP del Sector de Huesca con consulta monografica de autocontrol del TAO
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV/ICTUS)/ Total pacientes con ACOD (en %)
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD con al menos un FG registrado en OMI en el último año/ Total de pacientes con ACOD (en %)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados
DAP PRIMER TRIMESTRE

Inclusión del autocontrol ABRIL EAP

Formación a los profesionales primer semestre 2018

Instalación TAONET mayo 2018

Evaluación de resultados Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0025 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN LORENTE SARA. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· ALLER BLANCO ANA. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· ELFAU MAIRAL MARIA. FARMACEUTICO/A. DAP HUESCA. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· CEREZUELA SAMPER CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP HUESCA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CALVO GASCON ANA MARIA. ENFERMERO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde el 27% al 70% de las consultas de Atención Primaria se relacionan con la dispepsia como motivo de consulta.

El 75% de los Test de HP solicitados desde AP se hacen desde los CS urbanos de Huesca capital. Abarcando un 50% de la población del Sector.

En el último año se han solicitado un total de 1880 test de Helicobacter Pilory desde AP, a través de OMI.

No es posible la realización del test de diagnóstico del H.Pilory en las consultas de AP, derivando al paciente al HSJ con la consiguiente pérdida de tiempo y desplazamiento del mismo

Dentro del proceso de la transmisión de resultados del Test de HP, existen lagunas conflictivas en las que el resultado puede no transmitirse al profesional sanitario

No existe capacidad de extracción de datos de resultado del Test de H.Pilory en Huesca puesto que como el test se realiza fuera de laboratorio, la solicitud se realiza en un volante de interconsulta que no registra a través de DGP.
No existe un protocolo unificado de tratamiento de la dispepsia y de realización de Test de aliento de HP en el Sector de Huesca entre AP y AE

La realización del test en AE únicamente implica una derivación al Servicio de Digestivo en los primeros pasos de diagnóstico del proceso de Dispepsia.

El coste del Test (aprox. 20€), hace necesaria una herramienta o protocolo de monitorización de la realización del Test unificada para poder evaluar los resultados del mismo y proveer de una formación en el proceso para el profesional sanitario basado en la evidencia científica y el consenso entre AP y AE del Sector.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS
Mejorar la variabilidad en el acceso a los tests de HP de la población del Sector

Implantar la realización del tests de HP en las consultas de AP
Mejorar la transmisión vía telemática de los resultados de los tests de HP desde AE .

Establecer criterios de consenso AP-AE para el tratamiento de la dispepsia, diagnóstico y erradicación de HP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de protocolo del Sector

Compra de test HP desde Farmacia AP

Formación en realización test HP

Formación enfermería ICV

Formación en protocolo dispepsia y errad HP

Creación buzón ICV Test HP en HCE

Evaluación desarrollo

Proyecto: 2018_0025 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de tests HP realizados en CS rurales/ Total tests HP realizados (en %)

Número total tests HP realizados en AP

Número de EAP que incorporan la realización del test de HP

Comunicación de resultados de test vía telemática

Existencia de protocolo unificado AP-AE tratamiento
dispepsia/diagnóstico y erradicación HP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realización de protocolo del Sector Primer trimestre AP_AE
Compra de test HP desde Farmacia AP Enero 2018
Formación en realización test HP hasta mayo del 218 DAP
Formación enfermería ICV marzo abril 2018 AP_AE
Formación en protocolo dispepsia y errad HP Abril Agosto DAP AE
Creación buzón ICV Test HP en HCE SSCC enro 2018
Evaluación desarrollo Diciembre DAP

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0336 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELDUQUE PALOMO AMADEO. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN LORENTE SARA. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· ALLER BLANCO ANA. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· ELFAU MAIRAL MARIA. FARMACEUTICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· SERAL SOLANAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CONSULTAS EXTERNAS
· BARRAGON ANGULO AMAYA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Existen 286 pacientes con diagnóstico de DM tipo 1 aproximadamente en el Sector de Huesca, el 11% (31) con calculador de bolo y el 7% con bomba de insulina
Los recursos necesarios para el control de su DM 1 se proporcionan desde AE
Hay pacientes DM tipo 2 en tratamiento con ADO no hipoglucemiante o hipoglucemiante, pero fuera de sistuación de inestabilidad, con glucómetros
Control glucémico en cosulta programada de enfermería a pacientes DM tipo2
Falta de continuidad clínica y de cuidados de los pacienes DM tipo 1

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Identificar pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermeria del EAP de referencia
Suministrar el material de los pacientes DMtipo1 desde los EAP
Conocer los pacientes con DM tipo 2 con ADO y sin insulina que utilizan glucómetro.
Potenciar la educación grupal y comunitaria a pacientes diabéticos tipo 2

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar protocolo del Sector
Suministro del material en la consulta de AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud.
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias
Evaluar resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermeria del EAP de referencia/ Nº de pacientes con DM tipo1 (en %) 90%
Número de EAP que suministran el material necesario a estos pacientes. 10 centros
Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina que utilizan glucómetro/Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina (en %) Mejorar en un 20% el valor inicial
Número de EAP con educación grupal o actividad comunitaria en pacientes diabéticos tipo 2. 7 centros

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realizar protocolo del Sector AP/AE marzo 2018
Suministro del material en la consulta de AP Abril 2018 AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud. AP abril 2018
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias AP mayo 2018
Evaluar resultados DAP diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_1033 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

2. RESPONSABLE ..... DESIREE MOREU MAZA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COARASA ALMENARA LORENA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· ALEGRE GUERRA BEATRIZ. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· FAU MARTINEZ JUANA MARIA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La apatía, la abulia, la inactividad física y la institucionalización (con la falta de estimulación que conlleva), son elementos muy presentes en muchos pacientes con trastorno mental grave, que condicionan de manera muy negativa su día a día.

Dentro de la rehabilitación en pacientes con Trastorno Mental Grave es imprescindible potenciar las capacidades conservadas para favorecer su autonomía. Dentro del campo del ocio hay que destacar la actualidad, atractivo y gran difusión de los videojuegos Las novedades tecnológicas aplicadas a la videoconsola, como la Nintendo Wii, proporcionan nuevas formas de jugar en las que se pueden mejorar y entrenar habilidades motoras en un contexto motivador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son mejorar la coordinación, movilidad y resistencia, mejorar las capacidades cognitivas como son la atención, memoria, fluidez verbal, poner en contacto tanto a jóvenes como a mayores con las nuevas tecnologías de una manera lúdica favoreciendo la adherencia a la actividad.

Población diana: usuarios ingresados en la Unidad de Larga Estancia del CRP Santo Cristo de los Milagros en los que se observa apatía y desinterés por las actividades del centro, sin límite de edad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Programa de estimulación cognitiva, física y sensorial mediante la utilización de la videoconsola Nintendo Wii y los juegos Wii Sports y Brain Games.
La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 2-3 veces a la semana en sesiones de 60 minutos.
Cada sesión estará dirigida por el equipo de terapia ocupacional/enfermería, con una valoración inicial por parte de la terapeuta ocupacional del centro.
La actividad se realizará a través de estos videojuegos que permitirán trabajar los aspectos que más interesen en cada usuario (actividad física, atención, coordinación óculo-manual, ritmo, equilibrio...).
El número de usuarios será de 6-8 por sesión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador de seguimiento: adherencia al taller. Evaluación a los 6 y 12 meses.
Indicador de mejoría: puntuaciones de los juegos al inicio y final del taller. Evaluación a los 6 y 12 meses.
Indicador de mejoría: puntuación en el test MOCA al inicio y final del taller.
Indicador de grado de satisfacción: evaluación al finalizar el programa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en Junio 2018.
Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

9. OBSERVACIONES.
Se ha habilitado una estancia del centro para la realización de esta actividad con una ambientación y decorado atractivas que favorezcan un clima agradable y distendido.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1076 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

2. RESPONSABLE ..... MARIA NIEVES BAENA JIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUERRI LLES YOLANDA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La OMS define la adherencia a un tratamiento cómo el seguimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo indicado. Además, incluye acudir a las citas previstas con el personal sanitario, desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.
En el caso de las personas con trastorno mental grave, la falta de adherencia terapéutica se produce con más frecuencia que en otro tipo de enfermedades crónicas. Ésto se debe, entre otras cosas, a la falta de conciencia de enfermedad, a los efectos adversos de la medicacion, olvidos de la toma,a la falta de alianza terapéutica, etc.
Dentro de la rehabilitación de las personas con TMG es imprescindible mejorar y potenciar dicha adherencia, dado que es indispensable para mantener la estabilidad y prevenir recaídas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos que se pretenden conseguir con este programa son:

Mejorar adherencia al tratamiento.
Prevenir recaídas y descompensación psicopatológica.
Aumentar conocimientos sobre los psicofármacos, efectos de éstos y signos/síntomas precoces de recaídas.
Facilitar estrategias para conseguir la preparación y toma aútonoma de la medicación.
Valorar implicación y adherencia en los permisos durante el ingreso en la unidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desarrollar un programa específico de adherencia al tratamiento, basado en sesiones semanales (martes) de una hora de duración aproximadamente dirigidas por una Enfermera Especialista en Salud Mental y un coterapeuta.
Los materiales necesarios serán: pizarra, rotuladores, power point del programa, proyector y pc.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Desarrollo de las sesiones que conforman el programa.
Implementación del programa de adherencia al tratamiento dentro de la agenda de actividades de UME.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio : abril 2018
Desarrollo de las sesiones: hasta Octubre 2018
Implementación del programa: a partir de Noviembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1094 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PLANO VIDOSA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LANAO MARTIN ADOLFO. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· ARTERO GUILLEN BELEN. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
· MATA TORNIL ELENA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
· BERNAD BETORE GLORIA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el CRP Santo Cristo de los Milagros llevamos trabajando durante estos últimos años con nuevas estrategias con el objetivo de despertar la motivación de nuestros usuarios, siempre desde óptica de la recuperación, lo que nos permite rescatar la parte sana de las personas y alejarnos de la enfermedad.

Nuestros usuarios se caracterizan por presentan déficits en el desarrollo de sus capacidades funcionales que afectan a diversos aspectos de su vida. Su conducta se caracteriza por retraimiento social, abandono de responsabilidades y del autocuidado personal e incapacidad laboral.
En la actualidad vemos la oportunidad de complementar dicho proyecto rehabilitador con un módulo educativo en el que se impartirán conocimientos higienico-dietéticos, talleres prácticos y entrenamiento en la comunidad para trabajar:
1. La educación para la salud: como parte inherente a todas las acciones de salud, con la intención de adquirir conocimientos y conductas favorables hacia su salud, modificando aquellas que resulten nocivas.
2. Las habilidades sociales en personas con TMG: aumentando su capacidad de competencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
A QUIEN VA DIRIGIDO:
Usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros con Trastorno Mental Grave

OBJETIVO GENERAL:
Trabajar la recuperación del paciente con TMG: la salud física y mental impartiendo conocimientos de autocuidado personal. Ésto incluye hábitos de alimentación, autocuidado y las habilidades sociales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Disminución de comportamientos de riesgo como consumo excesivo de alcohol, tabaco y otras drogas y dieta inadecuada.
Aprendizaje de conocimientos básicos culinarios
Adquisición de conocimientos: Aprender a alimentarnos
Trabajar la resistencia al cambio de hábitos
Trabajar las habilidades sociales: comportamiento social adecuado, normas de convivencia, comportamiento en la mesa.
Adquirir habilidades instrumentales: manejo del dinero, realizar compras de alimentos, gestión de economía doméstica.
Desarrollar habilidades sociales de convivencia: valores de trabajo en equipo, comunicación activa,
Adquirir compromiso con la tarea, autocontrol y disciplina.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
METODOLOGÍA
Modelo comportamental-educativo:
Permite la integración de contenidos de información y de habilidades y señala la importancia de que las adquisiciones de las conductas saludables se realicen de forma natural, integradas en el proceso educativo.
Utilizaremos básicamente dos estrategias de intervención:
1. La educación para salud
2. Aprendizaje de habilidades sociales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Cuestionario del grado de satisfacción con el programa
2. Grado de adherencia y cumplimiento
3. Memoria del programa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto)
Se programarán los módulos teóricos (1 semanal)
Historia de la cocina
Materias primas
Utensilios de cocina

Proyecto: 2018_1094 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

Alimentación saludable
Nutrición
Métodos básicos de cocinado
Reciclaje
Alérgenos, cocina sin gluten
Salud e higiene mental
Cuidado de la salud personal
Economía doméstica

Clases y talleres prácticos: (1 semanal)
Los sentidos: aromaterapia
Taller de cocina
Entrenamientos: Un día de mesa y mantel
Habilidades sociales: normas sociales en la mesa
Presentaciones/decoración mesa
Taller de expresión de los sentidos y las emociones

Entrenamiento en la comunidad:
Colaboraciones con sector hostelería
Talleres con profesionales del mundo de la cocina
Entrenamiento de AVDs instrumentales: compras de alimentos, manejo del dinero, comportamiento social en la comunidad.
Comida de hermandad

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1221 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

2. RESPONSABLE ..... ADOLFO LANAO MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUMANAL LACAMBRA CARMEN. TCAE. H SAN JORGE. QUIROFANOS
· LALANA CUENCA JOSE MANUEL. PSIQUIATRA. CS PIRINEOS. PSIQUIATRIA
· ARTERO GUILLEN BELEN. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
· PLANO VIDOSA MARIA PILAR. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· ELBOJ SASO MARTA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· VELDUQUE BALLARIN ARACELI. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora “Creación de un taller de escrituro-terapia como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación de ULE y PSICOGERIATRÍA, desarrollado en este centro desde el año 2015.

Debido a los grandes logros obtenidos durante estos tres años, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en las vidas de los pacientes, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida.

Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, teniendo en cuenta que el lugar adecuado para el tratamiento debe ser en el entorno social del usuario, pondremos nuestro objetivo el la comunidad, para que la intervención sea normalizadora.

La integración en la comunidad de una persona con una enfermedad mental supone uno de los mejores respaldos para su buena evolución clínica, impulsando la recuperación de su proyecto vital y la integración social, evitando así las consecuencias del estigma; rechazo, marginación y exclusión social.

La herramienta utilizada para este fin será la divulgación del libro de cocina Apetito Común escrito por los pacientes del CRP. Se programarán diferentes actividades e intervenciones comunitarias que permitan hacernos visibles exportando nuestro trabajo a la sociedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo general:
Articular intervenciones comunitarias con pacientes con TMG, a través de la divulgación del proyecto Apetito Común, trabajando la integración en la comunidad y la erradicación del estigma y la discriminación social.

Objetivos específicos:
Posibilitar el descubrimiento de estas prácticas como recurso rehabilitador
Participación activa de la comunidad
Asegurar el derecho de ciudadanía.
Transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios
Generar habilidades de adaptación para responder a las demandas de la vida comunitaria, que deben ser aprendidas “in situ”
Lograr el reconocimiento social, familiar y del entorno.
Aprender habilidades sociales
Contribuir al desarrollo de la sensibilización social con relación al colectivo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo del CRP. Si se considera preciso, creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos
2. Búsqueda de espacios comunitarios para la presentación del proyecto
Presentación del proyecto en espacios normalizados:
Feria del libro de Barbastro
Feria del libro de Huesca
Mercado Medieval de Asapme
Presentación en la librería Cálamo en Zaragoza
3. Contactar con diversos recursos de la ciudadanía: otros profesionales del mundo de la literatura, cocineros..
4. Búsqueda del apoyo de otros organismos vinculados a los servicios de Salud Mental.
5. Sesiones educativas de habilidades sociales
6. Crear espacios de encuentro con otros profesionales y pacientes de la red de salud mental

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

Proyecto: 2018_1221 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

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

2. Escala Virtuales de Satisfacción (por parte de los usuarios)al inicio y al término del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se realizará entre el año 2018, el cronograma se divide en varias fases con distintas actividades.

1ª FASE DE ENERO A JUNIO DE 2018:
1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes: escala de satisfacción
2. Reunión quincenal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado para marcar los objetivos, planificar la tarea
3. Búsqueda de espacios normalizados para la presentación del proyecto y realización de los trámites burocráticos.
4. Talleres prácticos de habilidades sociales.
5. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora
6. Dos sesiones de encuentro y convivencia con profesionales/usuarios de la red de salud mental
7. Inicio de la presentación de proyecto en espacios comunitarios (feria del libro...)

2ª FASE DE DE 2018:
1. Reunión quincenal 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea.
2. Talleres prácticos de habilidades sociales, entrenamiento “in situ”
3. Continuación de la presentación del proyecto por parte de los usuarios en espacios comunitarios (mercado medieval, librería Zaragoza..)
4. Dos sesiones de encuentro y convivencia con profesionales/usuarios de la red de salud mental
5. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en diciembre 2018 por parte del responsables del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1223 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BIARGE RUIZ ARTURO. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ENFERMERIA
· GRACIA BERCERO CONCEPCION. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· ABARCA GRASA ANA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· VAL LOPEZ ROSARIO. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· FELIPE LANUZA GENMA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento, mejora la satisfacción y los resultados en salud.

En los estudios referentes a este tema sigue quedando patente que el ambiente terapéutico es un concepto complejo, compuesto por diferentes dimensiones, relacionadas con recursos físicos, humanos y organizativos. Además, está estrechamente relacionado con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas,la familia y los profesionales, y, también, con los episodios de contención mecánica.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Plan de Salud Mental en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de la recuperación.

Por ello, se propone revisar el ambiente terapéutico del CRP en toda su complejidad y elaborar planes de mejora en las unidades, una tarea ambiciosa que pretende iniciar una línea de trabajo y que necesita el compromiso de profesionales, pacientes, familiares y gestores pero también una planificación y ejecución de intervenciones específicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
5. OBJETIVOS DEL PROYECTO
Objetivos general:
Mejorar el ambiente terapéutico del CRP Santo Cristo de los Milagros para garantizar la humanización de la atención y favorecer el proceso de recuperación.
Objetivos específicos:
1. Analizar la situación actual sobre a dinámica de funcionamiento de las unidades.
2. Explicitar normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
3. Favorecer el desarrollo de actitudes positivas y de espacios saludables
4. Reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad
5. Dar a conocer a todo el equipo los contenidos de las actividades, para fomentar el apoyo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Estudio del grupo de trabajo sobre las dimensiones del ambiente terapéutico en las unidades del CRP:
El espacio físico
La dinámica de funcionamiento
El ambiente relacional

Una vez realizado el análisis de cada una de las dimensiones se harán recomendaciones, basadas en la evidencia disponible y adaptadas a nuestro entorno. Una vez consensuadas se plasmarán en un documento que debe contener:

Actualización de las guías de funcionamiento, en las que se debe explicitar las normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.

Se hará el seguimiento de las actividades acordadas y la implantación de nuevas actividades y se plantearán las incidencias relacionadas con las infraestructuras.
En el modelo de unidad de Gestión Clínica, la coordinación/supervisión de la unidad o dispositivo mantendrá reuniones periódicas con la Dirección del Centro y la Coordinación de Cuidados de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR:
Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.
ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO

INDICADOR:
Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados
ESTÁNDAR: 4 reuniones/año

Proyecto: 2018_1223 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto).
1ª FASE DE ENERO A JUNIO DE 2018:
1. Evaluación previa sobre las dimensiones del espacio terapéutico
2. Reunión quincenal del equipo de mejora para consensuar los datos y la explicitación de las normas de funcionamiento de la unidad/dispositivos.
3. Planificación de las tareas y actividades dirigidos a las situaciones clínicas frecuentes
2ª FASE DE DE 2018:
1. Reunión quincenal del equipo de mejora.
2. Realización del documento con las recomendaciones de mejora y su difusión
3. Puesta en marcha de las actividades teniendo en cuenta las modificaciones estructurales y las necesidades de recursos humanos.
4. Continuidad asistencial interna: a través de reuniones establecidas por la unidad y la dirección del centro
5. Evaluación del proyecto en diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1224 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

2. RESPONSABLE ..... IOVANNA RODRIGUEZ CRESPO
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATA TORNIL ELENA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
· FUMANAL LACAMBRA CARMEN. TCAE. H SAN JORGE. QUIROFANOS
· LALANA CUENCA JOSE MANUEL. PSIQUIATRA. CS PIRINEOS. PSIQUIATRIA
· ALEGRE GUERRA BEATRIZ. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La salud mental o emocional es una parte muy importante de la salud general y fundamental en el ámbito de trabajo al que pertenece nuestro centro.

Las emociones, son un aspecto fundamental en el desarrollo de todo ser humano, es importante trabajarlas, ayudando a favorecer el desarrollo de las mismas, haciéndoles capaces de identificarlas, aceptarlas y poder llevarlas a la práctica

Por tanto, ya que nos encontramos en un centro de rehabilitación psicosocial, dónde se encuentran personas con problemas de salud mental de diversa índole, y que en su mayoría presentan dificultades en la identificación, comprensión y manejo emocional, se propone crear un rincón reflexivo, creativo y de escucha base de todo proceso emocional, con el objetivo de que sea solo un precedente, un inicio, de un rincón mágico y de apoyo emocional para el centro.

La finalidad de este proyecto es colaborar en la tarea de recuperación personal para el desarrollo de las capacidades emocionales de los participantes. La aplicación de este programa no debería quedarse como un hecho aislado o puntual, descontextualizado, sino todo lo contrario, debería aplicarse como un programa integrado dentro de nuestro programa rehabilitador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
A QUIEN VA DIRIGIDO:
Usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de los Milagros con Trastorno Mental Grave

OBJETIVOS GENERALES:
Crear un espacio físico y visual del mundo emocional, un “Rincón Emocional” que ayude a conocer las emociones humanas de manera que permitan conseguir mejores niveles de desarrollo personal y social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Tomar conciencia del propio estado emocional.
Participar activamente en el proceso grupal, con actitud cooperativa, dialogante, constructiva y sin juicios.
Tomar conciencia de la importancia de las emociones en nuestra vida diaria y de lo mucho que nos unen a la especie humana (emociones universales).
Favorecer la empatía a través de la comprensión de las emociones de los demás.
Crear un espacio de escucha y comprensión que favorezca la interacción, aprendizaje y continuidad del taller.
Potenciar el desarrollo de la capacidad creativa y trabajo manual y artístico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ESTRUCTURA Y CONTENIDOS DEL PROGRAMA:
Se propone una ficha técnica de cada sesión para responder a un guión conocido y consensuado aunque siempre será flexible y dispuesto a las modificaciones oportunas, fruto de las necesidades percibidas a lo largo de las sesiones tanto por los participantes como por los profesionales encargados de guiar la actividad.

METODOLOGÍA ACTIVA: el usuario es el protagonista del proceso de aprendizaje de las emociones y el objetivo fundamental es mantener activa la mente de los pacientes tratando de hacerle analizar y observar las situaciones que se le presentan, conectando con su “yo” interno.

Se partirá de un enfoque constructivista, utilizando una metodología globalizada y activa para llevar a cabo un aprendizaje emocional significativo y funcional en cualquier contexto y situación. Las actividades se realizarán en grupo, aunque algunas prácticas se trabajen individualmente.
Cada actividad se indicará el procedimiento de su desarrollo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Cuestionario de evaluación de cada sesión
- Encuesta de satisfacción a los participantes del taller al finalizar el programa
- Grado de cumplimiento y de adherencia a la actividad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un

Proyecto: 2018_1224 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

descanso los meses de verano (julio/agosto)

DESARROLLO DEL PROGRAMA:
El programa se desarrollará en 20 sesiones de 50 minutos aproximadamente cada una, con una frecuencia quincenal y una participación óptima recomendable de 15 a 20 personas, que serán guiadas durante la actividad por dos profesionales sanitarios.

El grupo participante será elegido por el equipo multidisciplinar siguiendo los criterios del plan individual de rehabilitación (PIR)
Se trata de un proyecto piloto y de su repercusión, desarrollo, satisfacción y evaluación dependerá su continuidad.
Tendrá un enfoque basado en el positivismo, la creatividad, participación grupal, la libertad de expresión y la flexibilidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1391 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTALCONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD ENFERMERA

2. RESPONSABLE ..... ARTURO BIARGE RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUERRI LLES YOLANDA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UME HUESCA
· GRACIA BERCERO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
· ELBOJ SASO MARTA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
· RIVARES MORCATE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UCE PSIQUIATRIA
· FUSTER RAMON BEGOÑA. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· CARRERO BACIGALUPE ITZIAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. TRABAJO SOCIAL
· COARASA ALMENARA LORENA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE PSICOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad, nos encontramos en una nueva fase de los procesos de la reforma psiquiátrica, en la que el objetivo de la misma no está dirigido a la anulación de estructuras arcaicas sino a fomentar la atención comunitaria y la coordinación entre los diferentes servicios y profesionales, favoreciendo la continuidad de la atención hacia esta población.
Este proceso debería estar centrado en la implantación y desarrollo de medidas que mejoren la calidad de vida de estos pacientes y sus familias, y en ofrecer una atención integral a los mismos, con el objeto de prevenir o disminuir las hospitalizaciones asegurando una Continuidad de los Cuidados (C.C.) que favorezca la integración en el medio.
La C.C. se centra en atender las necesidades de los usuarios, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, que requieren intervención de la asistencia sanitaria, sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales. Implica trabajar por procesos en un sistema cooperativo integrado por tres elementos esenciales: personas, entornos e información. A través de un modelo de comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales, se fijan unos objetivos específicos de cobertura, calidad, formación y evaluación, de acuerdo con las especificidades y prioridades de cada dispositivo.
Una característica básica que se atribuye a la continuidad de cuidados es la transversalidad, a partir de la cual los servicios asumirán como natural que en cualquier punto en el tratamiento de un paciente éste pueda recibir una variedad de servicios acorde a sus necesidades.
Estas aportaciones continuadas constituyen un elemento de integralidad que pueden cubrir distintas áreas:
1) Los programas terapéuticos deben ir encaminados a cubrir las necesidades holísticas de la persona (bio-psico-social), por ello los programas deben ser asumidos por un equipo terapéutico multidisciplinar.
2) La complejidad de los programas requieren una diversidad de servicios que posibiliten la creación de un clima de trabajo dinámico.
3) Consideramos las funciones de soporte y acompañamiento como parte fundamental para realizar la Continuidad de Cuidados.
Entre las distintas redes que interatuación se incluye a profesionales, usuarios, familiares y otros grupos sociales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO GENERALES
Constituir un marco de referencia para contribuir a mejorar y desarrollar la Continuidad de Cuidados en Salud Mental, basado en la coordinación como principal instrumento de trabajo en su vertiente tanto organizativa como asistencial.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Diseñar los programas específicos para la coordinación de los Cuidados de Salud Mental entre los diferentes dispositivos de Salud Mental, así como con Atención Especializada, Atención Primaria y otros servicios necesarios para la intervención con el usuario.
Generar el documento que unifique lo relativo a la creación, desarrollo, funcionamiento y evaluación del Programa de Continuidad de Cuidados en Salud Mental.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En Septiembre del 2017 se creó la Comisión de Continuidad de Cuidados donde se aprobó el Reglamento del funcionamiento interno de la Comisión, donde surgió el grupo de trabajo de expertos.
Durante el periodo de Septiembre 2017 a Febrero 2018 se han realizado 18 reuniones de coordinación con diferentes expertos de diferentes dispositivos de SM de las cuales ha resultado:
La elaboración del Programa de Continuidad de Cuidados
Se han realizado:
6 reuniones de la Comisión de Continuidad de Cuidados
18 reuniones del grupo de trabajo de expertos en SM
Creación de un libro de "Continuidad de Cuidados en la Comunidad Enfermera Gestora de Casos en Salud Mental".
ISBN-13 978-84-09-02788-0
Depósito legal : HU 95 - 2018

Proyecto: 2018_1391 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTALCONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD ENFERMERA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador-1: Pacientes psiquiátricos dependientes que reciben atención docmiciliaria.
Fórmula: Nº pacientes concriterios de inclusión
----------%
Pacientes con TMG candidatos
Indicador-2: reingresos hospitalarios
Fórmula: Nº de reingresos hospitalarios en el programa de CCC
---------- %
Nº de ingresos hospitalarios totales
Indicador-3: Pacientes psiquiátricos atendidos en urgencias psiq.
Fórmula: : Nº de pacientes CCC atendidos urgencias psiquiátricas
---------- %
Nº de pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Aplicación del proyecto dentro de un equipo Asertivo Comunitario. Gestión de Casos Comunitarios en Septiembre 2018
(Vid documento a aportar con cronograma, actividades, edición del libro con protocolos...)

9. OBSERVACIONES.
la creación de la CC en la Comunidad estaban dentro del CGP del CRP de Huesca 2017, con el nº de indicador 1.4. Procesos de Enfermería, concretamente el 1.4.3.
Se pretende incluirlo dentro de los objetivos estratégicos del Departamento, CP del 2018, por lo que se está elaborando un EAC Gestión de Casos del Sector.
Enfermería debería ser la que lidera dichas acciones de Cuidados de Continuidad de Cuidados Comunitarios dentro de un equipo multiprofesional y Coordinado por la figura de un Facultativo Psiquiatra.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastorno Mental Grave
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1082 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL MORCILLO GRANADO
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOREU MAZA DESIREE. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· VAL LOPEZ ROSARIO. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· ABARCA GRASA ANA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· ESPAÑOL ROSEL BEATRIZ. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· GOMEZ MORATE ESPERANZA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· CORDERO GONZALEZ AURELIA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· SANZ SANZ HELENA. PSICOLOGO/A CLINICO. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Este proyecto de mejora viene a ser la continuidad del proyecto de mejora "Creación de un taller preocupacional como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación del CRP de los Milagros desarrollado en este centrodesde el 2015.
La actividad productiva sirve por si misma como elemento organizador de la vida cotidiana, como estímulo al desarrollo cognitivo y como vehículo de relaciones sociales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la actividad productiva ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y que ha servido para fortalecer la autoestima, la adquisición del rol de trabajador, mejorar las habilidades y su calidad de vida.
Todos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto para mantener los objetivos e incorporar a nuevos participantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesiones formativas, relacionados con la adquisición de habilidades para la elaboración de productos y realización de trabajos
Actividades productivas, en función de las demandas y de las capacidades de las personas (abalorios, fieltros, madera....)
Gestión y exposición de los productos en la comunidad (Hospital Provincial, Hospital San Jorge)
Colaboración con otras entidades, experiencias similares en otros dispositivos de Salud Mental
Reconocimiento al esfuerzo, les permitirá sentirse miembros activos y valorados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Grado de cumplimiento:
cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas/Nº de reuniones previstas x 100
Nº de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan
2- Escala Virtuales de Satisfacción (usuarios) al principio y termino del proyecto
3- Existencia del producto artesanal y presentación en la comunidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1ª FASE DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2018.
Evaluación previa, trabajo con pacientes 1 sesión /semana, reuniones mensuales del equipo, elaboración de los productos y 1ª presentación en comunidad para San Lorenzo. En septiembre evaluación de resultados hasta el momento.
2ª FASE DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2018:
Se mantiene igual, excepto que la producción ira encaminada a las fiestas de Navidad.
3ª FASE DE ENERO A MAYO DE 2019:
Se continuara igual con producción especifica según fechas señaladas. Y se pasara encuesta satisfacción/expectativas. Evaluación final y memoria.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1082 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0746 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

2. RESPONSABLE ..... JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOBO ESCOLAR ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· LACALLE AICUA LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PANIEGO LOPEZ ANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. REHABILITACION
· UBIS DIEZ ELENA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· PERALTA GASCON ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UVSS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La fractura de cadera es un proceso que genera un elevado consumo de recursos y en el que se ven implicados un numero importante de profesionales de distintos servicios, por lo que debe existir una correcta coordinación para conseguir resultados eficientes. Con este fin se elaboro en el año 2011 un documento titulado “Recomendaciones en fractura de cadera”, que con el paso de los años precisa una revisión profunda. En estos años transcurridos se han producido cambios significativos en la terapia anticoagulante con aparición de nuevos fármacos con acción distinta a los antivitamina K clásicos. Así mismo en estos años se ha producido una significativa remodelación en los servicios implicados en la atención al proceso de fractura de cadera.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir la variabilidad existente en la atención de la fractura de cadera.

Actualizar el documento previo de "Recomendaciones en fractura de cadera".

Mejorar la coordinación entre los diversos servicios participantes en el proceso de fractura de cadera, mejorando los resultados clínicos, con una correcta adecuación de los recursos existentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión del documento actual "Recomendaciones en fractura de cadera", aportación por cada uno de los profesionales implicados las modificaciones que se consideren oportunas. Reuniones para consensuar los cambios propuestos. Se estiman dos reuniones presenciales, ademas del intercambio de correos electrónicos. Reunión de presentación a los servicios afectados del documento una vez finalizado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización del documento

Porcentaje de pacientes con una estancia prequirúrgica menor de 2 días

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión del documento anterior, mayo 2018

Aportación cambios, junio 2018

Consensuar cambios, julio y agosto 2018

Presentación documento, ultimo trimestre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0797 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SANCHEZ LECINA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUILEZ PINA RAQUEL MARIA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· DOZ SAURA NIEVES. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· NARVION CARRIQUIRI ADRIANA. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· SOLER FRIAS CATERINA. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· ORTAS SOLER MARIA CRUZ. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· OTAL PUEYO ELENA. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El ictus es la primera causa de discapacidad en el mundo. Su incidencia en Aragón esta en torno al 7% en los mayores de 65 años. La repercusión en las personas es bastante llamativa, dado que la mayoría de los supervivientes sufren alguna incapacidad, que les dificulta su vida diaria. La nueva ocupación de cuidador implica una carga emocional y física que puede alterar su rutina y afectar a múltiples niveles.
Desde Hospital de Día Geriatría (HdG) trabajamos en la fase subaguda donde puede existir una mejoría a medio-largo plazo, gracias a la reorganización cerebral que puede ser modulada por técnicas de rehabilitación a través de la plasticidad cerebral. Y una vez estabilizado el cuadro valoramos la adaptación del entorno a las funciones conservadas para dar al paciente la mayor independencia posible disminuyendo la posibilidad de institucionalización, minimizando las complicaciones y con ello disminuyendo el coste sanitario global.
Este proyecto pretende generalizar el tratamiento que se realiza en HdG al entorno del paciente para ello se realizara una guía informativa para familiares y pacientes que les ayude a entender mejor el proceso y a ayudar en la recuperación funcional y cognitiva de la persona. Sin duda no son recetas únicas que se puedan emplear del mismo modo en todas las personas que hayan sufrido un ictus y con cada paciente será necesario una evaluación individualizada de su situación y una entrevista para explicar de manera adecuada las particularidades de su proceso concreto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO:
El objetivo es dar una guía que ayude al paciente y su familia en la integración óptima dentro de su entorno habitual, con el mayor grado de autonomía posible.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Evitar conductas, movimientos, “vicios” que puedan perjudicar la recuperación funcional del paciente
Educar a los familiares en la asistencia y ejecución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria del paciente recién dado de alta hospitalaria y que se encuentra en tratamiento de recuperación funcional en Hospital de Día de Geriatría
Disminuir la ansiedad de cuidadores y pacientes mejorando sus condiciones de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Crear un tríptico que contenga breves indicaciones para estimulación y posicionamiento de hemicuerpo pléjico a través de imágenes e instrucciones escritas, y un Manual con consideraciones dentro del hogar para la seguridad y bienestar del familiar afectado.
El tríptico será entregado y explicado en las primeras sesiones al paciente
Mantener entrevista con familiares para informar sobre realización de higiene, alimentación, vestuario, movilización, traslados y las ayudas técnicas que precisará.
Mostrar el uso de ayudas técnicas y ofrecer información de como obtenerlas.
Entrenar a los pacientes en actividades de vida diaria de forma segura para evitar lesiones y mejorar la independencia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes con ictus que acuden a HdG a los que se les ofrece la guía (90%)
% de familiares con ictus que acuden a HdG a los que se les ofrece la guía (90%)
% de entornos adaptados a la nueva situación (50%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo-Agosto: Creación de guía para la recuperación de los pacientes con ictus
Agosto: Diseño de un registro de intervenciones del equipo de HdG
Septiembre-Diciembre: Puesta en practica de la guía

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos

Proyecto: 2018_0797 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0799 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HDG)

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ LECINA CRISTINA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· DOZ SAURA NIEVES. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· NARVION CARRIQUIRI ADRIANA. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· SOLER FRIAS CATERINA. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· OTAL PUEYO ELENA. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· ORTAS SOLER MARIA CRUZ. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La sarcopenia es la pérdida de masa muscular esquelética por envejecimiento y contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano. En su etiopatogenia se incluyen diversos mecanismos tanto intrínsecos del propio músculo como cambios del sistema nervioso central, además de factores hormonales y de estilo de vida. La sarcopenia está directamente relacionada con la fragilidad y tiene implicaciones etiopatogénicas en la obesidad, la resistencia a la insulina y la inflamación. De todas las alternativas terapéuticas, sólo el ejercicio físico multicomponente ha demostrado eficacia en incrementar la masa muscular esquelética, combinado o no con suplementación nutricional o con vitamina D.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducción de la morbimortalidad asociada a la sarcopenia mejorando el pronóstico y la supervivencia
Promover la participación activa de familiares/cuidadores
Capacitar a los pacientes para mantener una alimentación saludable y realización de ejercicio físico multicomponente como parte de su actividad habitual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Población diana: Pacientes que acuden a recuperación funcional a Hospital de Día de Geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Realización de valoración geriátrica integral
Realización de bioimpedanciometria a los pacientes no portadores de prótesis metálicas ni marcapasos
Realización de medidas antropométricas (IMC, pliegues tricipital y subescapular, perímetro pantorrilla y brazo)
Medición de fuera por dinamometría de mano dominante
Realización de escala Tinetti para valoración de marcha y equilibrio
Realización de escala SPPB
Realización de test cognitivos (MEC, Pfeiffer)
Medición situación funcional (Barthel)
Realización de test MNA para valoración de situación nutricional y clasificación en pacientes normonutridos, en riesgo y malnutridos
Adecuación farmacológica de los pacientes ancianos
Entrega de guía ejercicios físicos adecuados a la situación del paciente, basados en patología y SPPB, que serán similares a los realizados por el paciente durante su estancia en HDG para que los realice de manera ambulatoria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes a los que se les entrega guía de ejercicios del total de pacientes con sarcopenia (85%)
% de pacientes en los que aparece el diagnóstico de sarcopenia
% de pacientes a los que se les realizan todos los test (Tinetti, MNA, MEC, Pfeiffer, dinamometría, SPPB, Barthel) (80%)
% de pacientes que no tienen contraindicación para realización de bioimpedanciometria y se les realiza (75%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión bibliografía mayo 2018
Realización de guía ejercicios multicomponente adaptados a distintos SPPB junio-agosto 2018
Inclusión de estos test en la evaluación al ingreso de los pacientes que acuden a HDG a partir de septiembre 2018 de forma indefinida
Puesta en marcha de un programa de ejercicios multicomponente que se les entregara a los pacientes que acudan a HDG desde septiembre 2018 de forma indefinida

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0799 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HDG)

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0261 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL PUEYO MOY
· Profesión ..... INFORMATICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JARAMILLO GONZALEZ ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· ESCARIO MUR MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· CALVO PARDO AURORA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama de la Provincia Huesca ha contado con dos personas durante 15 años para realizar las tareas administrativas. Por circunstancias ajenas al Programa, desde septiembre de 2017 se ocupa de todas las tareas una auxiliar administrativa.
Las tareas han cambiado a lo largo de estos años, eliminando el archivo físico que constituía una parte importante del trabajo. Por otra parte se han incorporado tareas nuevas más especializadas derivadas de la digitalización de las imágenes como el volcado de imágenes al PACS desde un disco duro extraíble donde se han almacenado las imágenes obtenidas en la Unidad Móvil de Mamografías.
Una de las tareas que más tiempo requiere es la atención telefónica. Con una sola persona para dos líneas telefónicas no se puede dar una atención de calidad y se dificulta la accesibilidad al Programa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General: Mejorar la calidad asistencial en el PDPCM
Específicos:
Mejorar la accesibilidad de las usuarias al Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama
Aumentar la satisfacción de las usuarias con el PDPCM

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acceso al Programa informático desde la administración del Hospital (Edificio Anexo), para que tenga acceso otra profesional que desarrolla habitualmente su trabajo en administración
Creado un gmail para utilizar el “drive”, compartiendo un calendario donde se registran los huecos de citación y poderlos ocupar por usuarias que llaman por teléfono.
La comunicación es en tiempo real entre las dos profesionales y en ningún momento se utilizan datos de carácter personal
Al recepcionar las llamadas se realizará y se registrará una Pregunta encuesta: ¿Es la primera vez que nos llama? ¿Cuántas veces lo ha intentado? (1, 2, >2)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de usuarias que han contactado telefónicamente al primer intento
-% de usuarias que han contactado telefónicamente al 2º intento
- % usuarias que han contactado telefónicamente con más de 2 intentos
- % reclamaciones (escritas, presenciales o telefónicas) por dificultades en el acceso / total de reclamaciones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ABRIL 2018:
- Instalación de PPCM en ordenador de administración
- Desvió de llamadas a administración
OCTUBRE 2018:
- Análisis de los primeros datos y valoración de la mejora
DICIEMBRE 2018
- Análisis final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Actividades preventivas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

Proyecto: 2018_0261 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0927 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MONICA GARCIA CORTES
· Profesión ..... LOGOPEDA
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHARTE GASCON MARTA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La disfagia oro-faríngea es una de las principales causas de neumonía en la ancianidad, así como de desnutrición y deshidratación. Desde la unidad de Logopedia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se evidencia la necesidad de mejorar el abordaje de este trastorno, tanto durante la hospitalización como al alta, para minimizar las complicaciones secundarias a la disfagia, y reducir así la duración de las estancias hospitalarias, y las rehospitalizaciones y fallecimientos causados por este trastorno

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- mejorar la formación del personal sanitario en disfagia
- mejorar la coordinación entre servicios
- mejorar la detección de los pacientes con disfagia
- mejorar el tratamiento de la disfagia
- reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de una Guía que incluya una hoja de ruta, en la que se plasmarán todas las actuaciones de los diferentes grupos implicados, de cara a la detección, exploración, tratamiento y comunicación de las medidas compensatorias y medidas de prevención de complicaciones secundarias a la disfagia.
Así mismo, se incluirán una serie de documentos que, a modo de plantilla, serán cubiertos por las logopedas para informar en relación a las medidas compensatorias establecidas para cada paciente, tanto al personal del hospital como al propio paciente y sus familias
Se ofrecern sesiones formativas al personal de enfermería y a auxiliares de enfermería, en las que las logopedas impartirán formación sobre la disfagia, y presentarn la Guía´
Las auxiliares de enfermería y el personal de enfermería responderan a un cuestionario sobre el grado de conocimiento en torno a la disfagia y su manejo intra-hospitalario antes y después de la realización de las sesiones formativas, para constatar el aprovechamiento de esas acciones .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Realización de sesiones formativas: >= 4
-Mejora del grado de conocimientos de las profesionales: > 20% tras la sesión formativa con respecto a test inicial
-Utilización de los modelos de comunicación entre profesionales: > 95% de pacientes ingresados con disfagia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
PRIMER TRIMESTRE 2018: Elaboración de la Guía por parte de las Logopedas
SEGUNDO TRIMESTRE 2018: FORMACIÓN A PROFESIONALES
SEGUNDO SEMESTRE 2018.REGISTRO COMUNICACIÓN
EVALUACIÓN FINAL Y CORRECCIÓN DE VARIACIONES SOBRE LO PLANIFICADO EN DICIEMBRE.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1009 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

2. RESPONSABLE ..... MARTA CHARTE GASCON
· Profesión ..... LOGOPEDA
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA CORTES MONICA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La disfagia oro-faríngea es una de las principales causas de neumonía en la ancianidad, así como de desnutrición y deshidratación. Desde la unidad de Logopedia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se evidencia la necesidad de mejorar el abordaje de este trastorno, tanto durante la hospitalización como al alta. Se ha detectado la necesidad de mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia, tanto durante la hospitalización de los enfermos con disfagia como al alta domiciliaria, para garantizar el seguimiento de las indicaciones dadas desde nuestro servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.
-Reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.
-Mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración de plantillas de comunicación para comunicar por escrito las medidas compensatorias y recomendaciones en torno a la deglución de cada uno de los pacientes con disfagia valorado y/o tratado en el servicio de logopedia: un documento será entregado al inicio del ingreso y otro al finalizar la hospitalización
-Entrega de la documentación y explicación verbal de la misma a las familias de los pacientes con disfagia: tanto al inicio de la hospitalización como al alta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Aumento del número de intervenciones a las familias de los pacientes con disfagia: aumento de al menos un 20% con respecto al año anterior.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer semestre 2018: elaboración de los modelos de comunicación para las familias de los pacientes con disfagia.
Segundo semestre 2018: registro de las comunicaciones con las familias.
Diciembre 2018: Evaluación final y corrección de variaciones sobre lo planificado.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1282 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALLER CONDE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAZO ORTIZ DE URBINA ANA. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FERRER POSA LAURA. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERRER PURROY LORENA. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANMIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL. MEDICO/A. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PRADAS SANZ MARIA. ENFERMERO/A. H JACA. DIRECCION
· MARTIN LAHUERTA MARIA. MATRONA. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MEDRANO LOPEZ ERIKA. MEDICO/A. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El partograma es una herramienta para realizar un seguimiento del trabajo de parto, fue creada en el año 1954, desde entonces ha evolucionado incluyendo todo tipo de información. ayuda a monitorizar el trabajo de parto, se trata de una representación gráfica de los valores y de los eventos que se producen durante el parto, aparecen valores como los signos vitales de las parturientas, la frecuencia cardíaca de los fetos, el avance de la dilatación cervical, etc. Antes de Emmanuel Friedman no se había realizado ningún modelo exhaustivo de la evolución del trabajo de parto. Fue así que en 1954 él estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto

En 2008 el Ministerio de Sanidad elaboró la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto normal ebn la que establece que el uso del partograma reduce los partos prolongados, el uso de oxitocina, las tasas de sepsis posparto y las tasas de cesáreas mientras que incrementa el índice de partos espontáneos. A su vez establece, con una recomendación A, que se utilice una línea de acción de 4 horas
En 2015, la OMS (Organización Mundial de la Salud) anunció esta herramienta como una de las más importantes en el campo de la atención obstétrica moderna, por ello, recomienda su uso a nivel universal.
En la actualidad, el Hospital de Alta Resolución del Pirineo cuenta con un partograma para la recogida de datos y para el seguimiento de la dilatación de manera efectiva y clara. La necesidad de una revisión del mismo se plantea por la mejora en el seguimiento de la dilatación, adecuarnos a las recomendaciones generales del Ministerio de Sanidad en su Guía de Practica Clínica y establecer registros más exactos y de mayor utilidad para la continuidad de cuidados de la parturienta y del recién nacido.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto se dirige a la mejora de las condiciones obstétricas de las parturientas en trabajo de parto y un mayor control de los sucesos intraparto y periparto en recién nacidos con los siguientes objetivos:
-Disminuir la morbilidad y mortalidad maternoperinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.
-Proveer a las matronas, personal médico y de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto que ofrezca mejor información del proceso y de eventos anteparto a destacar.
-Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
-Reducir el índice de operaciones cesáreas y los resultados adversos perinatales mediante el establecimiento de líneas de alerta y de acción.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se realizará una recopilación de diferentes partogramas de la Comunidad aragonesa y Comunidades vecinas y del partograma recomendado por la OMS.
- Se realizará una búsqueda bibliográfica para la adecuación a la evidencia científica sobre curvas de dilatación y fases.
- Se establecerán reuniones mensuales con el equipo de Obstetricia de Hospital de Jaca para poner en consenso los puntos o parámetros a modificar.
- Una vez se llegue al consenso de las modificaciones, se establecerá una reunión con el Servicio de Documentación de Sector de Huesca para establecer la maquetación del partograma y elaborarlo.
- Reuniones con el Servicio de Obstetricia postimplantación para nuevas revisiones y posibles modificaciones

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indicador de consecución de objetivo lo marcará la puesta en marcha del nuevo partograma en nuestro servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del proyecto será de un año aproximadamente:
- Recopilación de partogramas : 1 mes

Proyecto: 2018_1282 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

- Búsqueda bibliográfica: 1 mes
- Reuniones de Servicio : mínimo 2
-Maquetación por parte de Servicio de Documentación: en dependencia del mismo
- Puesta en marcha del nuevo partograma: 2 meses
- Reunión de revisión postimplantación: Al menos 1
- Correcciones, mejoras

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0235 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

2. RESPONSABLE ..... MARIA MARTIN LAHUERTA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. PARITORIOS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALLER CONDE MARIA. MATRONA. H JACA. PARITORIOS
· CARRASCO GARCIA MARIA DE LOS ANGELES. MATRONA. H JACA. PARITORIOS
· CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA. MATRONA. H JACA. PARITORIOS
· FERRER POSA LAURA. MATRONA. H JACA. PARITORIOS
· GAZO ORTIZ DE URBINA ANA. MATRONA. H JACA. PARITORIOS
· HERRER PURROY LORENA. MATRONA. H JACA. PARITORIOS
· NAVARRO GIL CELIA. MATRONA. H JACA. PARITORIOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La pelvis materna tiene cierta capacidad de movimiento entre sus huesos. Los movimientos se producen en las articulaciones propias de la pelvis, provocando una modificación de su morfología interior por donde pasará el feto. En el parto, la pelvis adapta su forma a la cabeza del bebé. Cada milímetro ganado facilita más su paso. Comprender que la pelvis se mueve y que deforma su interior significa un gran paso para no obstaculizar ese movimiento en el momento del parto.
En el medio hospitalario, el uso intraparto de la epidural está muy extendido. Tras su administración las mujeres dejan de adoptar posiciones que facilitan la apertura de su pelvis ya que los movimientos quedan prácticamente anulados, dificultando así el paso de la cabeza. A veces, a pesar de lograr dilatación completa el descenso de la cabeza no se efectúa por la limitación de movimientos y deriva en una cesárea o que el descenso sea “asinclitico” y precise un parto instrumental. El índice de cesáreas y partos instrumentados planteado por la Estrategia al Parto Normal (2012) para cumplir estándares de calidad se encuentra por debajo del 15%. En 2017, hemos reducido la tasa de cesáreas a un 20.6% con una tasa de instrumentación de 22.9%. Debido a la mayor morbimortalidad materno-fetal derivada de las intervenciones tocúrgicas se plantea un problema de salud que se presenta en pacientes (mujeres en trabajo de parto con analgesia regional) con unas necesidades específicas (limitación de la movilidad).
La esferodinamia facilita la dilatación, pero cuando se administra la epidural el proceso se suspende por la imposibilidad de la mujer de permanecer de pie de forma autónoma. La lenteja (disco-sit) permite la libertad de movimientos pélvicos, sustituyendo la esferodinamia clásica cuando no es posible tras la epidural, contribuyendo así a la dilatación y a la consecución de un parto eutócico. Posibilita el balanceo pélvico y el movimiento libre de las articulaciones de pelvis, columna y cadera, favoreciendo la ampliación de los diámetros pélvicos y evitando la contranutación sacra producida al estar apoyada contra una superficie dura (colchón) que dificulta el encajamiento de la cabeza.
Es por ello que nos planteamos el uso de una herramienta económica y accesible a nuestra población, que nos permita favorecer la biomecánica en el proceso de parto y así reducir las distocias de dilatación o expulsivo, derivadas de malposiciones fetales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Facilitar la mecánica del parto (descenso, flexión, encajamiento, rotación interna) aumentando los diámetros pélvicos y permitiendo mayor elongación de ligamentos y articulaciones pélvicas tras la epidural.
- Disminuir las cesáreas y partos instrumentales como consecuencia de no descensos por distocias de rotación o no encajamiento de la cabeza.
- Hacer partícipe a la mujer de su parto, a pesar de la limitación de movimiento que la epidural produce, mediante la lenteja
- Incrementar la satisfacción de las mujeres en el proceso de nacimiento.
- Fomentar el uso de medidas no farmacológicas que permitan una mejor evolución del parto normal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La matrona ofrecerá a la mujer la posibilidad de usar la lenteja, instruyéndola y adaptando las posturas que crea oportunas en función de las exploraciones realizadas.
La paciente puede usarla sentándose sobre ella en la cama con las piernas cruzadas favoreciendo la entrada de la presentación fetal en la pelvis y descansar la espalda en la cabecera de la cama debidamente incorporada.
En decúbito lateral, la mujer se puede colocar encima de la lenteja; asi el sacro está libre y la presión de la lenteja sobre la cresta ilíaca superior permite ampliar los últimos planos del canal del parto, favoreciendo el descenso y el inicio de la expulsión fetal.
En decúbito supino, la lenteja se puede colocar bajo la zona de la pelvis, debajo del sacro. Esto evita que el sacro quede fijado y pueda moverse con libertad.
La recogida de datos la realizarán las matronas del equipo durante el periodo establecido, en una ficha diseñada para tal actividad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº partos instrumentados por distocia de rotación o no descenso: Nº partos intervenidos por distocia / total

Proyecto: 2018_0235 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

mujeres que usan la lenteja.
-Nº cesáreas con dilatación completa sin existencia de compromiso fetal previo: Nº cesáreas sin compromiso fetal/ total mujeres que usan lenteja
-Nº horas de dilatación: Nº horas dilatación de mujeres que usan la lenteja.
-Nº horas en expulsivo: Nº horas expulsivo de mujeres que usan la lenteja.
-Nº partos eutócicos: Nº partos normales con uso de lenteja / total de partos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Inicio: una vez confirmada la aceptación por la comisión de calidad.
- Preparación del personal: se reunirá al personal de paritorio para presentar el material y su uso en una sesión de una hora aproximadamente.
- Primera monitorización: 6 meses después del inicio
- Segunda monitorización: 12 meses después del inicio
- Finalización: Evaluación de resultados y valoración de implementación definitiva del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1263 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO SANO EN EL HOSPITAL DE JACA

2. RESPONSABLE ..... PEDRO JESUS AGON BANZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUYUELO DEL VAL PASCUAL. PEDIATRA. CS JACA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GIL FERRER LAURA. PEDIATRA. CS JACA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MOSCARDO SANZ JESUS MARIA. MEDICO/A. H JACA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PRADAS SANZ MARIA. ENFERMERO/A. H JACA. COORDINACION DE ENFERMERIA
· SANZ MARCOS ELENA. ENFERMERO/A. H JACA. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· NAVARRO GIL CELIA. MATRONA. H JACA. PARITORIOS
· CARRASCO GARCIA MARIA DE LOS ANGELES. MATRONA. H JACA. PARITORIOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La atención sanitaria del recién nacido (RN) es un proceso protocolizado en el que interviene un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud. Este proceso se organiza para anticipar la aparición de problemas, vigilar la transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina, detectar alteraciones de la normalidad, dificultades de adaptación y patologías del RN, efectuando las acciones preventivas y correctoras oportunas. También pretende promover la lactancia materna y favorecer el desarrollo del vínculo madre-hijo desde el nacimiento.

Las guías clínicas y otras recomendaciones publicadas en los últimos años han modificado algunos puntos importantes del proceso de cuidados de los RN. Estas novedades hacen necesario actualizar el Protocolo de Atención Hospitalaria al Recién Nacido Sano del Hospital de Jaca, así como implementar los cambios propuestos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS GENERALES:
- Mejorar la calidad de la atención en salud y la utilización racional de recursos en el cuidado hospitalario de los RN.
- Protocolizar e implementar estándares de trabajo basados en la evidencia médica actualizada.
- Disminuir la variabilidad injustificada en el proceso de atención clínica a los RN.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología):
1. Enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos.
2. Respetar las preferencias de los padres.
3. Mínima interferencia en la adaptación a la vida extrauterina.
4. Facilitar y promover la aparición del vinculo madre-hijo.
5. No separar al RN de su madre, salvo en casos necesarios.
6. Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
7. Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
8. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.
9. Profilaxis oftálmica neonatal.
10. Realizar el cribado endocrino-metabólico y el cribado de hipoacusia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
FASE 1: Revisión bibliográfica de diferentes fuentes de evidencia científica.
FASE 2: Elaboración de un protocolo de atención al recién nacido sano, actualizado y adaptado a las características propias del Hospital de Jaca.
FASE 3: Revisión y consenso del protocolo por todo el personal sanitario implicado en los cuidados del RN (pediatría hospitalaria y de atención primaria, ginecología, matronas, enfermería, auxiliares).
FASE 4: Presentación del protocolo en sesión clínica del Comité de Formación Continuada del Hospital de Jaca.
FASE 5: Implementación de las recomendaciones establecidas en el nuevo protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de RN que han iniciado lactancia materna en la primera hora de vida.
- Porcentaje de lactancia materna exclusiva al alta.
- Porcentaje de recomendaciones cumplidas.
- Grado de satisfacción de los padres y el personal sanitario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de las fases 1, 2 y 3 será de un mes cada una. Las dos primeras fases serán desarrolladas por los autores de este proyecto y la fase 3 por todo el personal implicado en los cuidados del RN. La presentación del protocolo (fase 4) tendrá una duración aproximada de una hora. La implementación del protocolo (fase 5) se hará de forma progresiva a lo largo de varios meses. Creemos que a principios del año 2018 el nuevo protocolo estará plenamente implantado.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_1263 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO SANO EN EL HOSPITAL DE JACA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Manejo del recién nacido sano
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1162 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... DANIEL MANUEL GRACIA BARRANCO
· Profesión ..... TER
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRIAS RAMON MARIA PILAR. TER. H JACA. RADIODIAGNOSTICO
· RAUSELL MINGOTES PILAR. TER. H JACA. RADIODIAGNOSTICO
· GIMENEZ NAVARRO CARMEN. TER. H JACA. RADIODIAGNOSTICO
· ROCA CAMPO MIRIAM. TER. H JACA. RADIODIAGNOSTICO
· ALMEIDA ESCARTIN NURIA. TER. H JACA. RADIODIAGNOSTICO
· TROBAJO NAVARRO SILVIA. TER. H JACA. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El arco quirúrgico es un instrumento utilizado principalmente para la obtención de imágenes radiológicas de alta resolución y calidad a tiempo real, en el ámbito quirúrgico. Este facilita las intervenciones quirúrgicas y permite corroborar los resultados de manera inmediata.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este proyecto se pretende unificar los criterios de uso de un arco quirúrgico por los profesionales que integran el servicio, asegurando los estándares de calidad requeridos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas son la elaboración de un protocolo consensuado de uso del arco quirúrgico, acompañada de la difusión del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración del protocolo.
Difusión del mismo entre los miembros del servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:
- mayo - agosto -> Redacción del protocolo.
- septiembre -> Aprobación consensuada del protocolo
- noviembre – diciembre -> Difusión.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0938 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

2. RESPONSABLE ..... EUGENIA PALANCA GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORRA MOLINER ELISA. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS
· ALADREN PEREZ BELEN. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS
· GONZALEZ GARCIA RICARDA. ENFERMERO/A. H JACA. URGENCIAS
· LAVILLA VILLAVERDE CARMEN. ENFERMERO/A. H JACA. URGENCIAS
· LACASTA VIVAS CARLOS. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS
· POVEDA SERRANO PILAR. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS
· SUPERVIA ALONSO ALBERTO. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Ante la situación actual de disminución de los recursos en los servicios de salud se ha hecho necesario el identificar y disminuir aquellos actos sanitarios sin una gran evidencia científica, lo que supone una falta de beneficio para el paciente, disminuye la seguridad del mismo ya que en muchas ocasiones estos actos pueden producir un daño en el usuario y aumenta los costes.
Varias han sido las iniciativas y propuestas para intentar controlar el problema de realizar actuaciones médicas y diagnósticas como las do not do recommendations (dndR), u otras como «Chooseling wisely» o «Making prudent healthcare happen», cuyos principios giran en torno a: no hacer daño, llevar a cabo la intervención mínima apropiada o hacer exclusivamente lo que sabemos y podemos hacer bien, siempre en un contexto de renovación de las relaciones entre profesionales y usuarios basado en la corresponsabilidad para la obtención de los mejores resultados y la atención más equitativa.
En 2013 el Ministerio de Sanidad realizó un “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas” con objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, estableciéndose una línea de trabajo “Que No Hacer”, sobre la cual Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)elaboró sus 5 recomendaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Optimizar los recursos
- Evitar los riesgos secundarios a la realización de intervenciones innecesarias
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica
- Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaborar recomendaciones, criterios de inclusión y de derivación en relación a las recomendaciones “que no hacer” de SEMES
- Difundir entre los profesionales de urgencias y hospitalización las recomendaciones de SEMES mediante sesiones clínicas
- Medir el impacto de la intervención:
- Situación previa a la intervención
- Situación tras la intervención

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieran el control de la diuresis.
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: Nº de pacientes a los que no se les coloca sonda urinaria para control de diuresis/Nº de pacientes que se les debe controlar la diuresis x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias que precisan control de diuresis
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencia (SU)
f.Estándar: 80%

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: Nº de pacientes que acude a urgencias por disnea a los que NO se les realiza gasometría arterial/ Nº de pacientes atendidos en urgencias por disnea x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por disnea
d.Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 80%

3. No realizar ECO doppler a pacientes con baja sospecha de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Dimero D negativo
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: Nº de pacientes que acuden a urgencias y a los que no se deriva y/o no realiza ECO doppler con

Proyecto: 2018_0938 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

baja sospecha de TVP (escala TVP de Puesto Clinico Hospitalario (PCH) = 0) y Dimero D negativo/ Nº de pacientes que acuden a urgencias con baja sospecha de TVP (escala TVP de PCH= 0) x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias con sospecha baja de TVP
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 90%

4. No administrar plasma o concentrados de complejo de protrombina en una situación de no emergencia para revertir a los antagonistas de la vitamina K
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: Nº de pacientes a los que No se les ha administrado plasma o concentrado de complejo de protrombina para revertir a los antagonistas de la Vitamina K en una situación de no emergencia / Nº de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por hemorragia grave y que toman antagonistas de la Vitamina K
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 90%

5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas (HD).
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: Nº de pacientes a los que NO se les coloca SNG ante una HD / Nº de pacientes que acuden a urgencias con HD x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por HD
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Análisis de la situación previo a la difusión de las recomendaciones en septiembre 2018
- Dar a conocer las recomendaciones a través de sesiones clínicas y documento
- Recoger los datos tras implantación del proceso en el primer trimestre de 2019
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0546 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S. JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER CALLAU PUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NIVELA DURAND SOLEDAD. MEDICO/A. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SOLANO CHIA QUINTIN. MEDICO/A. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ACIN CANFRANC LORENZO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· IZARBEZ PUENTE ALBERTO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BORREL RONCALES LOURDES. MEDICO/A. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha visto la necesidad de normalizar todos los procesos que se realizan en la Unidad de Admisión y Documentación clínica del Hospital S. Jorge. No es tarea ni sencilla ni que se pueda acometer en un corto espacio de tiempo. El programa deberá implicar al mayor número de profesionales posible que trabajen en la Unidad, para que sean ellos los que definan quién, cómo, dónde, en cuanto tiempo se realizan todas las actividades, y de qué manera añadirán valor a la forma de hacerlo en la actualidad.
El servicio de Admisión es un pilar fundamental en el funcionamiento de los Hospitales. Su funcionamiento óptimo es fundamental para la gestión adecuada de recursos (camas, quirófano, pruebas diagnósticas, consultas externas, listas de espera...) En los últimos años las nuevas tecnologías han cambiado en gran manera la forma de trabajar y tanto el personal como procesos y procedimientos se han ido adaptando, pero la normalización facilitará el trabajo, aumentará la eficacia y la eficiencia no solo de este servicio, sino del Hospital en general lo que repercutirá en una mejora de la atención que se presta a los pacientes.
En el aspecto de la Documentación Clínica, la gestión de las historias clínicas entraña una gran dificultad por el volumen que se mueve diariamente, siendo el archivo una de las unidades con capacidad para mejorar. Además, se presenta la historia clínica informatizada como un nuevo reto.
Dentro de éste escenario en 2016 se plantearon las bases para tratar de alcanzar una certificación externa de calidad tipo ISO 9001.
A lo largo del año 2017 desde el SADC se han desarrollado hasta el 70% de los procesos por lo que para el 2018 que darían el 30% para llegar a conseguir el 100%.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Conseguir la normalización de todos los procesos de la Unidad de Admisión y Documentación clínica (finalización del 30% de los procesos que quedan por documentar).
- Proponer la certificación externa como garantía de compromiso con la calidad y la mejora continua

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? Identificar todos los procesos relacionados con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica que faltan de normalizar.
? Delimitar la entrada y salida de los procesos
? Priorizar los procesos mediante un sistema de puntuación individual que valora la idoneidad, la oportunidad, la factibilidad, el beneficio que obtendrán los pacientes, el beneficio que obtendrá el personal sanitario, el coste económico o la mejora de la eficiencia.
? Nombrar los responsables de cada proceso.
? Documentar por el grupo de mejora.
? Identificar al menos un indicador por proceso.
? Normalizar formatos y registros.
? Plantear un sistema de auditoría interna, detectando áreas de mejora y observaciones o incumplimientos de lo normalizado.
? Revisión por la dirección

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Procedimiento de Ingreso (SI /NO)
Procedimiento de Traslado (SI /NO)
Procedimiento de Alta (SI /NO)
Proceso de coordinación organizativa del proceso asistencial en CEX (SI /NO)
Inclusión de pacientes en el registro de demanda quirúrgica (% de pacientes con datos incompletos o mal recogidos del total de pacientes incluidos el LEQ)
Preparación de dosieres para estudio-investigación (SI /NO)
Relación de puestos de trabajo (RPT) del SADC y definición del acceso informático. (SI /NO)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha Inicio: 01/01/2018
Fecha finalización: 31/12/2018

Proyecto: 2018_0546 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S. JORGE DE HUESCA

Calendario:
? Primer semestre 2018: Revisión del total de los procesos definidos en su día e identificación de procesos que quedan hasta finalizar.
? Segundo semestre 2018:
1. Documentar el 30% de los procesos restantes.
2. Implantar
- Propuestas para 2019:
-Auditoría interna.
- Revisión por la Dirección
- Proponer la Certificación Externa.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2018_0353 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARBA LATAS VANESA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La práctica clínica alergológica ha de centrarse en las necesidades de los pacientes y en la población en general, y debe garantizar su seguridad y la calidad de la prestación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es proporcionar una serie de recomendaciones que permitan desarrollar la práctica clínica alergológica en ese contexto de calidad y seguridad, definiendo para ello las necesidades estructurales y los recursos humanos y de tiempo aconsejados para el desarrollo de dicha actividad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las herramientas clínicas que permiten el diagnóstico de certeza son una historia clínica completa, pruebas cutáneas estandarizadas, pruebas in vitro fiables y pruebas de exposición controlada para confirmar el diagnóstico o asegurar la tolerancia, en cada caso.
Se establecen dos niveles de intervención:
1. Diagnóstica: identificación del paciente alérgico y búsqueda de alternativas.
2. Terapéutica: procedimientos de desensibilización, inmunoterapia o administración de biológicos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Identificación y clasificación de las patologías alergológicas de acuerdo con la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10)
2. Identificación y clasificación de los procedimientos incluidos en la cartera de servicios de la especialidad de alergología.
3. Clasificación de todos los procedimientos de acuerdo con su nivel de riesgo según consenso por parte de los comités de la SEAIC.
4. Definición de los recursos estructurales y humanos precisos para el desempeño de la actividad alergológica en relación con los procedimientos previamente descritos.
5. Definición de los tiempos asistenciales requeridos por el personal sanitario y por los pacientes para la realización de los citados procedimientos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha prevista de inicio será el 30 de abril de 2018 y la fecha prevista de finalización del proyecto el 21 de diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0361 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... AINOHA GARCIA CLAVER
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUZO FONCILLAS JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
· FERRER GIMENEZ MARGARITA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
· LLIMIÑANA ORDAS CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
· LAVIÑA FAÑANAS CONCHA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
· PALACIN BURREL SILVIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El laboratorio del Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica tiene la acreditación ISO15189 desde el año 2010. La implantación de un sistema de calidad supone un importante valor añadido para el laboratorio y para todo el medio hospitalario, puesto que una empresa externa (en este caso ENAC) acredita que tiene un sistema de Gestión de Calidad conforme a la normativa y que el laboratorio tiene la capacidad técnica para la realización de los ensayos físico-químicos incluidos en el alcance. La implantación y el mantenimiento del sistema de gestión de calidad supone la necesidad de mejorar continuamente y también un esfuerzo añadido a la actividad asistencial del servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con el presente proyecto se pretende mantener el sistema de calidad y aumentar el alcance de la acreditación para las determinaciones de Proteína C reactiva y sangre oculta en heces.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Mantener la acreditación resolviendo las Observaciones halladas en la última auditoría externa.
- Envío del PAC (Plan de Acciones Correctivas) en el plazo establecido.
- Modificación de los procedimientos vigentes que se precisen según las observaciones de la auditoría externa.
- Cálculo de los coeficientes de variación (CV%) intraserie e interserie para la PCR y la sangre oculta en heces.
- Incluir la PCR en el PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento de Análisis. Bioquímica General.
- Elaborar el PTA correspondiente, Procedimiento de análisis. Sangre Oculta en Heces.
- Elaborar el PTE correspondiente, Procedimiento de Equipos. Sentifit 270
- Incluir estos nuevos procedimientos y las nuevas revisiones de los procedimentos modificados en el Listado de Documentación en vigor en la intranet.
- Realizar una Auditoría interna y corregir las desviaciones que se hallen en la misma, antes de la siguiente auditoría externa.
- Realizar la auditoría externa

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicador: % de nuevos ensayos acreditados frente al total de propuestos (>50%)
- Número de No Conformidades Mayores en Auditoría Externa <3.

La evaluación se realizará según los puntos indicados en la propia norma ISO15189: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El servicio está acreditado desde el año 2010. El sistema de calidad es un proyecto vivo, que continúa desde esa fecha. Durante el año 2018 se incluirán las nuevas técnicas a acreditar que se evaluarán en la auditoría externa de 2019 (plazo aproximado 18 meses).
El calendario propuesto es el siguiente:
- Mayo 2018: envío de PAC a ENAC con las acciones de mejora propuesta.
- Junio: Recepción de la reevaluación de la acreditación de ENAC con incorporación de la bilirrubina directa en el alcance (proceso previo).
- Junio: Incorporación de PCR al Procedimiento de Análisis de Bioquímica General
- Julio-Agosto-Septiembre: Preparación de los procedimientos y documentación correspondientes a la Determinación de sangre oculta en heces.
- Octubre 2018: Envío de los procedimientos para inclusión en intranet calidad del Salud.
- Noviembre 2018 (estimado): Auditoría interna SALUD.
- Primer trimestre de 2019 (estimado): Resolución de desviaciones detectadas en la auditoría interna
- Octubre 2019 (estimado): Auditoría externa ENAC.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0361 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1180 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LLIMIÑANA ORDAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUZO FONCILLAS JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
· BUENO MORENO ANTONIO. TEL. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
· SUBIAS LONCAN MARIANO. TEL. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Laboratorio de Urgencias desempeña un papel clave dentro del Servicio de Análisis y Bioquímica Clínica del Hospital, debido a las propias particularidades de funcionamiento que lo diferencian del resto de Laboratorios de rutina y lo convierten en una Unidad prioritaria de proyección de mejora dentro del Servicio.
En este área existe una mayor presión asistencial y el tiempo de respuesta depende de factores como:
- motivación constante del personal (turnos)
- organización del puesto de trabajo (muchas personas)
- distribución de espacios (limitado)
- utilización de analizadores y material (con frecuencia compartidos con rutina)
- atención a la principal línea telefónica de nuestro Servicio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el rendimiento profesional del personal técnico especialista en Laboratorio (T.E.L.), atendiendo a la mejor utilización de espacios, tanto físicos como virtuales, con re-estructuración de flujos de trabajo mediante la implantación del sistema de mejora continúa "LEAN" y metodología de trabajo "5s"(modelo de gestión empresarial enfocado a obtener mejores resultados y máximo valor en el trabajo con los recursos disponibles), con el fin de conseguir un sistema consensuado de organización del área y sus recursos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Introducción, motivación y formación por parte del responsable facultativo del Laboratorio de Urgencias a los T.E.L. en el sistema LEAN
- Implicación del personal usuario del área en la identificación de problemas, de procesos y toma de decisiones consensuadas para su posterior implantación
- Formación de grupos multidisciplinares para la participación en el análisis del sistema organizativo de trabajo, aplicable al Servicio de Laboratorio:
  seleccionar, eliminar, estructurar, estandarizar y mantener
- Adquisición de nuevas herramientas de organización y gestión (LEAN)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Material gráfico del "antes y después"
- Identificación de errores y correcciones establecidas
- Mapa de procesos de resolución de problemas
- Paneles con fotos de la estandarización consensuada
- Elaboración de documento final de trabajo
- Evaluación externa por parte de empresa de formación (Beckman Coulter)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación en sistema LEAN: mayo 2018
Formación de grupos: mayo 2018
Análisis de situación: junio 2018
Aplicación del proyecto: junio 2018 con sistema de mejora continúa

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Actuación en Laboratorio de Urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1180 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Proyecto: 2018_1360 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

2. RESPONSABLE ..... GORKA MUÑIZ UNAMUNZAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· GOMEZ GONZALEZ CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
· RAMON CAJAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La citología ginecológica y las pruebas detección del virus del papiloma humano (VPH) son la base de la prevención del cáncer de cérvix.

La positividad para VPH se asocia con mayor riesgo de lesiones preneoplásicas, si bien éste difiere según el tipo. Los de mayor riesgo son los tipos 16 y 18, lo que ha llevado a recomendar colposcopia en su presencia, independientemente del resultado de la citología.

Un escenario de gran carga asistencial, pero esa enfermedad asociada es el de VPH positivo a tipos de alto riesgo no 16/18, pero con citología negativa. La actitud más generalizada es repetir la citología y el test de VPH al año. Esto ha ocasionado una fuerte presencial asistecial con bajo rendimiento diagnóstico, ya que en numerosas ocasiones la citología sigue siendo negativo y el VPH continúa siendo positivo.

Queremos reducir estas repeticiones de bajo rendimiento y para ello vamos a utilizar una herramienta como es la tinción dual inmunocitoquímica para ki67y p16.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es reducir el número de pacientes con VPH+ otros no 16/18 y citología ginecológica negativa que se remite anualmente a la consulta de colposcopia.

La población diana sería la población femenina no histerectomizada entre 30 y 65 años.

La intervención se relacionaría con las matronas de Atención Primaria y el servicio de Ginecología y Obstetricia, sobre todo a la consulta de patología cervical, y, sobre todo, al servicio de Anatomía Patológica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones concretras serían:

a) Indicación de tinción dual ki67/p16 por parte del patólogo en situaciones de VPH positivo para otros tipos de alto riesgo no 16/18, con citología ginecológica negativa.

b) Modificar conjuntamente los protocolos de derivación para cambiar la periodicidad de la revisión en la situación anterior, según el siguiente esquema:
b.1.- Si la tinción dual es negativa: revisión y repetición del test de VPH y citología ginecológica a los 2 años.
b.2.- Si la tinción dual es positiva: derivación a la consulta de patología cervical para colposcopia.

Como pasos previos se llevarán charlas informativas-formativas dirigidas a FEA de Anatomía Patológica y Ginecología y Obstetricia, TEAP y matronas. Se expondrá nuestra casuística y se explicará el cambio implantado. Todo se realizará las semanas previas al cambio.

Con una periodicidad cuatrimestral o semestral se presentarán los datos que se vayan obteniendo, para la resolución de duda y plantear mejoras, a los FEA, Matronas y TEAP implicados.

Con el fin de difundir el trabajo realizado y el valor añadido de esta intervención, se llevará en forma de pósters y/o comunicaciones a los foros profesionales de mayor impacto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores a utilizar son:

a) Porcentaje de mujeres de 30 a 65 años con VPH positivo a otros tipos de alto riesgo no 16/18 con técnica de tinción dual realizada e informada.

b) Número de revisiones y repeticiones del test VPH y citología ginecológicas ahorradas.

El primer objetivo se ha establecido en el 90% pese a no haber una cifra comparable en la literatura, pero se ha elegido por ser una cifra exigente que demuestra el compromiso con la calidad.

Proyecto: 2018_1360 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

La segunda cifra se espera que supere las 80, por extrapolación de nuestros datos de frecuencia de VPH+ para tipos no 16/18 y la positividad de la tinción dual en nuestra experiencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En las semanas previas a la implantación se llevarán a cabo charlas formativas con los FEAs implicados, matronas y TEAP para comunicarles nuestros datos, el proyecto y el objetivo marcado.

Con periodicidad semestral se presentarán los datos que se vayan obteniendo, para la resolución de duda y plantear mejoras, a los FEA, Matronas y TEAP implicados.

El proyecto se iniciará el 1 de enero de 2018 y finalizará un año después.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0554 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

2. RESPONSABLE ..... NEKANE URRESTARAZU ESPORRIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIVAN LAFUENTE BLANCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· CASTEL LANGA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO
· DEMUR LAPLANA LAURA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO
· BERGUA SALAS LORENZO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CONSULTAS EXTERNAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El control del dolor postoperatorio es esencial para brindar una mejor calidad de atención hospitalaria al paciente.

Dentro del amplio abanico de posibilidades para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio se encuentra la anestesia epidural, ampliamente conocida por su extendido uso para el trabajo de parto.
Realizamos este proyecto para implantar un mejor control del dolor postoperatorio, un control exhaustivo y correcto del catéter epidural, así como para evitar o detectar las posibles complicaciones derivadas del mismo, favoreciendo una pronta recuperación y rehabilitación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pone en marcha este proyecto para iniciar un control de todos los pacientes portadores de catéter epidural implantado en el área quirúrgica.
Objetivos principales:
• Favorecer su permanencia
• Evitar un mal uso del mismo, así como manipulaciones externas incorrectas derivadas del desconocimiento de su uso
• Evitar la migración y extracción/salida accidental del catéter
• Disminuir el riesgo de infección y sus complicaciones asociadas
• Conseguir un alivio sostenido del dolor disminuyendo los requerimientos de opiáceos
• Evitar los efectos adversos de analgésicos endovenosos
• Conseguir una vasodilatación periférica en pacientes con isquemia de EEII
• Proporcionar al personal de enfermería los conocimientos y habilidades de las técnicas de fijación, mantenimiento y retirada del catéter epidural
• Identificar efectos adversos derivados de la analgesia epidural:
-Hipotensión y bradicardia
-Prurito
-Náuseas y vómitos
-Toxicidad neurológica
-Bloqueo sensitivo y motor
-Hematoma y absceso epidural
-Sedación y depresión respiratoria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas:
-Formación al Servicio de Enfermería de Hospitalización sobre el manejo básico y cuidados del catéter epidural, así como de los conocimientos necesarios para identificar situaciones potencialmente graves derivadas del mismo.
-Recogida por parte de Enfermería y del Servicio de Anestesia de datos diarios de cada catéter epidural que haya en planta mediante un sistema reglado (Hojas de evaluación del catéter epidural).
-Archivo de las mismas durante el periodo de un año y evaluación de los resultados para identificar complicaciones y evaluar el control del dolor postoperatorio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Existencia y disponibilidad del material necesario.
-Datos a recoger en las Hojas de control de catéter epidural:
• Nombre del paciente y cama de hospitalización
• Fecha de colocación del catéter, nivel del mismo, fármaco, concentración del mismo, y velocidad de infusión
• Tipo de cirugía realizada
• EVA en reposo y a la movilización
• Presencia de prurito (y asociación o no con opiáceos)
• Bloqueo sensitivo-motor de EEII
• Plan para el día siguiente
• Última analítica antes de la retirada del catéter
• Fecha de retirada del mismo

-Registro con los datos obtenidos en las Hojas de control durante el periodo de un año para calcular:
• Porcentaje de pacientes con catéter epidural que son intervenidos

Proyecto: 2018_0554 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

- Porcentaje de pacientes que presentan salida accidental del catéter epidural
- Identificar efectos adversos y complicaciones derivadas del catéter epidural

-Comparar los datos obtenidos con la incidencia habitual de efectos adversos y complicaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

-Sesión/formación a Enfermería de Hospitalización (fecha aún por determinar) una vez aprobado el proyecto.
-Inicio de la recogida de datos desde la aprobación del proyecto hasta el segundo semestre de 2019.
-Reuniones periódicas cada dos meses entre Enfermería y el Servicio de Anestesia para identificar problemas durante la recogida de datos.
-Análisis de los resultados obtenidos tras finalizar la recogida de datos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0588 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

2. RESPONSABLE ..... BLANCA OLIVAN LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· GALLEGO ESTRADA FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· GOMEZ GIMENO ANGELICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BERGUA SALAS LORENZO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA
· ZABAU FERMOSELLE JARA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La CPPD es la complicación mayor más habitual tras anestesia neuroaxial, y es especialmente frecuente en obstetricia. Suele ser una complicación benigna y autolimitada, pero sin vigilancia y sin tratamiento puede conducir a otras complicaciones más graves.

Actualmente, en el servicio de Anestesia, se realiza un seguimiento de los casos de CPPD y se lleva a cabo un tratamiento individualizado, pero no existe un registro real del número de casos que se producen, y por ello, cabe la posibilidad de que se produzca un inadecuado control de los mismos.

Este proyecto surge de la necesidad de conocer la situación real de esta complicación en nuestro servicio, así como la frecuencia con la que se produce y sus efectos secundarios, para lograr un adecuado manejo y tratamiento de la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Identificar y registrar el número de casos de CPPD por año que se producen.

-Mejorar el control, seguimiento y tratamiento de CPPD.

-Estandarizar el tratamiento de CPPD para manejo de este tipo de complicación de manera protocolizada.

-Proporcionar a la paciente la información necesaria acerca de la CPPD.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas:

- Diseño de hoja tipo para registro de casos, de datos de interés acerca de la técnica y de síntomatología acompañante.
-Archivo en fichero de todos los casos que se produzcan durante el año, con su hoja adjunta con la información necesaria de cada caso.
-Control diario de sintomatología y analgesia en planta, hasta el alta.
-Registro de complicaciones añadidas a la cefalea.
-Valoración por parte de la paciente de la atención recibida.
-Estudio de resultados un año vista.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Datos a recoger en hoja de control diseñada para el proyecto:
-Datos del paciente (etiqueta)
-Fecha de punción dural y circunstancias de la misma (por ejemplo, punción con aguja versus punción con catéter).
-Valoración de cefalea (EVA) y características de la misma.
-Náuseas y/o vómitos.
-Fotofobia.
-Focalidad neurológica.
-Necesidad de reposo absoluto.
-Inicio de deambulación.
-Duración en días de la sintomatología.
-Tratamiento analgésico que se está administrando. Necesidad de analgesia de rescate.
-Necesidad de técnicas invasivas para tratamiento como parche hemático.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de inicio: junio 2018

Recogida de datos durante el periodo de un año y análisis de los resultados descritos.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0588 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0913 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

2. RESPONSABLE ..... CRISTIAN INGLES SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La insuficiencia venosa crónica es una patología con una elevada prevalencia en la población. El tratamiento clásico mediante safenectomia tiene una considerable morbilidad y conlleva una baja laboral de unos 30-45 días. Desde aproximadamente 15 años existen nuevas técnicas menos invasivas mediante procedimientos endovenosos más rápidos, menos agresivos y con mejor postoperatorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Población diana: Pacientes con insuficiencia venosa crónica menores de 75 años.
- Disminuir la estancia media
- Disminuir número de pacientes en lista de espera al realizar más intervenciones en la jornada quirúrgica
- Disminuir el tiempo de baja médica
- Aumentar la calidad de vida

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Formación al personal de enfermería en el manejo del procedimiento endovascular.
- Adquisición de generador y fibras para EVLA
- Recursos materiales: ecógrafo, funda de ecógrafo, indroductores 6F, aparato para anestesia tumescente, generador de potencia, fibras láser y calzador de media.
- Elaboración de documento informativo postquirúrgico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tasa de oclusión de Vena safena a los 3, 6 y 12 meses (90-95%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio proyecto Julio 2018
Finalización Julio 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2018_0914 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· INGLES SANZ CRISTIAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El acceso vascular para hemodiálisis es esencial para el enfermo renal tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida.
El objetivo del proyecto es optimizar la fístula arterio-venosa, para lograr un acceso vascular nativo y disminuir la necesidad de colocación de catéter para hemodiálisis.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: pacientes con insuficiencia renal crónica en los que se prevea un inicio próximo de hemodiálisis o que ya hayan iniciado tratamiento.
Agilizar la valoración de los pacientes con necesidad de FAV.
Aumentar el número de pacientes con acceso vascular apto para hemodiálisis.
Disminuir el número de pacientes con catéter vascular.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar valoración de todos los pacientes mediante exploración física y ecodoppler.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº pacientes evaluados/mes
% pacientes intervenidos en <60 días

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio de actividad: Julio 2018
Fin de actividad: Julio 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0139 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA GRACIA AZNAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIVERO FERNANDEZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ARTERO BELLO PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ANORO CASBAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· CALLEN SALVATIERRA MONICA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· CHAMORRO GANDUYO JUANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· BRUN GUINDA DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ONDIVIELA PEREZ JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tras detectar la necesidad de difundir las secuencias de actuación en las situaciones de riesgo vital y el entrenamiento en las mismas, se propone un plan para consolidar el entrenamiento en RCP como actividad formativa en el personal de la sexta planta del hospital San Jorge.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la rapidez del inicio de las maniobras de RCP y la monitorización del paciente en parada cardiaca. Mejora del trabajo en equipo Disminución de la incertidumbre ante estas situaciones

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Test de valoración de conocimientos básicos en la secuencias de actuación en Noviembre y en Junio Sesión formativa. Entrega de material básico Entrenamiento trimestral cronometrado Encuesta de satisfacción : estres ante la situación, satisfacción con trabajo en equipo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Asistencia a sesiones formativas Tiempo desde alarma de parada hasta inicio de RCP (Junio menos Noviembre) Tiempo hasta la monitorio (Junio menos Noviembre) % de aciertos en el test de valoración de conocimiento básicos RCP (Junio- Septiembre) Puntuación de estrés ante situación: Junio- Septiembre Satisfacción con el trabajo en equipo: Junio- Septiembre

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Test de valoración de conocimientos básicos en la secuencias de actuación en Noviembre y en Junio Sesión formativa. Entrega de material básico Diciembre Entrenamiento trimestral cronometrado: Enero y Mayo Encuesta de satisfacción post entrenamiento : estres ante la situación, satisfacción con trabajo en equipo. Enero y Mayo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2018_0170 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

2. RESPONSABLE ..... ELENA RIVERO FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA AZNAREZ MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· MARQUINA BARCOS ADOLFO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· BRUN GUINDA DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ONDIVIELA PEREZ JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ALINS REMI IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· VILLAROEL SALCEDO MARIA TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· PONTAQUE ABADIAS LAURA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades caracterizadas por tener una presentación familiar, una base genética y ser potencialmente causantes de muerte súbita. El diagnóstico temprano de los familiares permite identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo prevenir eventos, instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales y realizar un asesoramiento reproductivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar un registro de los pacientes con cardiopatías familiares, realizar el estudio genético del probando y posteriormente el screening familiar.
Las enfermedades cardíacas objetivo serían miocardiopatías (M. Hipertrófica, M. arritmogénica, M. dilatada, M. restrictiva, M. no compactada), canalopatías (Sd. QT largo, Sd. QT corto, Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, Sd. Brugada) y enfermedades de la aorta (S. Marfan y otros síndromes).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Diseño del protocolo de estudio.
Registro de todos los pacientes afectos de una posible cardiopatía familiar.
Estudio genético de los probandos.
Realización de árboles familiares de cada paciente afecto.
Según resultados del estudio genético se realizaría el estudio genético a los familiares (si se identifica el gen responsable de la enfermedad) o el estudio con ECG/ecocardiograma (si no se identifica el gen responsable).
Seguimiento periódico de pacientes afectos y familiares susceptibles de desarrollar la enfermedad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de familias incluidas en el registro.
Número de pacientes con posible cardiopatía familiar a los que se les realiza estudio genético.
Número de familias estudiadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril-Junio 2018: diseño del protocolo, registro de datos de los pacientes con sospecha de cardiopatía familiar y realización de árboles genealógicos.
Julio-Diciembre 2018: Estudio de probandos e inicio de estudio de familiares

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0355 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO BETES VICTOR. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LASTRA DEL PRADO RODRIGO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· MILLASTRE BOCOS ESTHER. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· TOBEÑA PUYAL MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· MADANI PEREZ JULIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· MARQUINA BARCOS ADOLFO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ALINS RAMI IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los avances en la detección precoz y el tratamiento del cáncer han reducido de manera significativa la mortalidad de los pacientes, sin embargo, para mejorar el pronóstico también es necesario prevenir, diagnosticar y tratar eficazmente las complicaciones relacionadas con las mismas, entre ellas la cardiotoxicidad, definida como el conjunto de enfermedades cardiovasculares derivadas de los tratamientos onco-hematológicos y que incluyen no sólo la disfunción ventricular, sino también la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, arritmias, valvulopatías…..en función de los fármacos utilizados.
La toxicidad cardiovascular de dichas terapias es un problema ampliamente reconocido con múltiples esquemas terapéuticos, pero la evidencia científica es escasa en cuanto a su manejo.
Hoy por hoy en nuestro hospital a los pacientes con potencial riesgo de toxicidad cardiovascular se les realizan ecocardiogramas de control, pero no hay una equipo multidisciplinar para tomar decisiones conjuntas en cuánto qué pacientes se podrían beneficiar por ser de mayor riesgo de un control más estrecho o de un tratamiento previo, ni un protocolo de actuación de monitorización y diagnostico precoz de dicho daño, además esto puede llevar a una preocupación excesiva por la aparición de toxicidad que impida terapias potencialmente curativas, así como la subestimación de éste riesgo que puede comprometer el pronóstico vital a largo plazo.
Por ello es útil crear equipos multidisciplinares locales para optimizar los resultados en salud tanto de los pacientes con cáncer cómo de los supervivientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Creación de un equipo local multidisciplinar Cardio-onco-hematologia cuyo objetivo sea:
- Agilizar la comunicación entre los profesionales implicados en el proceso del cáncer.
- Desarrollar un protocolo local de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones cardiovasculares.
- Facilitar el tratamiento oncológico.
- Evitar interrupciones en la administración del tratamiento antitumoral.

Creación de una consulta en Cardiología para pacientes oncológicos cuyo objetivo sea:
- Optimizar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Optimizar medidas terapéuticas de protección cardiaca.
- Identificar y tratar precozmente posibles toxicidades cardiovasculares.
- Programar un seguimiento de los supervivientes al cáncer.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primer lugar se va a realizar un Protocolo de actuación en función del tratamiento oncológico que se vaya a administrar, que describa: cómo estratificar el riesgo cardiovascular del paciente y tipo de pruebas que hay que realizar tanto de forma basal como a lo largo del tratamiento para detección precoz (por ejemplo en caso de administración de antraciclinas, ecocardiograma y biomarcadores), así como los pacientes que necesitan un seguimiento más estrecho en la consulta de Cardiología para tratamiento ya sea preventivo o por detección precoz de cardiotoxicidad.

El equipo multidisciplinar estará formado por el cardiólogo a cargo de la consulta, el cardiólogo encargado de imagen cardiaca así como de un oncólogo y un hematólogo.
Dado que en éstos pacientes es importante no demorar las pruebas ni las consultas para minimizar las interrupciones del tratamiento oncológico, se va intentar abrir una consulta de media mañana 2 días a la semana.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes con tratamiento potencialmente cardiotóxico a los que se les aplica el protocolo respecto al número total de pacientes.
Valorar retraso de inicio de tratamiento oncológico antes y después de la puesta en marcha del proyecto.
Valorar suspensión de tratamientos por cardiotoxicidad antes y después de la puesta en marcha del proyecto.

Proyecto: 2018_0355 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Valorar desarrollo de Cardiotoxicidad a largo plazo (años tras la suspensión del tratamiento).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Creación de un borrador del protocolo de actuación en los meses de mayo y junio.
-Puesta en común de éste borrador entre los miembros del equipo para mejoras y modificaciones entre julio, agosto y septiembre
-Apertura de la consulta en octubre-noviembre y puesta en marcha del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0200 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

2. RESPONSABLE ..... SEF SAUDI MORO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABADIA FORCEN MARIA TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· TALAL EL-ABUR ISSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ZAMBRANA CAMPOS VANESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GARCIA DOMINGUEZ MELODY. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ROLDON GOLET MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
DESCRIPCIÓN: La urokinasa es una enzima producida por los riñones, utilizándose cultivos de células renales humanas para producir esta sustancia. Debido a que es un producto endógeno, las reacciones de hipersensibilidad son menos frecuentes que con la estreptoquinasa, aunque esta última es mucho más barata. MECANISMO DE ACCIÓN La urokinasa ejerce su acción sobre el sistema fibrinolítico endógeno para convertir el plasminógeno a plasmina rompiendo directamente el enlace arginina-valina en el plasminógeno. La plasmina degrada la fibrina y el fibrinógeno y también los factores procoagulantes V y VIII. Los productos de degradación de la fibrina y del fibrinógeno ejercen un efecto anticoagulante clínicamente significativo, que se mantiene en la circulación durante unas 24 horas. Como resultado de la disminución de los niveles plasmáticos de fibrinógeno, la urokinasa también reduce la agregación plaquetaria y la viscosidad de la sangre. FARMACOCINÉTICA Los efectos trombolíticos disminuyen pocas horas después de la administración, pero los efectos anticoagulantes se mantienen durante 24 horas. No se sabe en que extensión la urokinasa atraviesa la barrera placentaria y se excreta en la leche. La semi-vida plasmática es de unos 20 minutos con un rápido aclaramiento hepático.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proporcionar cuidados de calidad y seguridad al paciente con heridas quirúrgicas anfractuosas de larga evolución. Optimizar recursos materiales y carga asistencial aportando valor a la organización y disminuyendo costes. Aumentar la satisfacción de los pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Identificar aquellas heridas quirúrgicas complicadas susceptibles de tratamiento desbridante con Urokinasa® y notificarlo a la Supervisora de Enfermería o/y al Cirujano.
2.- El Cirujano comprobará en la Historia Clínica los siguientes datos:
a) DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE
b) DATOS DE LA COMORBILIDAD DEL PACIENTE
c) DATOS TÉCNICOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
d) DATOS del día y de los parámetros DE LA ÚLTIMA ANALÍTICA realizada
e) Anotar la medicación y el tipo de dieta que lleva pautado el paciente
f) Anotar la existencia o no de TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS PREVIOS AL TRATAMIENTO DESBRIDANTE CON UROKINASA® DE LA HERIDA QUIRÚRGICA
g) Anotar la existencia o no de CULTIVOS PREVIOS AL TRATAMIENTO DESBRIDANTE CON UROKINASA® DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.
3.- Las curas se realizarán CADA 12-24 HORAS según las siguientes indicaciones, pero se debe de INDIVIDUALIZAR CADA CURA SEGÚN CRITERIO Y EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- El personal de Enfermería previa petición del volante por el Médico, tomará CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS de la herida quirúrgica PREVIOS a la cura diaria (del turno de mañanas) en los días 1º, 3º, 5º y 8º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®.
2.- Realizar ANALÍTICA con carácter NORMAL, los días 1º, 3º, 5º y 8º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®, por el personal de Enfermería previa petición del volante por el Médico Residente y en la que deben de figurar los siguientes parámetros: Hemograma, bioquímica, coagulación, ESTUDIO NUTRICIONAL, estudio de la función hepática, función renal y estudio metabólico del hierro
3.- El Médico FOTOGRAFIARA de la herida quirúrgica previamente a la cura diaria de los días 1º, 3º, 5º, 8º, 10º y 15º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de Inicio "recogida de pacientes": 2 de Mayo 2.018
Fecha Fin "recogida de pacientes": 2 Noviembre 2.018
Recogida de pacientes: 6 meses
Análisis de Resultados: Noviembre 2018
Presentación de Resultados: 13 Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.
Corrección del proyecto 2018_0197 (Contrato Programa) en el cual se me solicita se me indica que supero el

Proyecto: 2018_0200 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

numero de caracteres.
Solicito una vez corregido su admisión.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1225 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GONZALEZ SANAGUSTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO ALAGON TRINIDAD. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GALINDO LANUZA MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ARA REY ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ZAZO CEBOLLERO CLARA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MORLAN POCIELLO SARA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GARULO GRACIA DANIEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GALVEZ RODRIGUEZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
ANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LIMITADA A 24-48 HORAS TRAS LA INTERVENCIÓN, SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE DAR APOYO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIAS, PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS PROPIAS DE LA INTERVENCIÓN, DE LAS ACTIVIDADES QUE PUEDE REALIZAR TRAS LA CIRUGÍA Y LA EDUCACIÓN EN LA DIETA QUE SE ACONSEJA SEGUIR TRAS UNA COLECISTECTOMÍA.
POR ESO, VAMOS A REALIZAR ESTE TRÍPTICO INFORMATIVO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- QUE LA PERSONA INTERVENIDA MANIFIESTA QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISARÁ EN SU DOMICILIO.
- REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A CASA EN 24-48 HORAS.
- DAR CONFIANZA AL PERSONAL QUE LE ATIENDE EN EL HOSPITAL, RESOLVIENDO TODAS SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.
- TODO PACIENTE COLECISTECTOMIZADO SE IRÁ A SU DOMICILIO CON EL TRÍPTICO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- REALIZACIÓN DEL TRÍPTICO.
- REALIZACIÓN DE REUNIÓN CON EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO, PARA CONOCIMIENTO DEL PROYECTO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- EL 100% DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS SE IRÁN CON EL TRÍPTICO AL ALTA HOSPITALARIA.
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ASEGURARÁ DE LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS EXPLICADOS MEDIANTE PREGUNTAS DIRECTAS Y CONCISAS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DE JUNIO A SEPTIEMBRE 2018: REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA BUSCAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA COLECISTECTOMÍA Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO A DESARROLLAR.
DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2018: REUNIONES PARA REALIZAR EL TRÍPTICO INFORMÁTICO.
DICIEMBRE 2018: MANDAR A REPROGRAFÍA EL TRÍPTICO Y DARLO A CONOCER AL PERSONAL DE LA PLANTA PARA SU USO.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1328 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA SANCHEZ PRIETO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BANIANDRES RODRIGUEZ IRENE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ZAMORA CATEVILLA ARANZAZU. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· RAMIREZ SANAGUSTIN PATRICIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANTANDER LABAZUY LAURA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GIMENEZ RIVARES PATRICIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BETRAN GABAS MARIA SOLEDAD. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LOPEZ BESCOS SUSANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
ANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LIMITADA A 24H TRAS LA INTERVENCION, SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE DAR APOYO AL PACIENTE Y SUS FAMILIAS, PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS PROPIAS DE LA INTERVENCION, DE LAS ACTIVIDADES QUE PUEDE REALIZAR TRAS LA CIRUGIA, FACILITANDO AL PACIENTE TRIPTICO INFORMATIVO DE CUIDADOS POSTERIORES A LLEVAR A CABO EN EL DOMICILIO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-QUE EL PACIENTE INTERVENIDO MANIFIESTE ENTENDER LA INFORMACIÓN DADA AL ALTA HOSPITALARIA
-REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE DE IR A CASA EN 24 HORAS
-FOMENTAR LA ACTIVIDAD PRECOZ TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FAVORECIENDO SU AUTONOMÍA, HACIENDO HINCAPIÉ EN LAS RECOMENDACIONES NECESARIAS EN EL DOMICILIO.
-TODO PACIENTE INTERVENIDO DE VARICES SE IRÁ A CASA CON EL TRÍPTICO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- REALIZACIÓN DEL TRÍPTICO
- REALIZACION DE REUNION CON EL EQUIPO DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE CIRUGIA VASCULAR, PARA INICIO DEL PROYECTO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- EL 100% DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES SE IRÁN CON EL TRÍPTICO AL ALTA HOSPITALARIA.
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ASEGURARÁ LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS EXPLICADOS MEDIANTE PREGUNTAS DIRECTAS Y CONCISAS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2018: REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA BUSCAR LA INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS AL ATA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO A DESARROLLAR.
DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2018 : REUNIONES PARA REALIZAR EL TRIPTICO INFORMATIVO
DICIEMBRE 2018: MANDAR A REPROGRAFIA EL TRITICO Y DARLO A CONOCER A TODO EL PERSONAL DE LA PLANTA PARA SU USO.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1406 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INFORMACION SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLES PARA DISMINUIR EL RIESGO DE DESARROLLAR CANCER COLORRECTAL A PACIENTES CON ADENOMAS COLORRECTALES

2. RESPONSABLE ..... MARTA ROLDON GOLET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ASPURU RUBIO KATALIN. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· GARCIA DOMINGUEZ MELODY. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ZAMBRANA CAMPOS VANESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GUASCH MARCE MONTSERRAT. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SAUDI MORO SEF. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GODED BROTO IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en los países occidentales. En nuestro país representa la segunda causa de cáncer en hombres, por detrás del cáncer de próstata y pulmón, y la segunda en mujeres tras el cáncer de mama. Se estima que aproximadamente, cada año, se diagnostican en España alrededor de 40,000 nuevos casos de CCR y el 43% de ellos fallecen debido a esta enfermedad.

Este tipo de cáncer reúne todas las condiciones requeridas para considerarla susceptible de prevención, ya sea primaria, secundaria o terciaria, tanto en la población de riesgo medio como en la de riesgo incrementado. De hecho, la implantación de los programas de cribado de cáncer colorrectal en grupos de población de riesgo ha supuesto una de las medidas con más impacto sobre la enfermedad en los últimos años, influyendo tanto en el manejo como en el pronóstico de la misma.

Sin embargo, existen muchos factores de riesgo que pueden influir en la aparición de este tipo de cáncer. Algunos de ellos no se pueden modificar, como por ejemplo la edad o los antecedentes familiares, pero otros relacionados con el estilo de vida y la alimentación son susceptibles de cambio, abriendo por tanto una vía para la prevención. Esto se basa en la evidencia demostrada de que la modificación de diversos factores de riesgo pueden influir reduciendo el riesgo de padecer esta enfermedad, además de en el crecimiento de lesiones benignas y pre-malignas o incluso en la transformación de estas a carcinoma.

Por lo tanto, planteamos un proyecto consistente en la información y educación a población de riesgo, diagnosticada en el servicio de digestivo, sobre todos estos factores de estilo de vida y dieta que pueden modificarse, como una medida de prevención para el desarrollo del cáncer colorrectal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos del proyecto son:

- La educación desde el servicio de digestivo de la población con riesgo de padecer cáncer colorrectal sobre los factores modificables en el estilo de vida y alimentación que puedan influir en su desarrollo.
- Esta población con riesgo engloba a los pacientes diagnosticados de adenomas colorrectales, a los que presentan antecedentes familiares de cáncer colorrectal y a los que ya lo han padecido y siguen revisiones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas son:
- Tiempo y materiales para diseñar e imprimir un tríptico con recomendaciones dietéticas y cambios en el estilo de vida que ayudan a disminuir el riesgo del cáncer colorrectal, según las guías de práctica clínica más recientes.
- Entregar este tríptico a los pacientes de riesgo, cuando acudan a la prueba de colonoscopia.
- Convocar una reunión para informar sobre la iniciativa a todo el personal médico y enfermería, presentando el tríptico.
- Habilitar un lugar y un periodo de tiempo para entregar y explicar al paciente y sus acompañantes la información sobre las recomendaciones dietéticas y cambios en el estilo de vida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje global de pacientes a los que se les ha entregado/explicado las recomendaciones
- Porcentaje de pacientes con adenomas colorrectales a los que se les ha entregado/explicado las recomendaciones
- Porcentaje de pacientes con antecedentes familiares a los que se les ha entregado/explicado las recomendaciones
- Porcentaje de pacientes en revisión por CCR a los que se les ha entregado/explicado las recomendaciones
- Porcentaje de pacientes que han cambiado sus hábitos en el estilo de vida (Se recogerán en la próxima visita)
- Porcentaje de pacientes que ha realizado cambios en su dieta (Se recogerán en la siguiente visita)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_1406 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE INFORMACION SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLES PARA DISMINUIR EL RIESGO DE DESARROLLAR CANCER COLORRECTAL A PACIENTES CON ADENOMAS COLORRECTALES

El proyecto consistirá en una primera fase de organización: el tiempo necesario para diseñar el tríptico y realizar la formación del personal. Una segunda fase de aplicación: donde se inicia la entrega e información a los pacientes. Los responsable de su implantación son el personal médico y enfermería del servicio de digestivo.

La fecha prevista de inicio es el 1 de Septiembre de 2018. Tras el primer mes, se realizará una reunión con el equipo para exponer problemas iniciales o aspectos de mejora. Posteriormente se realizará una evaluación al año, utilizando los indicadores anteriormente expuestos, sobre la cumplimentación de la misma y las incidencias que puedan surgir.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2018_0236 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

2. RESPONSABLE ..... MARIA AMPARO FONTESTAD UTRILLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO RODRIGO MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MOMPRADE CASASIN SUSANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CID MARTINEZ ROSA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· REBOLLO GONZALEZ SARAI. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MONTES LORIZ ELENA. CELADOR/A. H SAN JORGE. CELADORES/AS
· BOSQUE CASASIN ISABEL. CELADOR/A. H SAN JORGE. CELADORES/AS
· VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
- La alarma generada tras dos complicaciones secundarias a la incorrecta movilización de dos pacientes que habían sido intervenidos mediante artroplastia de cadera, propició la solicitud, por parte del personal de enfermería y celadores de la planta de Traumatología, de la realización de unas clases de instrucciones básicas sobre cómo movilizar correctamente a estos pacientes.
- Pensamos que se trata de un proyecto útil que puede llevar a unificar criterios sobre el manejo de estos pacientes evitando así las posibles complicaciones de una movilización incorrecta como puede ser la luxación protésica, la fractura periprotésica, arrancamiento accidental de sondas urinarias, drenajes y vías periférica…
- Se trata de un problema serio cuyas consecuencias pueden ser de suma importancia ya que pueden derivar en la necesidad de realizar una reintervención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Unificar el modo de realizar las movilizaciones de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera durante su ingreso hospitalario.
- Evitar las consecuencias de una movilización incorrecta.
- Dotar de autonomía a todo el personal sanitario que está a cargo de estos pacientes durante su hospitalización (celadores, auxiliares de enfermería y enfermeras) para poder realizar la movilización de estos pacientes sin supervisión médica.
- Mayor tranquilidad y seguridad de todo el personal a la hora de realizar las movilizaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Impartición de clases teórico-prácticas sobre la correcta movilización de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera dirigidas fundamentalmente a personal de enfermería, celadores y auxiliares de enfermería que estén en relación con el manejo de este tipo de pacientes.
- Los responsables de la impartición de estas clases serán los facultativos del servicio de COT, el personal de enfermería de la cuarta planta de hospitalización y los celadores que aparecen en este plan de mejora ya que son los que trabajan diariamente con estos pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta. Se monitorizará mediante la historia clínica y las notificaciones anónimas realizadas en el sistema Sinasp por este motivo.
- Número de reintervenciones derivadas de ello. Se monitorizará mediante el registro de quirófano.
- Grado de dependencia del paciente al alta. Se monitorizará mediante el Índice de Barthel (escala que se ocupa de valoración funcional de un paciente y su rehabilitación).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- La primera clase se impartirá en el mes de junio 2018 y se podrá repetir las veces que sean necesarias, a petición de cualquier profesional relacionado con el tema.
- La duración de este plan de mejora sería indefinida una vez impartida la clase.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0236 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0242 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... MARTA SANCHO RODRIGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· REBOLLO GONZALEZ SARAI. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SANAGUSTIN SILANO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H JACA. ESPECIALIDADES
· JAL ALLUE ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H JACA. ESPECIALIDADES
· MARTINEZ MORALES SAMUEL. ENFERMERO/A. H JACA. ESPECIALIDADES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes ingresados en el servicio de Traumatología del hospital de Jaca por fractura de cadera, pendientes de traslado al hospital San Jorge de Huesca para ser intervenidos quirúrgicamente, se verían beneficiados de la administración de ferroterapia intravenosa para mejorar sus cifras de hemoglobina (Hb) prequirúrgicas y así disminuir el número de transfusiones y complicaciones perioperatorias y postoperatorias. La administración de la ferroterapia intravenosa supone una medida eficaz para una disminución del número de las complicaciones que aparecen al inicio de la sedestación, posiblemente por motivos hemodinámicos (mareos, hipotensión, sudoración, síncopes...).
En estos momentos, dicho tratamiento no se administra de manera reglada y tampoco en todos los pacientes.
Este proyecto es útil porque un tratamiento intensivo de la anemia preoperatoria con preparados de hierro endovenoso, supone una rápida y efectiva recuperación de los niveles de Hb con la consiguiente mejora de la situación del enfermo para afrontar la cirugía y el postoperatorio inmediato además de disminuir la necesidad de recibir una transfusión sanguínea alogénica con sus posibles riesgos asociados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La anemia influye muy negativamente en la calidad de vida de los enfermos en general y en los pacientes con fractura osteoporótica de cadera en particular. Aplicando este tratamiento, se pretende mejorar la situación basal del enfermo alcanzando cifras de hemoglobina en el rango de la normalidad y con ello disminuir las complicaciones postoperatorias derivadas de la anemia en estos pacientes.
Disminuir el número de transfusiones alogénicas en pacientes diagnosticados de fractura osteoporótica de cadera en el hospital de Jaca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El mismo día del ingreso del paciente en planta, el facultativo responsable prescribirá la ferroterapia intravenosa en función de las cifras de hemoglobina en la analítica de ingreso del paciente.
El personal de enfermería se encargará de comenzar la administración del tratamiento el mismo día del ingreso.
Se administrarán tres dosis de hierro intravenoso separadas en intervalos de 48 horas.
Se realizará, además del hemograma al ingreso, un hemograma postoperatorio y un hemograma al alta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de transfusiones pre o postquirúrgicas realizadas durante el ingreso. Se monitoriza mediante la historia clínica.
Cifras de Hb en las analíticas realizadas durante el ingreso hospitalario. Se monitoriza con los resultados de las analíticas visibles a través de la intranet clínica.
Número de complicaciones derivadas de la anemia: aparición de síntomas hemodinámicos, retraso de la movilización de los pacientes... Monitorización mediante la historia clínica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cronograma: el mismo día del ingreso, se inicia el tratamiento con la ferroterapia intravenosa que se repetirá cada 48 horas hasta completar tres dosis.
Se extraerán los datos referentes a los indicadores mencionados cada 3 meses valorando si, en el periodo de un año, el tratamiento ha sido efectivo para que así quede implantado definitivamente.
La duración del proceso será indefinida una vez se haya verificado la efectividad del proyecto, pautando dicho tratamiento a todo paciente ingresado diagnosticado de fractura de cadera.

9. OBSERVACIONES.
Ninguna

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0242 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1430 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

2. RESPONSABLE ..... ANA JULIA GARCIA MALINIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· SOLANAS TREVIÑO RUTH. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· DEL PRADO SANZ MARIA ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
· PLANAS LINARES DOLORES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La urticaria es una de las afecciones cutáneas más frecuentes en nuestro medio con una prevalencia estimada de entre el 0,5 y el 1% de la población general.La urticaria crónica espontánea (UCE) se caracteriza por la presencia de habones y/o angioedema durante más de 6 semanas de causa desconocida y no inducible.
La UCE representa cerca del 70% de todas las urticarias crónicas, generando una importante repercusión en la calidad de vida del paciente dado su difícil manejo terapéutico. El manejo de la UCE supone varios eslabones terapéuticos. Inicialmente se pauta antihistamínicos orales a dosis de ficha técnica. En caso de no respuesta a dosis regulares de antihistamínicos-H1 de segunda generación se recomienda el uso de hasta 4 veces la dosis pautada o cambio otro antihistamínico. En los casos refractarios la tercera línea de tratamiento correspondería al uso de omalizumab, ciclosporina o añadir un antagonista de leucotrienos, entre otros. El uso de corticoides sistémicos solo estaría recomendado para el manejo de las exacerbaciones agudas en pautas cortas de menos de una semana.
El Omalizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado que se une selectivamente a la IgE libre y ha sido aprobado para el tratamiento de la UCE. La dosis recomendada para el tratamiento de la UCE con Omalizumab es de 300 mg cada 4 semanas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- realizar e implementar un protocolo de desintensificación del tratamiento con Omalizumab en pacientes con UCE en la consulta de Dermatología.
- Disminuir el gasto farmacéutico y sanitario.
- Disminuir el número de visitas del paciente.
- Disminuir el número de reacciones adversas asociados al fármaco y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Evaluar la calidad de vida del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Criterios de inclusión: pacientes con UCE en tratamiento con Omalizumab controlada con UAS: 0-1 y UAS7 : =7.
- Criterios de exclusión: pacientes con UCE en tratamiento con Omalizumab no controlada o con UAS 7 mal controlado, superior a 7.
Los pacientes que cumplan criterios de inclusión y que inicialmente se encuentran en tratamiento con Omalizumab 300mg cada 4 semanas, irán optimizando su pauta de la siguiente forma:
1º Descenso de dosis a 225mg cada 4 semanas durante 3 meses
2º Descenso de dosis a 150 mg cada 4 semanas durante 3 meses
3º Descenso de dosis a 75mg cada 4 semanas durante 3 meses
4º Posteriormente, suspender tratamiento.
En caso que en algunos de los pasos el paciente tenga un mal control o UAS superior a 7 se volvería a la dosis de inicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores y evaluación
Se evaluará la mejoría de la respuesta y calidad de vida del paciente mediante una serie de encuestas que miden la actividad de la urticaria y la calidad de vida:
- UAS (urticary activity score), permite medir la actividad de la urticaria (prurito, presencia o no de habones) mediante una escala de 0 a 42 durante 4 semanas, considerándose controlada cuando la puntuación es inferior a 7.
- DLQI: es una encuesta validada de medición de la calidad de vida en dermatología.
La disminución del gasto farmacéutico se obtendrá de la diferencia entre el gasto con pauta de ficha técnica y gasto pauta desintensificación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero a Diciembre de 2018. Actualmente ya se está realizando la optimización y desintisificación del tratamiento en los pacientes con UCE en el servicio de Dermatología.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_1430 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0421 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

2. RESPONSABLE ..... MANUEL DOMINGUEZ CAJAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMO MONTERDE PATRICIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· BER NIETO YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· OLIVAN GUERRI LORENZO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· LAMBAN AISA ANA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. CONSULTAS EXTERNAS
· MONTORO HUGUET MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad de curso crónico secundaria a una respuesta inmune aberrante en un individuo genéticamente susceptible. Su incidencia anual en Europa es de 5,5-6,5 casos por cada 100.000 habitantes. Los costes asociados a su diagnóstico y tratamiento dependen en gran medida de la localización y extensión de la enfermedad, de su fenotipo (inflamatorio, penetrante-fistulizante y fibroestenótico), de la presencia o no de manifestaciones extraintestinales y de la respuesta a los tratamientos. Un estudio europeo (IMPACT) demostró que el retraso en el diagnóstico es la norma, con una media de 1-3 años (18% > 5 años) y que el 64% de los casos precisaron atención urgente antes de llegar al diagnóstico.
Todo ello explica que gran parte de los pacientes remitidos a la consulta por primera vez, hayan sido sometidos a múltiples pruebas y ensayos terapéuticos, incluyendo hospitalización y cirugía. La información obtenida por el paciente, a menudo procede de fuentes poco fidedignas, es incompleta, alarmante, errónea o incluso dañina. Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Desarrollar un protocolo asistencial para pacientes con EC que son atendidos por primera vez en la consulta monográfica de EII del H. San Jorge siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Establecer un clima de consulta confortable y empático incluyendo tiempos de visita adecuados, para recabar toda la información necesaria.
- Creación de un protocolo de actuación conjunta (médico y enfermera) basado en un esquema predefinido y apoyado por un Checklist que recuerda el cumplimiento sistemático de los siguientes pasos:
1º Obtener información acerca del debut de la enfermedad, así como de todas aquellas variables que permiten estratificar el riesgo, incluyendo hábito tabáquico, localización, extensión, fenotipo (clasificación de Montreal) y Manifestaciones Extraintestinales con vistas a seleccionar la terapia más apropiada.
2º Protocolizar las investigaciones necesarias para definir la localización y extensión de los segmentos afectados por la enfermedad y medición de la actividad clínica, biológica, endoscópica y obtenida por pruebas de imagen.
3º Recabar información acerca de todas las variables relacionadas con la seguridad incluyendo estado inmune frente a infecciones, TBC, historia de cáncer y coordinar acciones con Medicina Preventiva, para determinar la pertinencia y/o contraindicación de terapias avanzadas (inmunomoduladores y biológicos).
4º Ponderar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante cuestionarios validados, a fin de establecer una referencia sobre la que sustentar los resultados de las diferentes terapias.
5º Búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes atendidos por 1ª vez que cuentan con un check-list de apoyo para la prestación asistencial.
- % de pacientes que han sido atendidos en los tiempos predefinidos en el programa.
- % de pacientes en cuya asistencia ha intervenido la enfermera de la consulta monográfica.
- % de pacientes en quienes se han investigado las variables que permiten estratificar el riesgo.
- % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo el protocolo de inmunosupresión y derivación a Medicina Preventiva.
- % de pacientes a quienes se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna, acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer semestre 2018: Reuniones entre los miembros de la Unidad (staff médico y de enfermería) para el diseño del Checklist de apoyo con los parámetros que permitirán ordenar de un modo sistemático la información a recabar.
Segundo semestre 2018: Aplicación sistemática del Checklist de apoyo para una asistencia sistematizada.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0421 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1318 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTRADA ONCINS SILVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· ALASTRUEY VAL REYES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· ANDRES DANIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MILLAN ACERO ANA ROSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· CARRERA LAPIEDRA NOELIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· VELILLA ALONSO TERESA. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
· POVEDA SERRANO PILAR. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Hemorragia digestiva baja (HDB) es un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias, su incidencia ha aumentado en los últimos años (> 30 casos por 105 habitantes y año) y suponen un 20-15% de los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva. En la población anciana, la HDB puede superar en incidencia a la hemorragia digestiva alta (200 casos por 10 5 habitantes de 80 años). Una proporción importante de pacientes con HDB son ingresados con la finalidad de acortar la demora en la realización de la colonoscopia, generando con ello un incremento notable del gasto sanitario y de estancias hospitalarias inapropiadas. La creación de un circuito de asistencia rápida para los pacientes con HDB sin ningún criterio de gravedad permitiría optimizar el manejo clínico de estos pacientes reduciendo los costes y la morbilidad asociada a estancias hospitalarias innecesarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Establecer un circuito de asistencia rápida por vía ambulatoria para los pacientes que acuden a Urgencias por presentar una HDB sin ningún criterio de gravedad.
2. Mejorar la eficiencia del sistema y el gasto sanitario derivado de estancias hospitalarias inapropiadas, sin comprometer la seguridad del paciente.
3. Disminuir la tasa de complicaciones inherentes a estancias hospitalarias innecesarias incluyendo las derivadas del encamamiento inadecuado en pacientes de edad avanzada, pluripatológicos y polimedicados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Estratificar el riesgo de los pacientes que acuden a Urgencias con HDB de acuerdo con parámetros objetivos basados en la forma de presentación, antecedentes personales y examen físico
2. Establecer un protocolo asistencial consensuado con el Staff de Urgencias que permita seleccionar a los pacientes que podrían beneficiarse de un circuito de asistencia rápida preservando en todo momento la seguridad.
3. El protocolo incluiría:
a. Explicación al paciente de la naturaleza de su problema y de la necesidad de realizar colonoscopia precoz para alcanzar un diagnóstico sin necesidad de hospitalización.
b. Entrega al paciente del consentimiento informado y de la preparación para la colonoscopia.
c. Garantizar la realización de una colonoscopia en un tiempo inferior a 2 semanas
4. Valoración en consultas externas de Aparato Digestivo tras la realización de la colonoscopia con una demora < 2 semanas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a. % de pacientes evaluados en Urgencias por HDB en el intervalo de un año.
b. % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo la estratificación del riesgo
c. % de pacientes asistidos clasificados como HDB NO GRAVE en quienes se ha logrado evitar un ingreso hospitalario.
d. % de pacientes asistidos en Urgencias a quienes se ha realizado una colonoscopia diagnóstica por vía ambulatoria en un intervalo < 2 semanas.
e. % de pacientes con HDB que han sido atendidos en la consulta de Aparato Digestivo de manera precoz (< 2 semanas desde la realización de la colonoscopia ambulatoria).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Antes de septiembre de 2018:
Reunión con el Staff de Urgencias del HSJ de Huesca para consensuar un protocolo de actuación conjunta en el paciente que acude a urgencias por presentar HDB, incluyendo la estratificación de la gravedad de acuerdo con una escala validada (escala pronóstica de Strate).
Antes de noviembre 2018
Comunicación e información del circuito a los Médicos de Urgencias del Hospital San Jorge
Adecuación de las agendas de endoscopia para prever la realización de colonoscopias diagnósticas en pacientes con HDB clasificada como NO GRAVE en un intervalo < 2 semanas.
Adecuación de las agendas de consultas externas para informar de los resultados de la colonoscopia y planificar su tratamiento
Análisis de los indicadores: julio/ 2019.

Proyecto: 2018_1318 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1320 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... SILVIA ESTRADA ONCINS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAZARO RUBIO MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· ORTEGA ORTEGA BELEN. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
· SOLER ALLUE SANDRA. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
· BORRA MOLINER ELISA. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS
· RIVAS CALVETE OLGA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENDOSCOPIAS
· EIZMENDI BINDER ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La ascitis es la causa más común de descompensación en la cirrosis hepática (CH) y afecta a un 5-10 % de los pacientes con CH compensada cada año. Además, el 75% de los pacientes que debutan con ascitis tienen como causa subyacente la cirrosis.

Desde nuestra Unidad se realiza el seguimiento de aproximadamente 300 pacientes con CH de diferentes etiologías, la mayoría compensados, lo que supone que unos 15-30 pacientes desarrollarán ascitis a lo largo del año.

La descompensación ascítica en el paciente cirrótico se clasifica en tres grados en función de la cantidad de líquido ascítico y no todas requieren ingreso.

Grado 1: leve, detectable por ecografía.

Grado 2: moderada: distensión simétrica moderada del abdomen

Grado 3: severa: provoca importante distensión abdominal

Únicamente la ascitis grado 3 requiere ingreso hospitalario.

El análisis del líquido ascítico obtenido por paracentesis diagnóstica (PD) permite establecer un diagnóstico precoz de peritonitis bacteriana espontánea (PBE), reduciendo con ello la mortalidad desde el 90 al 20%. Hoy en día, la PD está indicada ante cualquier paciente que debuta con ascitis grado 2-3 o que requiere ingreso por CH complicada. Una adecuada valoración de estos pacientes en Urgencias permite optimizar su manejo clínico y evitar ingresos inapropiados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Promover la cultura de realizar PD de forma rutinaria en todo paciente que acude a Urgencias con sospecha de ascitis grado 2-3 o que va a precisar ingreso por cualquier otra descompensación (encefalopatía hepática, hemorragia por hipertensión portal...).
2. Obtener en todos los casos información relativa al recuento de neutrófilos, la concentración de proteínas, cultivo de líquido ascítico y el GASA (gradiente seroascítico de albúmina) cuando la causa de la ascitis no es clara.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1) Promover una reunión con el Staff de Urgencias para consensuar las indicaciones de PD en diferentes escenarios clínicos.
2) Establecer un circuito de asistencia rápida (< 1 semana) en las consultas de hepatología en aquellos pacientes con descompensación hidrópica que no han requerido de ingreso hospitalario tras su valoración en Urgencias.
3) Proporcionar recursos para el aprendizaje de la PD por parte de los MIR que rotan por la Unidad de Aparato Digestivo y solvencia para llevar a cabo la técnica de manera efectiva durante sus guardias de presencia física.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) % de pacientes con hepatopatía crónica que acuden a Urgencias por presentar ascitis de debut grado 2-3 en quienes se ha realizado análisis del líquido ascítico mediante PD.
2) % de pacientes con CH que ingresan en el hospital por presentar una complicación asociada (hemorragia digestiva, encefalopatía, infecciones) a quienes se les realiza PD como parte de la evaluación realizada en el Servicio de Urgencias.
3) % de pacientes evaluados en Urgencias por ascitis que finalmente son diagnosticados de una PBE, beneficiándose, por tanto, de un diagnóstico precoz.
4) % de pacientes con ascitis grado 2 que tras conocer el resultado de la PD han evitado un ingreso hospitalario.
5) % de pacientes valorados por ascitis en el Servicio de Urgencias que sin requerir ingreso hospitalario han sido valorados por la Unidad de Aparato Digestivo mediante el circuito de asistencia rápida, activado para este

Proyecto: 2018_1320 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

fin.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre 2018 comentar con el personal de servicio de Urgencias y fecha fin septiembre 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1338 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LA COLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... LORENZO OLIVAN GUERRI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ASPURU RUBIO KATALIN. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· RIVAS CALVETE OLGA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· LASIERRA BETRAN CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· DIESTE SAMITIER SONIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· SUELVES FERRER MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. DIGESTIVO
· ALASTRUEY VAL MARIA REYES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La percepción de satisfacción del paciente a quien se le realiza una endoscopia digestiva depende de varios factores donde intervienen diversos "actores" (citaciones, médicos, enfermeras, auxiliares y celadores). La Unidad de endoscopias (UED) funciona como Unidad de Acceso Abierto y realiza unas 2.500 colonoscopias anuales tanto convencionales como procedentes del programa de cribado de cáncer colorrectal (CCr) implantado por el Departamento de Sanidad de la DGA. Un eje fundamental en los programas de gestión de calidad es la satisfacción del paciente. Hasta el momento, no disponemos de datos acerca de la calidad sentida por el paciente en relación con los procedimientos llevados a cabo. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes permitiría detectar puntos débiles y áreas susceptibles de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a colonoscopia ambulatoria en nuestro hospital y evaluar si existen diferencias en función de que se trate de exploraciones convencionales o pertenecientes al programa de cribado de CaCrr

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Todo paciente sometido a colonoscopia ambularia recibirá en el momento del alta un Cuestionario de satisfacción validado (GHAA-9m) y adaptado a procedimientos endoscópicos, junto con un sobre franqueado para ser enviado a la UED (ver modelo anexo del GHAA-9m).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Parámetros que explora la encuesta validada:
Tiempo de espera hasta la realización de la prueba.
Espera el día de la exploración
Cortesía del médico
Explicaciones recibidas
Molestias percibidas durante la exploración.
Puntuación global de la exploración.
¿Repetiría la exploración en el mismo centro?
¿Repetiría la exploración con el mismo médico?

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Distribución de los cuestionarios a partir del mes de junio-18.
Inclusión de los resultados en la base de datos desde julio-18 hasta septiembre-18.
Análisis estadístico entre los meses de octubre y diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2018_1344 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

2. RESPONSABLE ..... BLANCA BELLOC BARBASTRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAMBAN AISA ANA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. DIGESTIVO
· ESCOBAR BELLO MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La manometría esofágica de alta resolución (MAR) ha supuesto un avance en el diagnóstico de los trastornos motores esofágicos. Por su parte, la pHmetría de 24 horas asociada o no a impedanciometría es la prueba más precisa y sensible para identificar reflujo gastroesofágico patológico, discernir los distintos tipos de reflujo y su correlación con los síntomas. Estas pruebas se realizan en el Laboratorio de Motilidad y Trastornos Funcionales Digestivos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús que recibe peticiones procedentes de toda la provincia. Actualmente el paciente que va a ser sometido a estas pruebas recibe información telefónica acerca de la preparación previa a su realización. Sin embargo, de acuerdo con las recomendaciones establecidas en la Primera Reunión Nacional de Consenso en Manometría de Alta Resolución del Grupo Español de Motilidad Digestiva, la cumplimentación de cuestionarios dirigidos a la valoración de síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la realización de estas exploraciones, permiten la obtención de una información estructurada de gran valor para estimar la idoneidad y pertinencia de la prueba solicitada, así como para el análisis e interpretación de sus resultados. Actualmente no existe un protocolo consensuado que permita recoger esta información de una manera homogénea y sistematizada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Diseñar un cuestionario estructurado que permita recabar toda la información necesaria para determinar la pertinencia e idoneidad de la prueba solicitada y conocer el número de peticiones inapropiadas.
2. Optimizar la recogida de la información concerniente a los síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la llevar a cabo la exploración con el propósito de facilitar el análisis e interpretación de los registros obtenidos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Revisión sistemática de la literatura, así como de las recomendaciones emitidas por Asociaciones Científicas de ámbito estatal e internacional relacionadas con la motilidad digestiva (visibles en www.spadiv.net) para identificar los ítems más adecuados para estructurar un cuestionario sencillo, eficiente y comprensible para los pacientes que permite cumplir con las expectativas y objetivos planteados.
2. El cuestionario será estructurado en orden a tres dominios o dimensiones relativos a
? - Síntomas que justifican la solicitud;
? - Procedimientos diagnósticos llevados a cabo (incluyendo la gastroscopia y análisis histológico de la mucosa esofágica para el despistaje de esofagitis eosinofílica) antes de realizar la manometría
? - Tratamientos recibidos antes de la prueba solicitada.
3. Redacción de un modelo de carta educada y dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar la información necesaria para optimizar la indicación de la prueba solicitada y/o la necesidad de llevar a cabo alguna exploración previa a su realización (p. ej. gastroscopia y biopsia del esófago), antes de realizar MAR.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mensualmente se realizarán las siguientes valoraciones:
1. Número total de peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría, así como su procedencia.
2. % de peticiones con indicación adecuada e inadecuada tras la información obtenida a través del cuestionario estructurado.
3. % de peticiones que tras el feedback con el médico solicitante fueron finalmente reconsideradas o desestimadas.
4. % de pacientes con solicitud de manometría esofágica sin gastroscopia y biopsia esofágica previas a su realización.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en junio 2018 durante un año, hasta Mayo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1344 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1355 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELLOC BARBASTRO BLANCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· EIZMENDI BINDER ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· CAMO MONTERDE PATRICIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La puesta en marcha de la interconsulta virtual en la Sección de Gastroenterología y Hepatología del hospital san Jorge (SGH-HSJ) ha permitido reducir la demora de 1ªs visitas solicitadas desde Atención Primaria a < 15 días. El sistema se basa en los siguientes principios: (1) Se elimina la posibilidad de cita directa desde atención primaria y Urgencias; (2) Se realiza una evaluación semanal de todas las solicitudes, tomando como base la información contenida en el volante de derivación y la disponible en las bases de datos del hospital (intranet-historia clínica electrónica). (3) De acuerdo con esta información se establecen dos vías de atención: a) Visita presencial (preferente [< 15 días] o normal [< 30 días]; b) Resolución de la solicitud sin necesidad de visita presencial. En este caso, el médico de cabecera recibe un informe personalizado con recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible (Guías de práctica clínica, Documentos de Consenso), que garantizarán una calidad asistencial óptima, sin necesidad de desplazar al paciente. (4) Cuenta de correo electrónico a disposición del médico de cabecera para cualquier aclaración.

Cumplidos 2 años desde la implantación del nuevo sistema, interesa conocer el grado de satisfacción de los médicos de atención primaria, identificar puntos de mejora y optimizar la comunicación entre ambos niveles asistenciales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Ponderar la opinión y grado de satisfacción de los médicos de atención primaria de nuestro sector acerca de las bondades y debilidades del nuevo sistema de citaciones.

2. Identificar áreas de mejora que permitan corregir debilidades del sistema, a la vez que mejorar la comunicación entre ambos niveles asistenciales.

3. Implementar cualquier propuesta o iniciativa promovida desde los propios Centros de salud, con el objetivo de corregir cualquier desviación en los estándares de calidad y seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Diseño de un cuestionario de satisfacción estructurado en varios dominios o dimensiones que permitan evaluar la satisfacción global del médico de cabecera en relación al nuevo sistema y clasificarlo en (“excelente” “óptimo” “manifiestamente mejorable”), a la vez que recoger las propuestas de mejora promovidas desde el propio centro de salud.

2. Reunión formal con los colaboradores del proyecto para participar de forma activa en el diseño del cuestionario.

3. Distribución del cuestionario en formato electrónico y de forma anónima desde la propia Dirección de atención primaria.

4. Análisis estadístico de la información obtenida y registrada en la base de datos electrónica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Ponderación de la satisfacción global del sistema en una escala numérica de 1----10.

2. % de médicos de atención primaria que califican al sistema como “excelente” “óptimo” “manifiestamente mejorable”, tanto de una manera global, como singularizada en cada uno de las dimensiones y parámetros encuestados.

3. nº de propuestas de mejora que pueden ser implementadas en el sistema tras su análisis y aprobación por el grupo de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
– Junio 2018 elaboración del cuestionario

– Julio 2018 envío del cuestionario a los médicos de atención primaria del sector de Huesca

Proyecto: 2018_1355 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

– Julio-septiembre 2018: recepción, tabulación y análisis estadístico de la información obtenida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_1399 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

2. RESPONSABLE ..... KATALIN ASPURU RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· LACALLE AICUA LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LASIERRA BETRAN CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· BELLOC BARBASTRO BLANCA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· CARRERA LAPIEDRA NOELIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· ESCOBAR BELLO MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· DIESTE SAMITIER SONIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El cáncer colorrectal (CCR) es actualmente el cáncer más frecuente si tomamos como referencia ambos sexos. Su detección precoz es clave en el pronóstico de la enfermedad y, hoy en día, es posible gracias a los programas de cribado (PrCr). En Aragón el programa de cribado consiste en la detección de sangre oculta en heces mediante un test inmunoquimico bienal y colonoscopia a los resultados positivos.

Se estima que entre el 40 y el 60% de los pacientes a quienes se les realiza una Ccr tendrán adenomas subsidiarios de resección endoscópica o polipectomía. La polipectomía se considera una técnica con riesgo implícito de hemorragia digestiva. En este punto, las guías clínicas actuales recomiendan ajustar el tratamiento antiagregante y anticoagulante días antes de la prueba para minimizar el riesgo. Por otro lado, existe una elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en nuestro medio lo que implica que una proporción significativa de pacientes subsidiarios de colononoscopia se hallarán en tratamiento anticoagulante o antiagregante.

Desde la implantación del PrCr en nuestra área de salud es notable el número de colonoscopias que deben repetirse al no haberse suspendido la toma de antiagregantes o anticoagulantes. Este fenómeno resta eficiencia al programa, genera un nuevo riesgo (e incomodidad) al paciente, grava los costes y repercute directamente en la productividad laboral al generar absentismo y presentismo en el paciente. En el otro extremo, algunos pacientes suspenden por iniciativa propia la anticoagulación añadiendo riesgo de eventos cardiovasculares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Optimizar el manejo de los pacientes antiagregados y anticoagulados a quienes se les realiza una Ccr, tras balancear la seguridad cardiovascular y el riesgo de hemorragia digestiva.
2. Reducir el número de complicaciones hemorrágicas y cardiovasculares asociadas al procedimiento.
3. Disminuir la tasa de colonoscopias evitables y acortar los tiempos de demora.
4. Facilitar y simplificar la labor del médico de atención primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Diseñar un protocolo asistencial basado en la información proporcionada por las Guías y Consensos promovidos desde diferentes ámbitos -Endoscopia, Cadiología- donde se explique de una forma eficiente, clara y concisa la pauta a seguir en el paciente subsidiario de colonoscopia de cribado y que recibe anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios.
El protocolo será valorado y consensuado con el Servicio de Hematología.
Establecer una estrategia de comunicación que garantice una amplia difusión del protocolo en los centros de salud de nuestra área sanitaria.
El Documento quedará accesible en la intranet del sector para todos los médicos de atención primaria y los demás interesados, ya que se trata de una guía de consulta útil aplicable a muchos otros pacientes fuera del programa de cribado de CCR.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:

- % de pacientes a los que se les realiza una colonosocopia pertenecientes al programa de cribado de CCR que reciben tratamiento anticoagulante o antiagregante.
- % de pacientes candidatos a Ccr a quienes se les realiza la colonoscopia una vez que se ha ajustado el tratamiento aniticoagulante o antiagregante, de acuerdo con los procedimientos y directrices establecidos en el protocolo.
- % de colonosocopias que es necesario duplicar por no haber ajustado el tratamiento.
- Tasa de complicaciones asociadas al procedimiento tras la aplicación de las directrices expuestas en el protocolo asistencial (incluye aquellas asociadas a la endoscopia propiamente dicha y las complicaciones cardiovasculares)
- nº de horas de absentismo laboral relacionado con el procedimiento.

Proyecto: 2018_1399 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

La obtención de los datos será obtenida a través de una entrevista clínica realizada al paciente con la debida antelación antes de la colonosocopia. El resultado óptimo sería que ningún paciente precisase repetir la colonoscopia por no haber ajustado previamente el tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración del protocolo de manejo del paciente que va a ser sometido a CCr hallándose en tratamiento anticoagulante o antiagregante en junio-2018.
- Valoración y aprobación del documento por el Servicio de Hematología: julio de 2018.
- Difusión del Documento a través de la Dirección de Atención primaria, así como de la intranet del hospital en el 4º trimestre de 2018.
- Tabulación, análisis e interpretación de los resultados preliminares: 1º trimestre de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2018_1492 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA CAMO MONTERDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGUEZ CAJAL MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
· SUELVES FERRER MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
· CUARTERO CUENCA BERTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· GIMENO GARCIA BEATRIZ. MIR. H SAN JORGE. ATENCION PRIMARIA
· VELILLA ALONSO TERESA. MIR. H SAN JORGE. ATENCION PRIMARIA
· PALANCA GARCIA EUGENIA. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), donde se incluye la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU) es una patología de curso crónico, en cuya etiopatogenia influyen factores ambientales, genéticos e inmunológicos, con una incidencia anual que está en aumento siendo actualmente en Europa de 5,5-6,5 casos por cada 100.000 habitantes. Estos pacientes pueden presentar una evolución compleja debido al curso natural de la enfermedad que suele cursar con episodios de reactivación de la actividad, o presentar efectos secundarios debidos a los fármacos utilizados, obligando al paciente a tener que acudir al servicio de urgencias.
Una adecuada acción en el servicio de urgencias puede ser determinante en estos pacientes, desarrollando unas pautas generales de actuación, estableciendo un contacto con la unidad o la consulta especializada de EII. Estos pacientes pueden presentar complicaciones propias de la enfermedad (brote agudo de actividad, oclusión intestinal, hemorragia digestiva) que requerirán tratamiento específico y dirigido.

Es por esto, que es necesario una pauta de actuaciones en el servicio de urgencias para una correcta valoración de síntomas alarmantes o signos que sugieran gravedad en el cuadro clínico, así como saber diferenciar el brote de la EII, de un proceso diferente,aunque concomitante al curso de la enfermedad, y no someter así al paciente a riesgos innecesarios, como tratamiento antibiótico, antiinflamatorio o corticoesteroideo si no es necesario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Desarrollar un protocolo asistencial de atención al paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el servicio de Urgencias en el Hospital San Jorge.
Con este protocolo se pretende mejorar la atención al paciente en el servicio de urgencias indicando la correcta valoración del paciente, optimizar el tratamiento de forma adecuada, haciendo un uso racional de los recursos y fármacos para disminuir las complicaciones y posibles efectos adversos teniendo en cuenta una serie de variables y pasos a seguir.
Estos serían:
- Realización una correcta valoración inicial del paciente con antecedentes y datos clínicos de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (tipo, curso, complicaciones previas) y tratamiento farmacológico actual y previo.
- Realización de pruebas complementarias necesarias iniciales para determinar actividad de la enfermedad, y diagnóstico diferencial con posibles patologías que pueda presentar el paciente de forma concomitante.
- Determinar en función de los resultados tratamiento a seguir, con optimización de dosis de forma individualizada.
- Contacto con la unidad para crear un acceso rápido en caso de seguimiento ambulatorio del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Creación de un Checklist para realizar en el servicio de urgencias, donde se identifiquen los aspectos clínicos, signos y síntomas, más importantes en la anamnesis del paciente, junto con datos del curso de la enfermedad y tratamientos concomitantes.
-Protocolizar petición de pruebas complementarias iniciales: analítica sanguínea completa (con PCR y VSG si está disponible), radiografía simple de tórax y abdomen y coprocultivos; definir en qué situaciones estaría indicado solicitar otras pruebas de imagen (ecografía y TAC abdominal).
-Elección de índices de evaluación de actividad clínica.
-Acceso de manera rápida y eficaz con la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el hospital para una adecuada valoración interdisciplinar

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
•% de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que han sido atendidos en urgencias
•% de pacientes atendidos en el servicio de urgencias por un brote agudo de su enfermedad inflamatoria intestinal
•% de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el servicio de urgencias por un motivo diferente a un brote agudo de su enfermedad
•% de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el servicio de urgencias que requieren ingreso hospitalario

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
?Primer semestre 2018: Reuniones entre los miembros de la unidad (staff médico y de enfermería) para la elección de marcadores de seguimiento, índices de evaluación clínica, protocolizar pruebas complementarias para

Proyecto: 2018_1492 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

soliticar en urgencias y vía de derivación a consulta monográfica de enfermedada inflmatoria intestinal.
?Segundo semestre 2018: Creación del Checklist e inicio de su utilización y del resto del protocolo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0686 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

2. RESPONSABLE ..... GEMMA MONTERO ALONSO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION DE GESTION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIRAL DEMUR MARIA MATILDE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. CONTROL DE GESTION
· PELEGRIN VALERO CARMELO. MEDICO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· GARCIA CARRILLO MARIA TEODOSIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PUYOL MASIAS MARIA AZUCENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· TORRALBA SUSIN MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La salud Mental en el Sector de Huesca se articula mediante la asistencia en distintos niveles y centros de asistencia. Actualmente, la visión que se tiene de la actividad asistencial de Salud Mental es en forma de silos, aislada por centro/nivel en el que se presta, por lo que se pierde la visión conjunta y transversal de la misma. La gestión de agendas de las Unidades de Salud Mental a través del Sistema de Información Hospitalaria precisa de un feedback a los profesionales para que sean conscientes de la importancia de no solo gestionar las agendas, sino también de capturar la actividad realizada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este proyecto se pretende crear un cuadro de mandos unificado de salud mental que ofrezca una visión global de la asistencia de salud mental del Sector de Huesca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas son la creación de un cuadro de mandos asistencial de salud mental que incluya:
- Hospitalización
  - Agudos/Corta Estancia
  - Media Estancia
  - Larga Estancia
  - Psicogeriatría
- Actividad Ambulatoria
  - Consultas Externas Psiquiatría San Jorge
  - Consultas Externas Psicogeriatría Hospital Sagrado Corazón
  - Unidades de Salud Mental
  - Unidades Infanto-Juveniles
  - UASA
- Hospital de Día

Una vez el cuadro de mandos que se trabajará con los auxiliares administrativos que trabajan con los sistemas de información de cada uno de los centros y que se acuerda con el jefe de Psiquiatría del Sector de Huesca, será el cuadro de mandos que de forma mensual tenga disponible el Servicio de Psiquiatría, Dirección Médica y Gerencia del Sector.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El cuadro de mandos estará creado y con el 100% de indicadores que lo compongan informados para diciembre de 2018.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:
- abril -> Diseño del contenido del cuadro de mandos.
- mayo - agosto -> Establecer proceso de explotación de datos para alimentar el cuadro de mandos
- septiembre - octubre -> Pilotaje del cuadro de mandos.
- noviembre – diciembre -> El cuadro de mandos se pone a disposición de los agentes interesados y es la fuente única de información para proporcionar las estadísticas autonómica y estatal.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0686 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0398 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL AMBITO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ..... AMAYA BARRAGAN ANGULO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... HUESCA

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

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La educación diabetológica es una pieza fundamental del proceso de aprendizaje sobre una enfermedad tan prevalente como la Diabetes Mellitus. Es imprescindible que el paciente disponga de los conocimientos básicos de su enfermedad, alimentación y manejo de su pauta de insulina, ya que de eso va a depender el control metabólico en gran medida y a largo plazo. Se pretende dotar al paciente de los conocimientos más amplios posibles de su enfermedad para que sea autónomo respecto a ella y con ello mejorar su control metabólico. Otro objetivo secundario es disminuir las visitas de la consulta de Endocrinología y que podrían ser asumidas en la consulta de enfermería.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Crear una consulta de enfermería específica de Educación diabetológica en el ámbito hospitalario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La consulta se crea con periodicidad semanal para atender a los pacientes derivados desde la consulta de Endocrinología o desde otra Especialidad médica hospitalaria.
Contenido de la consulta de enfermería de Educación Diabetológica: administración de insulina, modificación de la pauta de insulina, manejo del glucómetro, dieta por raciones de hidratos de carbono, adaptación de la pauta a la actividad física. Instrucción en el manejo de las nuevas tecnologías en Diabetes: glucómetros calculadores del bolo de insulina, bombas de insulina y plataformas de envío de datos.Las nuevas tecnologías en diabetes y nuevos tratamientos de uso parenteral obliga a disponer de un tiempo para su explicación del que no se dispone habitualmente en la consulta del Especialista en Endocrinología. La consulta de enfermería en Educación Diabetológica permitiría asumir esos pacientes en los que se proponen estos nuevos tratamientos e incluso las primeras visitas que solemos realizar para comprobar su eficacia y tolerancia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Pacientes atendidos en la consulta de Enfermería de Educación Diabetológica.
Agenda de Educación Diabetológica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en enero de 2018 y finalización en diciembre de 2018, con intención según resultados de continuar en años posteriores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0957 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION DEL ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES : UNA INTERVENCION EN LA COMUNIDAD

2. RESPONSABLE ..... MANUELA GARCIA BENITEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GEIJO BITRIAN ELENA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA
· BOILLOS FRIAS MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA
· BALLARIN APARICIO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA
· NAVARRO PEREZ CLARA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Debido a la normalización del consumo de alcohol en nuestra sociedad en ambientes festivos y celebraciones se detecta en nuestra unidad una disminución de la edad de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis alcohólica. Por este motivo creemos oportuno dar a conocer las consecuencias del alcohol en el organismo mediante sesiones clínicas a los 14 centros de salud del sector y a la unidad de pediatría

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Actualizar el conocimiento de los profesionales de atención primaria de los datos estadísticos de atención a pacientes en urgencias con intoxicación etílica,el aumento de pancreatitis alcoholica en adolescentes y la atención para deshabituación enólica en el hospital

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Recogida de datos previos a la intervención de: atención a pacientes en urgencias con intoxicación etílica, pancreatitis alcohólica y atención para deshabituación enólica en nuestro Hospital.
- Presentación del proyecto a Educación, SARES, Proyecto Hombre y Atención Primaria concertando reuniones con cada uno de ellos para coordinar nuestro plan con el proyecto de prevención de consumo de alcohol a nivel local que realiza el Gobierno de Aragón.
- Realización de sesiones en los centros de salud del sector

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-% de atención en urgencias por intoxicación etílica en el Hospital San Jorge
-% de ingresos por pancreatitis alcohólica en el Hospital San Jorge
-% de atención a pacientes para deshabituación enólica en psiquiatría en el Hospital San Jorge
-nº de charlas realizadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Abril, mayo 2018: recogida de datos estadísticos de la situación basal para medición de los indicadores previos a la actuación
-Abril, mayo y junio del 2018: Presentación del proyecto a SARES, Proyecto Hombre, Educación y Centros de Salud. Inicio de coordinación.
-Durante el 2018 sesiones en los centros de salud del sector

9. OBSERVACIONES.
Se prevé una duración de 2 años, en el 2019 se desarrollarán sesiones conjuntas entre profesionales de Atención Especializada y Atención Primaria a grupos de riesgo

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0559 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ESCOLANO PUEYO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO VICENTE MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALLUE FANTOVA NATALIA. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· VIÑUALES ARMENGOL CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· ARROYOS BELLOC FRANCISCA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· CAJA BUETAS ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La administración incorrecta de soluciones concentradas de cloruro potásico (KCl) por vía intravenosa constituye uno de los problemas más reconocidos y tratados en el campo de la seguridad del paciente.
En múltiples ocasiones han ocurrido errores de consecuencias mortales debido a la administración accidental de KCl concentrado por vía intravenosa. Un factor contribuyente común en muchos de estos casos ha sido la disponibilidad de viales o ampollas de KCl concentrado en las áreas asistenciales.
Por lo tanto, una práctica de seguridad elemental que se fomenta es la retirada de las soluciones inyectables concentradas de KCl de las unidades asistenciales y su sustitución por soluciones diluidas comerciales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducir los posibles riesgos para los pacientes derivados de la administración intravenosa de soluciones de KCl en el Hospital General San Jorge de Huesca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Participar con un equipo multidisciplinar en la elaboración de un protocolo de utilización de KCl en el centro.

-Estandarizar las soluciones diluidas de KCl que deben utilizarse en el Hospital y establecer límites de dosis, concentración y velocidades de infusión. Establecer un procedimiento de actuación ante las prescripciones que no se adapten a las soluciones normalizadas, como por ejemplo la aplicación de un protocolo de sustitución automática.

-Definir las unidades asistenciales donde se necesite disponer de soluciones concentradas de KCl y establecer las condiciones para su almacenamiento, dispensación, preparación y administración. Dispensar desde el Servicio de Farmacia estas soluciones concentradas exclusivamente a las áreas críticas autorizadas y siguiendo el protocolo establecido.

-Contribuir a la difusión y cumplimiento de estas recomendaciones y del protocolo de utilización del KCl: distribuir información escrita (dípticos informativos) indicando que especifique las nuevas presentaciones de KCl diluido de nueva adquisición en el Hospital (presentación, mEq K/mL, mEq K/envase) e impartición de sesiones a personal de enfermería.

-Retirar los viales y ampollas de KCl concentrado de las unidades asistenciales y reemplazarlos por soluciones diluidas comerciales.

-Revisión del almacenamiento de KCl concentrado en las unidades autorizadas y no autorizadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Elaboración de un protocolo de utilización de KCl en el centro: Sí/No
-Elaboración y distribución de dípticos informativos que pongan de manifiesto la importancia del uso seguro del potasio intravenoso y especifiquen las nuevas presentaciones de KCl diluido disponibles en el Hospital a la Supervisora de cada unidad de enfermería y Jefe de cada Servicio clínico: Sí/No
-Impartición de al menos una sesión sobre el uso seguro del potasio intravenoso al personal de enfermería: Sí/No.
-Elaboración y distribución de un manual de prescripción en el sistema de Prescripción Electrónica Asistida (Farmatools) para distribuir al personal facultativo que especifique la denominación exacta de las nuevas presentaciones de KCl diluido disponibles en el hospital.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-2ª quincena de abril 2018: elaboración de dípticos informativos, sesión informativa y manual de prescripción.
-1ª quincena de mayo 2018: presentación del proyecto a Supervisoras de la Unidad y Jefes de Servicio. Distribución de información (dípticos y manual de prescripción) e impartición de sesiones.
-2ª quincena de mayo 2018: inicio de la prescripción y administración de KCl diluidos, monitorización continua con la presencia física de un farmacéutico en las unidades de hospitalización para resolver las posibles dudas o inconvenientes que puedan surgir.
-Junio 2018: Revisión del grado de implantación de las soluciones de KCl diluidas comprobando que la

Proyecto: 2018_0559 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

prescripción, dispensación, almacenamiento y administración de dichas soluciones se ajustan a las especificaciones establecidas en el centro.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1401 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

2. RESPONSABLE ..... PILAR AMADOR RODRIGUEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTOIRO ALLUE RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIRECCION
· VIÑUALES ARMENGOL CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALLUE FANTOVA NATALIA. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· SERRANO VICENTE MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· ESCOLANO PUEYO ANGEL. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.
A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.
Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.
La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:
• Se comercializan con importantes reducciones de precio.
• Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
• Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
• Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.
La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.
En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.
SITUCIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.
Los fármacos biosimilares disponibles son:
- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab
Los servicios implicados han sido:
- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (infliximab)
El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:
- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría:6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.
3.- Reuniones con la Dirección Médica.

Proyecto: 2018_1401 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR/ES: VALOR OBJETIVO 2018
% de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos 2,5%
% de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos. 10%
% de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17 50%
% de variación de consumo de biosimilares 18/17 50%
Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR. 20%
Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII 90%
Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital Si

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
6.- Trazabilidad de los biosilimares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

9. OBSERVACIONES.
La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0688 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

2. RESPONSABLE ..... ROSA GIRAL OLIVAN
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERENCIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MONTOIRO ALLUE RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el Sector de Huesca hay constituidas distintas Comisiones como órganos de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para asesorar a la respectiva Dirección y en la que participan los profesionales que desarrollan su actividad en los centros asistenciales adscritos al Sector Sanitario de Huesca del Servicio Aragonés de Salud. Se componen de un Presidente, un Secretario y un número definido de vocales, pudiendo participar Residentes en formación.
Actualmente no hay disponible información actualizada y completa, accesible para los trabajadores del Sector de Huesca sobre las Comisiones constituidas, los miembros que pertenecen a cada una de ellas ni la actividad que se realiza en su seno. Como consecuencia los profesionales no saben qué comisiones existen para poder solicitar su ingreso ni cuál es el procedimiento a seguir, por lo que Secretaría de Dirección tiene que atender a estas consultas de forma periódica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este proyecto se pretende poner a disposición de todos los profesionales del Sector Sanitario la información relativa las Comisiones que les permita conocer qué comisiones hay, cuál es su contenido, quiénes son sus miembros y qué actividad realiza.
También se pretende facilitar la petición de ingreso en las mimas estableciendo unos criterios homogéneos, un modelo estándar y publicando la lista de espera para formar parte de cada una de las comisiones, descargando a Secretaría de Dirección de tener que atender estas consultas.
Adicionalmente, se pretende agilizar el proceso de acreditación de pertenencia a las mismas teniendo recopilada toda la información necesaria para poder consultarla al momento y poder emitir la correspondiente certificación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas son recopilar y organizar la información de las distintas comisiones. La información que se facilite estará estructurada de forma que se muestre un breve documento introductorio, así como un listado con las Comisiones indicando:
- Nombre comisión
- Núm. actual miembros
- Presidente (mail)
- Secretario (mail)

Cada Comisión tendrá su propio espacio en el que, como mínimo, deberá aparecer:
- Reglamento
- Actas de comisiones
- Resumen anual de actividad
- Relación miembros (inicio, fin, cargo)
- Lista de solicitudes (persona, servicio, fecha solicitud)

Se contactará vía email con los presidentes y secretarios de todas las comisiones para informales y solicitarles su colaboración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de comisiones que tienen en la nueva estructura los contenidos mínimos establecidos. (100% - 70%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:
- abril -> Relación actualizada de comisiones y del documento introductorio.
- mayo -> Correo electrónico a los presidentes/secretarios informándoles de los cambios y de la información que deben facilitar.
- junio-agosto -> Recopilación y organización de toda la información recibida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0688 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Varias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0366 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES BORREL RONCALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CEBOLLERO MATA MARISA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CAMINO GUIU MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MURILLO FLOREZ ILDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARCO BETES VICTOR. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARCO AMIGOT JOSE JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El manejo del paciente hematológico es, en términos generales, complejo dentro de la atención sanitaria.
La implementación de la Consulta de Enfermería de Hematología puede constituir una excelente oportunidad para ofrecer una atención integral a los pacientes.
El papel educacional y de apoyo del profesional de enfermería ayuda a transmitir a los pacientes los conocimientos necesarios, tanto de su enfermedad como del manejo de su tratamiento, promoviendo actividades encaminadas a una mayor seguridad y una implicación del paciente en su autocuidado.
El manejo de la mayoría de las patologías hematológicas precisa de un abordaje multidisciplinar que involucra a distintos niveles o servicios del sistema sanitario que puede ser complejo para el paciente. Disponer de una enfermera que sea su referente, coordine, planifique y oriente al paciente, favorecerá las necesidades asistenciales y mejorará la gestión de recursos.
La enfermera de Hematología, por otro lado, permitirá una optimización de los tiempos de diagnóstico en diferentes patologías: Mieloma Múltiple, GMSI, SMD,...

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la atención del paciente hematológico, en especial del oncohematológico.

Objetivos estratégicos:
o Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de su enfermedad.
o Reducir la morbilidad: asesorar para prevenir, detectar, controlar y disminuir los efectos secundarios del tratamiento.
o Detectar problemas de tipo familiar o social que dificulten el plan terapéutico.
o Ayudar al paciente/ familia a adaptarse a su nueva situación.
o Familiarizar al paciente con el medio y circuito hospitalario: guía de acogida.
o Ayudar al cumplimiento o adherencia al tratamiento.
o Servir como referente y coordinador con el resto de profesionales sanitarios.
o Favorecer la comunicación interprofesional del equipo de enfermería y coordinar y colaborar con el resto de profesionales, hematólogos, farmacéuticos, radiólogos, enfermeras del Hospital de Día, etc.
o Disminuir el número de enfermos que acuden a la consulta médica de forma no programada y a las urgencias hospitalarias.
o Reducir el tiempo de diagnóstico en los pacientes afectos de Gammapatías Monoclonales gracias a la elaboración e implementación de un protocolo con la colaboración del Laboratorio de Bioquímica.
o Mantenimientos de catéteres de vía central.
o Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
o Conseguir recursos materiales: dotación de mobiliario, ordenador, teléfono móvil de contacto
o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones
o Crear un registro de las actividades asistenciales: elaborar una base de datos de inicio y seguimiento y otro sobre incidencias y acciones correctoras
o Monitorización de adhesión al tratamiento
o Programación y planificación de la gestión de agendas
o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales
o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico
o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
o Realización de: base de datos, guía de acogida y folleto sobre cuidados y recomendaciones
o número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados
o número de llamadas telefónicas atendidas
o número de demoras en los tratamientos programados
o número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres

Proyecto: 2018_0366 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
o Cronograma:
abril y mayo: elaboración de guías, registros, planificación de agenda
junio: puesta en marcha de la consulta

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1046 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE ..... LAURA LACALLE AICUA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ MORENO PABLO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· CAMINO GUIU MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CEBOLLERO MATA MARISA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PARDIÑAS BARON BEATRIZ. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· BUISAN CASBAS GEMA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· FERNANDEZ RIVERO ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· ALBA ESTEBAN PATRICIA. MEDICO/A. H JACA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los nuevos anticoagulantes (Pradaxa, Edoxaban, Rivaroxaban y Apixaban) son en la actualidad fármacos de primera elección en muchas ocasiones en los pacientes con fibrilación auricular. Si bien no precisan controles de INR (como es preciso en los antivitamina K), sí precisan controles clínicos y analíticos.
Hemos detectado que estos fármacos se inician frecuentemente desde Atención especializada, y que estos pacientes no reciben la adecuada información sobre el fármaco prescrito y lo que conlleva estar anticoagulado.
Desde el S. de Hematología, queremos implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes de cara a asegurar cumplimiento terapéutico y control de posibles complicaciones, y además estar a disposición del resto de especialidades para cualquier duda en el manejo de los pacientes anticoagulados.
Por ello deseamos crear una consulta médica y de enfermería para todos estos pacientes que inician estos fármacos desde hospitalización. Además, contamos con la ventaja de disponer ya de una consulta de enfermería específica para los pacientes anticoagulados. Hasta el momento se ha remitido a los pacientes que inician dicumarínicos, para ajuste y seguimiento del tratamiento. Consideramos que esta consulta, con enfermería ya capacitada, es una oportunidad para dar formación a los pacientes sobre el anticoagulante de acción directa que están tomando y aumentar así la adherencia al tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Ser centro de referencia en anticoagulación en el Sector de Huesca.
2. Realizar un registro de todos los pacientes anticoagulados del sector de Huesca.
3. Formar a los pacientes sobre las indicaciones, precauciones, complicaciones de la anticoagulación oral con ACODS y mejorar el cumplimiento terapéutico.
4. Realizar controles analíticos y clínicos de cara al ajuste de dosis de los ACODs.
5. Controlar eventos trombóticos y hemorrágicos en pacientes anticoagulados con ACODs.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Establecer un circuito intrahospitalario y posteriormente con Atención primaria, para que aquellos pacientes que inician un ACOD desde atención especializada sean remitidos a Hematología para recibir formación en anticoagulación y realizar un seguimiento clínico y analítico.
2. Elaboración del registro de pacientes anticoagulados.
3. Cumplimentación de las fichas de pacientes y educación sanitaria por parte de enfermería.
4. Se realizará una primera visita a los pacientes en la consulta de enfermería de anticoagulación, los cuales se canalizarán a través de una hoja de consulta.
5. Esta consulta estará disponible todos los días de lunes a jueves de 12:30 h a 13:30 h y los viernes de 8:30h a 10:30h.
6. Tras esta primera valoración se citará a los pacientes en consultas externas de Hematología, previa extracción analítica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº pacientes anticoagulados a los que se les ha realizado educación sanitaria / nº pacientes nuevos anticoagulados con anticoagulantes de acción directa.
2. Nº pacientes con analítica anual realizada y valorada / nº pacientes anticoagulados nuevos con anticoagulantes de acción directa
3. Nº de pacientes con ficha de recogida de datos correctamente cumplimentada / nº pacientes anticoagulados
4. Nº de pacientes que ya estaban previamente anticoagulados con ACODs y se han introducido en el circuito y se les ha realizado educación sanitaria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo y Junio de 2018: informar y elaborar el circuito con el resto de especialidades y redactar la documentación necesaria (volante de canalización, material informativo para el paciente, hoja de notificación de complicaciones).
Inicio en Junio del 2018 consulta de primera visita.
Valoración anual de indicadores.

Proyecto: 2018_1046 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1084 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... ILDA MURILLO FLOREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO AMIGOT JOSE JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARCO BETES VICTOR. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LLIMIÑANA ORDAS CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. BIOQUIMICA
· BORREL RONCALES MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MENENDEZ JANDULA BARBARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· SERRANO VICENTE MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Mieloma Múltiple (MM) y las gammapatías monoclonales de significado incierto (GMSI), son hemopatías de baja frecuencia, muy heterogéneas y cuyo manejo es de gran complejidad; especialmente el manejo de los pacientes con un MM sintomático, patología incurable en el momento actual y que conlleva una morbilidad importante.
En los últimos años ha habido grandes avances en el diagnóstico y tratamiento del MM; respecto al diagnóstico, el avance en las pruebas de imagen disponible para detectar afectación ósea o extramedular precisan una adecuada definición de su papel, y los avances en cuanto a las técnicas disponibles para medir la respuesta obtenida con el tratamiento (EMR).
Respecto al tratamiento también hay novedades, básicamente por el desarrollo de nuevos fármacos, de tal forma que hoy día contamos con diferentes fármacos y combinaciones de estos que hace difícil la elección de uno u otro.
Por todo lo anterior, consideramos muy importante contar con una guía de manejo de estos pacientes, que de un lado permita disminuir la variabilidad en la práctica clínica y de otro garantice una adecuada canalización de los esfuerzos que precisa su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo fundamental es protocolizar, mediante una guía multidisciplinar, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectos de mieloma múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto.
En primer lugar, se pretende facilitar la realización de todas las pruebas necesarias para el correcto diagnóstico de los pacientes con sospecha de gammapatía monoclonal, centralizado en un profesional de enfermería responsable de coordinar la realización de dichas pruebas; estos pacientes pueden llegar al servicio de Hematología derivados desde otras especialidades (Medicina Interna, Traumatología, Nefrología, Reumatología, etc), desde Atención Primaria o desde el laboratorio de Bioquímica, por un sistema de captación precoz bien, porque se detecte un proteinograma alterado, unos niveles de proteínas totales séricas elevadas o un descenso global de inmunoglobulinas.
En segundo lugar, pretendemos definir claramente los protocolos de tratamiento a emplear en primera línea, de acuerdo con la edad, comorbilidades y estado general del paciente que permite definir si es candidato o no a consolidación con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; y los protocolos a utilizar en líneas posteriores, durante las recaídas, de tal manera que se estandarice la práctica clínica para el manejo de estos pacientes.
Finalmente, dado que en esta patología las recaídas son frecuentes y los tratamientos conllevan una serie de posibles efectos secundarios, pretendemos definir la estrategia de seguimiento más adecuada que permita tanto una detección precoz de la recaída como de las complicaciones relacionadas con los tratamientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Documentación: revisión de la bibliografía disponible sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
-Reuniones multidisciplinares (Hematología, Farmacia, Bioquímica) para discutir la información disponible y decidir la estrategia a adoptar.
-Definir procesos para valoración de pacientes que precisen soporte de otras especialidades (Nefrología, Traumatología, Unidad del Dolor, etc)
-Consensuar, dentro de las opciones de tratamiento disponible, los protocolos que se utilizaran en cada caso para el manejo de esta patología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Elaboración de la guía de Mieloma Multiple y GMSI:
Indicador: Elaborada SI o NO.
-Elaboración de hoja de acogida para pacientes con diagnostico de gammapatía monoclonal y/o mieloma multiple:
Indicador: Elaborada SI o NO.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Mayo a Julio de 2018: documentación en relación con diagnostico, tratamiento y seguimiento de los pacientes

Proyecto: 2018_1084 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

afectos de MM y GMSI.
-Septiembre a Octubre 2018: Reuniones de consenso.
-Noviembre a Diciembre 2018: 1. Elaboración de la guía y presentación ante comité correspondiente para su aprobación y publicación en la intranet del sector de Huesca. 2. Diseño de hoja de acogida para pacientes con toda la información necesaria para su atención en el servicio de Hematología y en el Hospital de día oncológico.
- Diciembre de 2018: 1. Presentación de la guía a todo el personal, tanto personal técnico de laboratorio, de enfermería y facultativos) de los servicios implicados en su elaboración (Hematología, Bioquímica y Farmacia). 2. Difusión de la guía y hoja de acogida entre pacientes afectos de mieloma múltiple o gammapatía monoclonal.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1215 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION

2. RESPONSABLE ..... BARBARA MENENDEZ JANDULA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La administración de sangre y sus componentes se haya regulada en nuestro país por el RD 1088/55 de 16 de Septiembre que establece en el capitulo IV, articulo 15, el deber del médico que establece la indicación, de explicarle al paciente los riesgos y beneficios, sus posibles alternativas y recabar la conformidad del paciente (conforme a lo dispuesto en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre).
Un sistema de calidad (SC) para el proceso clínico de transfusión debe:
• Asegurar a los pacientes, los médicos y el público en general que el tratamiento es seguro, eficaz y eficiente, y que las personas que realizan cada etapa del proceso saben lo que hacen, cómo hacerlo y por qué.
• Aportar la evidencia de que las tareas se llevan a cabo de forma correcta y sistemá¬tica, utilizando los procedimientos correctos.
• Conducir a mejoras de la calidad al aportar la evidencia pertinente relativa al rendimiento y estimular a todas las personas implicadas a aprender tanto de los errores como de los éxitos.
Con tal fin, en los Servicios Hospitalarios de transfusión se realizan inspecciones bianuales por parte de las instituciones competentes en la materia, en las que un aspecto importante es el cumplimiento del consentimiento informado, observándose en las mismas que el cumplimiento en nuestro centro es deficitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Cuantificar el grado de cumplimiento de la solicitud de consentimiento informado previo a transfusión en nuestro centro, proponer medidas de mejora y analizar el impacto de las mismas una vez aplicadas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La Comisión de transfusiones ha establecido como objetivo anual mejorar el grado de cumplimiento del Consentimiento Informado, las actividades previstas para alcanzar dicho objetivo incluye:
- Selección al azar de más de 50 historias clínicas de pacientes a los que se le realizó una transfusión a lo largo del año 2017.
- Distribución de tareas: Asignación a los miembros de los nº de historia a revisar.
- Revisión de la historia para constatar si se recabó el consentimiento informado
- Análisis estadístico del grado de cumplimentación.
- Propuesta de medidas por parte de los miembros de la Comisión en función de las necesidades detectadas
- Selección por votación de las medidas a adoptar.
- Información al personal implicado
- Aplicación de las medidas a adoptar
- Análisis estadístico del grado de cumplimentación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Grado de cumplimiento inicial: nº de pacientes sin consentimiento/nº total de pacientes %.
- Grado de cumplimiento final: nº de pacientes sin consentimiento/nº total de pacientes %.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inspección de historias y análisis del Indicador “Grado de cumplimiento Inicial”: Junio 2018
Diseño de medidas e implementación de las mismas de Julio de 2018 a Mayo de 2019 Reinspección de historias clínicas y calculo del indicador “Grado de cumplimiento final”:
Informe de conclusiones a dirección médica y valoración de necesidad de implementar nuevas medidas en función de la eficacia de la intervención

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1215 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION

Proyecto: 2018_0070 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

2. RESPONSABLE ..... CARLOS SERON ARBELOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ MERCADER ANTONIO. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
· GIMENEZ GIL RAFAEL. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
· BESCOS ABIOL JORGE ANTONIO. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
· OMEDAS BONAFONTE PAULA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente existe un programa informatico de soporte nutriional artificial, utilizado en pacientes fundamentalmente de intensivos, aunque puede usarse en el resto del hospital y que radica en un seridor del SALUD. Hasta el momento actual se introducen los datos de las analíticas precisas para el funcionamiento del programa, de forma manual. Tarea laboriosa que requiere tiempo y es propensa a errores. Esos datos son usados posteriormente en formulas e indicadores que establecen la recomendación nutricional, por lo que es preciso que sean correctos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se trata de modificar el programa para que pueda leer de la base de datos de laboratorio los datos de las últimas analíticas y poder incorporarlas con un solo click de ratón, facilitando la tarea y disminuyendo la posibilidad de errores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hay que desarrollar software para poder leer de laboratorio los datos precisos e integrarlo en el programa de nutrición.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1 - Número de pacientes tratados.
2 - Número de analíticas capturadas e incorporadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se prevé una duración de dos meses, desde inicio de Febrero para realizar la integración y el resto del año para comprobar la utilización correcta y corrección de errores.

9. OBSERVACIONES.
el soporte nutricional artificial es una tarea importante en el contexto del paciente critico y en el posquirúrgico en general que debe de protocolizarse de forma adecuada y que exige un estrecho control.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CRITICOS Y POSQUIRURGICOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0086 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

2. RESPONSABLE ..... GEMMA MENDOZA MURO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBAR VIVES INMACULADA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· MARTINEZ POLO MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· BESCOS BAQUERO SANDRA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· ALFARO ESCARTIN MARGARITA. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El ingreso de una persona en una Unidad de Cuidados Intensivos siempre es una situación especial, el paciente está crítico. Esta situación supone un proceso traumático que provoca en la familia una situación de crisis, preocupación y ansiedad.
Existen investigaciones coincidentes en resaltar que las necesidades principales de las familias de pacientes ingresados en UCI son la información y la seguridad.
Otras autoras como Concha Zaforteza consideran que dentro de las necesidades sentidas por los familiares están tener información comprensible, sentir esperanza, cercanía con el ser querido, soporte y confort.
La acogida de la familia y elaboración de una guía donde se expliquen cuidadosamente las características, normativa y funcionamiento de la Unidad es esencial en el comienzo de esta relación familia-paciente-institución que se inicia con el ingreso de la persona en UCI.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Minimizar el impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia a través de la acogida en la Unidad.
- Mejorar el grado de satisfacción de las familias al alta del paciente.
- Mejorar la calidad de los cuidados considerando que la familia es un elemento fundamental para el paciente.
- Implicar más a los profesionales en la acogida de la familia en la Unidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un grupo de trabajo “HUMANIZANDO LA UCI DE SAN JORGE” integrado por una representación de todos los colectivos sanitarios de la unidad.
- Diseño del protocolo de acogida de familiares de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.
- Diseño de una guía de presentación de la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia.
- Presentación en el servicio del protocolo y la guía todos los profesionales sanitarios antes de su puesta en marcha.
- Entrega de la guía a las familias de los pacientes ingresados
- Evaluación del impacto de la guía sobre la satisfacción de la familia referente a la acogida que se les dispensa

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Elaboración del protocolo de acogida. Estándar: SÍ
- Elaboración de la guía de presentación de la Unidad. Estándar: SÍ
- Número de profesionales formados / número total de profesionales x 100. Estándar>80%
- Número de guías entregadas/número de ingresos. Estándar >80% (desde el inicio de la fecha comienzo)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación del grupo de trabajo y reuniones programadas en los meses de Marzo, Mayo, Septiembre y Diciembre para la elaboración de la guía.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0086 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Proyecto: 2018_0088 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ELABORACION DEL PROTOCOLO DE PLASMAFERESIS EN UCI

2. RESPONSABLE ..... ARANCHA LANDER AZCONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRANQUESA GONZALEZ ENRIC. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· SERON ARBELOA CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· LABARATA MONZON LORENZO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· ESCOS ORTA JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· AVELLANAS CHAVALA MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· MARTINEZ GONZALEZ DANIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La plasmaféresis es la remoción selectiva de plasma y su reemplazo por plasma normal o coloide adecuado. En las últimas décadas se ha utilizado para la plasmaféresis la técnica de filtración por membrana previamente empleado en hemodiálisis, hemofiltración y circulación de pulmón artificial. Estas técnicas permiten un rápida y continua remoción de plasma por medio del pasaje de sangre a través de un filtro de fibras huecas o de placas paralelas.
Este método presenta algunas ventajas:
a) volumen de circulación extracorpórea muy bajo (100 a 150 ml de sangre).
b) Remoción mayor de plasma en menor tiempo.
c) No genera plaquetopenia.
d) Ha permitido desarrollar técnicas de fraccionamiento colocando filtros adicionales de acción selectiva que evitan el empleo de soluciones de reemplazo plasmático y sus consecuencias potenciales como reacciones alérgicas y transmisión de enfermedades infecciosas y la depleción de sustancias necesarias endógenas (factores de coagulación, inmunoglobulinas...) y exógenas (medicamentos).
Un listado sobre las enfermedades en las que ha sido empleada la plasmaféresis como recurso terapéutico y sobre las que existe abundante bibliografía incluye: incompatibilidad materno-fetal por Rh, púrpura trombótica trombocitopénica, púrpura trombocitopénica idiopática, crioglobulinemia, incompatibilidad ABO pre-transplante de médula ósea, hipercolesterolemia familiar, síndrome de Guillain Barré agudo y crónico, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, glomerulonefritis rápidamente progresiva, rechazo de injerto renal, cirrosis biliar, insuficiencia renal aguda en mieloma múltiple, macroglobulinemia de Waldenstrom, síndrome de hiperviscosidad, síndrome de Good Pasture, intoxicaciones, pancreatitis aguda, anemia hemolítica autoinmune, enfermedad de Refsun, vasculitis, polimiositis, etc.
Dado que la técnica ya se realiza consideramos necesario la elaboración de un protocolo de realización de plasmaferesis actualizado donde se incluyan las indicaciones con nivel de evidencia y el desarrollo claro y conciso de cómo realizar dicha técnica, como debe realizarse en cada patología, cuantas sesiones son necesarias y como deben de realizarse.
En la actualidad somos la única UCI de Aragón que realiza esta técnica. Por lo tanto a lo largo de este año se realizará la elaboración del protocolo y un registro de todos los pacientes a los que se les ha realizado esta técnica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Registro de uso de la técnica
2- realización y Cumplimentación del Consentimiento informado
3. Realización del protocolo
4.- Evaluar parametros de morbimortalidad en pacientes a los que se les ha aplicado la técnica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará la revisión del protocolo y del consentimiento informado y un estudio de todas las plasmaféresis realizadas desde el año 2007, momento en el que se iniciaron, para conocer los resultados, evolución y complicaciones de la técnica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- numero de plasmaferesis
2.- número de CI realizados
3.- Incidencia de complicaciones y mortalidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 1 -01 2018
Fecha de finalización: 31 de Diciembre de 2018
1.- Revisión de la bibliografía
2.- Revisión del protocolo
3.- Revisión y análisis de los pacientes desde que se inició la técnica
4.-Realización del protocolo y del consentimiento informado.

Proyecto: 2018_0088 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ELABORACION DEL PROTOCOLO DE PLASMAFERESIS EN UCI

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0089 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

2. RESPONSABLE ..... LORENZO LABARTA MONZON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ GONZALEZ DANIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· LACOSTENA PEREZ M EUGENIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· BUESA ESCAR ANA MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· LANDER AZCONA ARANCHA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· ESCOS ORTA JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· CABALLERO NUÑEZ SONIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION: En la mayoría de pacientes ingresado en UCI es necesaria la administración de sedantes y analgésicos para tratar la ansiedad que genera la situción de enfermedad grave, para disminuir la sensación de disnea, conseguir la adaptacion a ventilación mecánica, controlar la agitación, disminuir el dolor y poder realizar las técnicas invasivas que requieren los enfermos.
Por ello las distintas Sociedades abogan por la monitorización de la sedación, dolor y agitación. Los expertos aconsejan la monitorización por escalas completas que no sólo incluyan la valoración de la sedación (ejemplo RAMSAY), sino que incluyan apartados como la sedacion, el dolor y el delirio. Por eso aconsejan escalas de sedoanalgesia y agitación como serían las escalas de sedación-agitación: Riker Sedation-Agitation Scale (SAS) o Richmond Agitation-Sedatiton Scale (RASS), las escalas para el dolor como son la EVN, EVA y ESCID, y las escalas para valorar la agitacion como serían la Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) o la Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Registro de incidencia de agitación en UCI
2Cumplimentacion de medida RASS diaria, escalas de dolor
3.- Disminución del grado de dolor tras tratamiento (grupo control e intervención)
4.- Disminución de la incidencia agitacion
5. Evaluar parametros de morbimortalidad en ambos grupos (estancia UCI, mortalidad, calidad de vida)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Inicialmente se constituirá el Equipo de Mejora
-Posteriormente se desarrollará el Programa de Mejora con la formación del personal de las distintas escalas de sedoanalgesia y agitación
-Se incluirán todos pacientes de UCI con estancia mayor de 24 horas.
-Se tomaran los registros de sedación con la escala de RASS, escala de dolor (EVA o ESCID) y el registro de agitación con la escala de CAM-UCI.
La sedoanalgesia se seguirá realizando en los dos grupos, según el algoritmo de la UCI para control del dolor y la sedación.
El grupo de Mejora de Calidad, realizará una hoja de recogidas de datos (edad, sexo, antecedentes, tratamientos, tipo de ingreso, mediación en UCI, escalas de gravedad, escala sedación, escala dolor, escala agitación, presencia de agitación, tipo de agitación, estancia en UCI, Ventilacion Mecánica, mortalidad, etc). Se firmará un compromiso de confidencialidad en la recogida de datos y con la conformidad del Jefe de Servicio o Director. Finalmente se analizarán los datos obtenidos y se realizará un analisis estadístico para estimar la significación de las medidas realizadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1-% de pacientes agitados/total pacientes > 24 horas.
2- 80% de mediciones cumplimentadas
3-% de pacientes con valor de EVA o ESCID <4 en ambos grupos. (menor en el grupo intervención)
4-% de episodios agitacion en ambos grupos (menor en el grupo intervención)
5-Media de dias de estancia en UCI, % de mortalidad, valor en la escala de calidad de vida SF36

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 15 de Enero 2018 - Final 15 Agosto 2018
1.- Formación en las escalas RASS.
2-Reunion en Enero-Febrero del Grupo de Mejora de Calidad para estimar el cumplimiento del registro de escalas.
3.-Reunión en Marzo para plasmar y concretar el algoritmo definitivo para control del dolor y profilaxis de agitacion.
4.-Implementación del algoritmo en el programa Informatico Metavision (antes del 14 de Junio de 2017.
5.- Implementación el 15 de Junio del algoritmo en los pacientes de UCI
6.- De forma progresiva rellenar las hojas de recogidas de datos de los pacientes y a partir del 15 de Agosto de 2017 analizar los datos de forma analítica para obtener conclusiones y evaluar la obtencion de los objetivos deseados

Proyecto: 2018_0089 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0108 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... ANA CERRO JUNCOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAIRLA OLIVAN MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· MENDOZA MURO GEMMA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· MONTAÑANA GUZMAN ISABEL. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
· BARA LERA MATILDE. TCAE. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios.
La seguridad del paciente además de ser una prioridad en la asistencia sanitaria, es un derecho reconocido a nivel mundial.
Es preciso que cada Box de UCI este dotado del material necesario para la atención del paciente crítico en el momento de su ingreso, para ello el Box debe ser preparado cada vez que se da un alta.
Consideramos importante la creación de un check list para verificar la correcta disposición de los recursos materiales del habitáculo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Dar la más rápida y eficiente atención en el momento del ingreso de un paciente en nuestra unidad
2. Organizar el trabajo en equipo a la hora de adecuar el Box tras el alta de un paciente facilitando el ritmo de trabajo.
3. Mejorar el rendimiento asistencial debido a la necesidad permanente de atención, a la complejidad de los enfermos críticos y al gran número de personal sanitario que trabaja en estas unidades
4. Establecer cauces de comunicación adecuados entre todo el personal sanitario implicado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? Crear un check list con el material necesario de cada Box para tras cada alta dejarlo adecuado para su nuevo uso
? Implementar su uso en nuestra unidad poniendo en conocimiento la existencia y el uso del mismo entre el personal implicado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? Valoración anual de hojas de registro y su mejora según las necesidades del servicio
? Evaluación de la cumplimentación de la herramienta de trabajo por parte del personal implicado

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividad continuada en el tiempo con valoración anual de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0174 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL PELAY CACHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· CALVO BEGUERIA EVA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MADROÑERO VUELTA ANA BELEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· OMISTE SANVICENTE TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) tienen mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares (ECV). Esto se debe tanto al desarrollo de arteriosclerosis precoz y acelerada como a la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y a la propia inflamación crónica. También el tratamiento con corticoides, inmunosupresores o AINES, fármacos muy utilizados para el control de esta enfermedades, puede provocar elevación de presion arterial (PA) o empeorar una HTA esencial ya existente.
Las enfermedades más analizadas a este respecto en estudios epidemiológicos han sido el lupus eritematoso sistémico (LES) y la artritis reumatoide (AR). Los pacientes con LES tienen mayor riesgo que la población general de presentar infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca, accidentes cerebrales vasculares y mortalidad por ECV. Los FRCV tradicionales que se asocian con un mayor riesgo de ECV en estos pacientes son HTA, edad avanzada, dislipemia, tabaquismo, sexo masculino y elevación de proteina C reactiva (PCR). También se postulan como factores predictores de ECV una mayor actividad de la enfermedad y la utilización de azatioprina y corticoides.
Por otro lado la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con LES alcanza un 38% en estudios epidemiológicos internacionales.
Por ello el control de los FRCV en los pacientes afectos de EAS se considera fundamental para tratar de mejorar su RCV y debe ser una práctica habitual en su manejo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Estudiar los FRCV en los pacientes atendidos en las consultas de Enfermedades Autoinmunes del Hospital San Jorge de Huesca, así como estratificar su RCV mediante SCORE.
2. Determinar el porcentaje de enfermos con EAS que presentan síndrome metabólico.
3. Analizar los distintos FRCV y el RCV global en cada una de las EAS valoradas en consultas (LES, síndrome antifosfolípido, esclerodermia, Sjogren, miopatías inflamatorias y vasculitis).
4. Tratar de optimizar el tratamiento de dichos FRCV tanto con medidas higiénico dietéticas como farmacológicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará una evaluación de los pacientes con EAS de forma ambulatoria que incluirá:
- Historia clínica: incluyendo antecedentes familiares de primer grado de ECV precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, estilo de vida y tratamientos.
- Exploración física: medida de PA según el consenso de la ESH/ESC; parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro de cintura)
- Análisis sanguíneo: bioquímica que incluya función renal, filtrado glomerular (FG), ionograma, ácido úrico, glucosa basal (y HbA1C en su caso), perfil lipídico (colesterol total, fracciones HDL y LDL, triglicéridos).
- Análisis de orina: albuminuria
Se calculará el RCV mediante escala SCORE. Se excluirán de dicho cálculo los pacientes con ECV establecida.
En función del perfil de riesgo de cada paciente se indicarán las medidas terapéuticas o profilácticas que se estimen oportunas de cara a reducir el RCV.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de enfermos con EAS atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes a los que se realiza estudio de FRCV (estándar: 80%)
- Número de pacientes con EAS atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes en los que se calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80%)
- Porcentaje de pacientes con EAS que presenta síndrome metabólico.
- Comparación en porcentaje de RCV (bajo/moderado/alto/muy alto) en cada uno de los subgrupos de EAS.
- Número de pacientes en los que se modifica el tratamiento farmacológico y/o estilo de vida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se trata de un estudio prospectivo que se llevará a cabo en la consulta de Enfermedades Autoinmunes durante el segundo semestre del 2018.

Proyecto: 2018_0174 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0424 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGO CARDIOVASCULAR LEVE

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OMISTE SANVICENTE TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· PELAY CACHO RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· JIMENO GRIÑO CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· EGIDO MURCIANO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ HUGUET CLAUDIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· PEREZ LORENZ JUAN BLAS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes con infección por el VIH tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) que la población general y los eventos cardiovasculares con frecuencia se presentan en edades más tempranas. La identificación de los pacientes con elevado RCV es esencial para la adopción de medidas preventivas y debería formar parte de la evaluación clínica habitual de los sujetos infectados por el VIH. Las estrategias para disminuir el RCV incluyen el control de la replicación del virus y la identificación y control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales FRCV, generando gran impacto sobre la mortalidad cardiovascular.
La medida de presión arterial (PA) mediante MAPA es un predictor más sensible del riesgo de eventos cardiovasculares que la medida de PA en consulta. Los patrones de descenso de PA en MAPA más relacionados con eventos cardiovasculares son el patrón non dipper y el extreme dipper. Por ello la MAPA es especialmente útil cuando existe una discordancia entre la PA en consulta y ambulatoria, de cara a evaluar su comportamiento a lo largo del día y su variabilidad. Existen datos procedentes de la literatura que encuentran una elevada prevalencia de patrón non dipper entre los sujetos infectados por VIH.
El estudio con MAPA en los pacientes jóvenes infectados por VIH con RCV leve podría mejorar su estratificación, detectando patrones de PA que impliquen un mayor riesgo. Esto ayudaría a intensificar las medidas profilácticas y terapéuticas pertinentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Estratificar el RCV de los enfermos VIH atendidos en la Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge de Huesca
-Valorar la realización de MAPA en los pacientes VIH menores de 40 años con RCV leve
-Identificar a los sujetos con patrón de MAPA que implique un mayor RCV para poder optimizar su prevención y tratamiento
-Mejorar el diagnóstico de HTA en los enfermos VIH: HTA enmascarada, fenómeno de bata blanca, HTA lábil

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará una evaluación de los pacientes VIH atendidos en la Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge de Huesca que incluirá:
-Historia clínica: antecedentes familiares de primer grado con ECV precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, estilo de vida y tratamientos.
-Exploración física incluyendo medida de PA según consenso de ESH/ESC (Sociedad Europea de Hipertensión/ Sociedad Europea de Cardiología), parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro de cintura).
-Análisis sanguíneo; bioquímica que incluya función renal, filtrado glomerular (FG), ionograma, ácido úrico, glucosa basal (y HbA1C en su caso), perfil lipídico (colesterol total, fracciones HDL y LDL, triglicéridos).
-Cálculo del RCV mediante escala SCORE a todos los pacientes de la Consulta de Infecciosos. Se excluirán de dicho cálculo los sujetos con ECV establecida.
-Estudio de MAPA a los sujetos menores de 45 años con RCV leve.
Se revisará a los pacientes en consulta ambulatoria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de pacientes VIH atendidos en Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge a los que se les calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80%).
-Número de enfermos VIH con RCV leve calculado mediante SCORE a los que se les realiza MAPA (estándar 80%).
-Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón non dipper.
-Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón extreme dipper.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se trata de un estudio prospectivo que se llevará a cabo en la Consulta de Infecciosos durante el segundo semestre de 2018 y primer semestre de 2019.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0424 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGO CARDIOVASCULAR LEVE

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0579 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

2. RESPONSABLE ..... MARIO MALLEN DIAZ DE TERAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO BEGUERIA EVA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· MARQUINA MARTINEZ DIANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO
· LACALLE AICUA LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PEREZ CLAVIJO GRETEHEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· INGLES ZAMORA CRISTIAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA VASCULAR
· CARMONA ESCRIBANO MARIA DEL VALLE. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
· GIMENO GRIÑO CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), que incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) es un problema de salud pública importante.Según los datos del Registro informatizado RIETE, en España la incidencia anual de ETEV es de 0.16 por 1000 personas.
Los resultados de ensayos clínicos en los que se compara el tratamiento ambulatorio con HBPM con el tratamiento hospitalario con heparina no fraccionada intravenosa en la fase aguda de la TVP aislada demuestran incidencias similares de hemorragia y recidiva tromboembólica. Evitando al paciente la morbimortalidad y riesgo de infecciones qué conlleva el ingreso hospitalario.
Por otro lado, el TEP es unaenfermedad potencialmente grave, siendo responsable de un 4-10% de todos los fallecimientos hospitalarios. Es por ello, muy importante realizar protocolos consensuados para la correcta sospecha de ETEV en urgencias qué garanticen el diagnóstico y tratamiento adecuado delos pacientes con sospecha de ETEV a fin de evitar morbimortalidad y asegurar el correcto seguimiento de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
? Realizar un protocolo de derivación a consultas externas de pacientes con ETEV, excluyendo a los pacientes de alto riesgo que requieran ingreso.
? Difusión de dicho protocolo entre los servicios implicados
? Realizar protocolos de seguimiento ambulatorio coordinados desde Medicina Interna que incluyan valoración por los servicios de Cirugía Vascular y Hematología. Que deriven en lo posible en un diagnóstico etiológico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se aplicará a todos los enfermos atendidos y diagnosticados de TVP en el servicio de Urgencias del Hospital San Jorge. Incluirá
-Historia clínica completa incluyendo: antecedentes personales (sexo, edad, tabaquismo) y familiares de TVP, posibles causas precipitantes del proceso (inmovilizaciones, cirugía reciente, hospitalización previa, fracturas, tratamiento hormonal, embarazo, puerperio, proceso neoplásico activo, enfermedades autoinmunes...) exploración física completa (IMC).
-Analítica: bioquímica (Incluido función renal con filtrado glomerular (FG) / y función hepática (GOT, GPT, LDH), hemograma, coagulación, INR, TTPA, D dímero.Valorar gasometría arterial si saturación <95 %.
-ECG. RX tórax. Eco Doppler venosa (si fuera posible). -AngioTAC si sospecha tras valoración completa de embolia pulmonar asociada o TEP
Se deberá aplicar la probabilidad clínica pre-test ante cualquier sospecha de ETEV con el índice Wells para TVP; https://samiuc.es.calculadores-medicos.
-Valoración en Consultas Externas de los pacientes identificados según el protocolo a desarrollar
- Se iniciará tratamiento anticoagulante en el S. Urgencias. Según protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? Realización del Protocolo
? Número de enfermos atendidos en el S de Urgencias con sospecha de TVP a los cuales se les haya derivado a consultas externas por cumplir los criterios de inclusión.
? Número de pacientes qué han precisado ingreso por no cumplir los criterios de inclusión y/o cumplir criterios de exclusión

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se iniciaran las reuniones en Mayo de 2018, evaluándose en el primer trimestre de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0579 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0404 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

2. RESPONSABLE ..... SUSANA SALVATIERRA DOMPER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATEOS FERNANDEZ-ARROYO NURIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· ARAZO RIVAS JANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· MORENO MEJIA ANA GRACIELA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· ARRAZOLA ALBERDI OIHANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
ADQUIRIR UN GERMEN MULTIRRESISTENTE REPERCUTE EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE, EN LA MORBI-MORTALIDAD QUE OCASIONAN Y EN EL COSTE ECONÓMICO QUE ESTO SUPONE.
EN LA APARICIÓN Y DIFUSIÓN DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS INFLUYEN DOS FACTORES IMPORTANTES QUE SON: LAS MEDIDAS DE CONTROL DE COLONIZACIÓN/INFECCIÓN Y LA PRESIÓN SELECTIVA DE LOS ANTIMICROBIANOS. CON ESTE SISTEMA DE ALERTA PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DE DICHOS PACIENTES.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
DETECTAR Y AISLAR A LOS PACIENTES PORTADORES DE GMR EN EL ÚLTIMO AÑO CONSIGUIENDO UN MAYOR CONTROL DE LOS MISMOS DE FORMA PRECOZ Y FACILITANDO EL TRABAJO AL RESTO DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
CUANDO APAREZCA LA ALERTA, ÉSTA PUEDE APARECER COMO SARM U OTRO GMR Y ES ENTONCES CUANDO EL PROFESIONAL DEBE DE CONSENSUAR DICHA ALERTA CON EL PROTOCOLO DE GMR EXISTENTE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS.
SE ESTABLECERÁ UN CIRCUITO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS TRES SERVICIOS IMPLICADOS: SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, URGENCIAS Y LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA, SIENDO ÉSTA ÚLTIMA, LA ENCARGADA DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
PORCENTAJE DE PACIENTES DETECTADOS CON ALERTA CON MEDIDAS ADECUADAS SEGÚN PROTOCOLO/ TOTAL DE PACIENTES CON ALERTA.
SE PRETENDE CONSEGUIR UN PORCENTAJE =90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS E INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS CORRECTORAS: 6 MESES

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0479 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

2. RESPONSABLE ..... JORGE ARRIBAS GARCIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANGULO LOPEZ ITZIAR. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MALO PINTADO SUSANA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· OSTA PEREZ MERCHE. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GRACIA LOSILLA EVA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PINILLA MAINAR CRISTINA. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente se ha demostrado la importancia de la llamada medicina personalizada, basada en utilizar el fármaco adecuado para la persona indicada en el momento oportuno. En las enfermedades infecciosas, un diagnóstico ágil, acertado y un tratamiento apropiado son esenciales tanto para la curación del paciente como para disminuir su morbimortalidad. Hasta ahora los pacientes con Bacteriemias debían esperar entre 24/48h desde que el frasco de hemocultivo resultaba positivo hasta que se identificaba el gérmen causante, tiempo en ocasiones excesivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Recientemente se ha implantado en el Hospital San Jorge un grupo de PROA mediante el que se pretende racionalizar y optimizar el uso de los antibióticos, adecuando su espectro y duración al patógeno así como al foco infeccioso.
Desde el Laboratorio de Microbiología se lleva a cabo un apoyo constante a dicho grupo, tratando en todo momento de perfeccionar los métodos utilizados para identificar las etiologías de las enfermedades infecciosas. Entre otras cosas aspira cada día a agilizar los procesos, aspecto que condiciona la evolución clínica de los pacientes, su estancia hospitalaria así como la probabilidad de error en el tratamiento empírico.
En el laboratorio de Microbiología, se incorporó la técnica de espectrometría (MALDI-ToF) el 1 de Marzo de 2018.
Esta técnica proteómica, basada en el estudio y caracterización del conjunto de proteínas expresadas por un genoma microbiano, destaca por su rapidez y fiabilidad en la identificación de microorganismos, así como su bajo coste en reactivos. La implementación de esta técnica, junto con las técnicas de tinción a partir de Hemocultivos positivos, nos brinda la oportunidad de elaborar informes preliminares a los clínicos responsables de los pacientes afectados de patologías infecciosas. Estos informes ayudarán significativamente a una adecuada prescripción en la terapia antibiótica con todo lo que ello implica en cuanto a pronóstico y consumo de recursos sanitarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se va a implementar un nuevo procedimiento en el Laboratorio de Microbiología, mediante el cual se emitirán informes preliminares en pacientes con Bacteriemias. Para ello se pretende, en primer lugar, a partir de frasco de Hemocultivo positivo, informar su visión directa por tinción GRAM y, en segundo lugar, mediante la aplicación de la técnica MALDI-ToF en esas mismas muestras positivas de hemocultivos, realizar informes concretando la identidad del patógeno infeccioso, ambos informes en un lapso de tiempo de 4-6horas entre uno y otro. Esto nos permitirá adelantar incluso en 48/72 horas el resultado de la identificación microbiana si se compara con la identificación bioquímica clásica y en 24 horas si se compara con la identificación mediante MALDI-ToF a partir de colonias bacterianas o fúngicas, lo que tiene un impacto clínico evidente, ofreciendo la posibilidad de implementar un tratamiento antimicrobiano precoz más dirigido en los pacientes con sepsis.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº hemocultivos con informe preliminar de visión de tinción GRAM /Total de hemocultivos positivos
Objetivo: >85%
Nº hemocultivos con informe preliminar de identificación por Maldi-TOF/Total de hemocultivos positivos
Objetivo: >50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se registrarán los indicadores en el Ssistema informático del laboratorio (SIL) y se explotarán una vez al año.
-Comienzo registro gram preliminar: 1 de Enero 2018
-Comienzo registro Maldi-TOF preliminar: 24 Abril 2018.
-Explotación resultados: Enero 2019.

9. OBSERVACIONES.
-

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0479 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0503 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

2. RESPONSABLE ..... ITZIAR ANGULO LOPEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRIBAS GARCIA JORGE. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MAIRAL CLAVER PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CHAVARRIGA PENELLA JOSE LUIS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PALACIO SIN MARIA DE LA O. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· UBIETO ROLDAN ANA BELEN. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La necesidad de planificar un programa de sesiones multidisciplinares en el Servicio de Microbiología nace de las peticiones reiteradas de los distintos profesionales que trabajan en la Unidad, de hecho se ha sugerido en entrevistas personales con los miembros de la plantilla en numerosas ocasiones.

Las sesiones multidisciplinares dentro de los servicios desempeñan un papel cada vez más importante como punto de encuentro para que los miembros sanitarios del servicio puedan interactuar y aprender unos de otros.

Así mismo, muchos de los contenidos de las sesiones semanales obedecen a la necesidad de hacer partícipe al servicio de nuevas evidencias científicas que necesitan de ser implementadas en la práctica diaria, así como de la revisión del Servicio de nuevas metodologías de trabajo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo general del programa de sesiones multidisciplinares es disponer de una herramienta de mejora del personal sanitario a través de la Formación Continuada y Reciclaje de los profesionales.

Los objetivos más específicos de este programa de sesiones serían:

- Compartir las actualizaciones diagnóstico-terapéuticas en los procesos infecciosos más prevalentes y que generan actuación multidisciplinar coordinada.
- Favorecer la comunicación entre los miembros del Servicio, facilitando además la interacción entre distintos Servicios y Unidades de nuestro hospital.
- Proporcionar actualización en procesos diagnósticos en enfermedades infecciosas y microbiología clínica.
- Actualizar los conocimientos en investigación sanitaria.
- Comunicar los diferentes procedimientos, normas de actuación, procesos y protocolos relevantes para todos los profesionales del servicio.
- Fomentar el uso de las guías y protocolos clínicos.
- Potenciar el feed-back de la información a los profesionales del servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se planificará un calendario de sesiones semanales impartidas por los facultativos especialistas de Microbiología, basándonos en la siguiente metodología:

- Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio (FEA) de una actualización sobre el tema utilizando los recursos audiovisuales del Servicio.

- Tras cada sesión, se abrirá un turno de ruegos y preguntas que permita la interacción entre los docentes y discentes y resolución conjunta o elaboración de conclusiones.

- Al finalizar la sesión, se realizará una encuesta de satisfacción de la actividad.

- Asimismo se cumplimentará por parte de los discentes una hoja de asistencia (firmas).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Impartir las sesiones clínicas planificadas según el calendario: >90%.

- Asistencia mínima requerida de los miembros de la plantilla, acreditada por la hoja de firmas tras cada sesión: 80%.

- Encuesta de satisfacción con sugerencias de forma anónima, valoración al profesorado y aplicación práctica de lo aprendido: valoración igual o >7 (nota sobre 10).

Proyecto: 2018_0503 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio de la actividad: 01-09-2018.

Periodicidad semanal de las sesiones programadas.

Finalización de la actividad: 31-12-2018.

Evaluación del proyecto: Enero de 2019. Revisión de la asistencia requerida y valoración del programa de sesiones mediante las encuestas de satisfacción.

9. OBSERVACIONES.
-

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0437 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ..... PAULA MUNGUIA NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FELEZ JUSTES ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· INGLES SANZ CRISTIAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA VASCULAR
· MONTUENGA GRACIA JUDITH. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· TENA RAMOS GLORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· VIÑUALES LAVIÑA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El acceso vascular para hemodiálisis es esencial para el enfermo renal tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida.
El objetivo de la monitorización y vigilancia de la fistula arteriovenosa (FAV) es diagnosticar precozmente la patología de la FAV. La trombosis irreversible de la FAV ocasiona una serie de consecuencias negativas para el paciente prevalente que sigue un programa de Hemodiálisis (HD): reducción del capital venoso, necesidad de la implantación de un catéter venoso central (CVC), menor eficacia de la HD, posible estenosis o trombosis de venas centrales, y la construcción de una nueva FAV. Todo ello incrementa la frecuencia de hospitalización, la morbimortalidad y el gasto sanitario del paciente en HD crónica.
Los métodos o técnicas de cribado o screening para el diagnóstico precoz de la estenosis significativa de la FAV se clasifican en 2 grandes grupos, y se recomienda emplear ambos en las últimas Guías del Acceso Vascular, para la vigilancia de la FAV. Los métodos de primera generación incluyen la monitorización clínica durante la sesión (exploración física, problemas durante la sesión de HD), determinación del porcentaje de recirculación, disminución de la adecuación de la HD, etc. Los métodos se segunda generación permiten calcular el flujo sanguíneo (QA) de la FAV e incluyen los métodos de cribado dilucionales y la ecografía Doppler, presentado ambos un rendimiento equivalente en cuanto a la determinación del flujo del acceso vascular. El método de cribado dilucional, puede calcularse con los monitores de la Unidad de HD actual, sin embargo no se emplean.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Protocolizar y estandarizar la valoración de la FAV en hemodiálisis. Incluir métodos secundarios de valoración de la FAV en la Unidad de Hemodiálisis. Disminuir el número de trombosis de FAV en pacientes prevalentes en hemodiálisis. Mejorar la funcionalidad de la FAV.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En una primera fase, componer un grupo de responsables del acceso vascular (enfermería y facultativos), encargado de la monitorización final del acceso vascular. En una segunda fase, elaboración de un protocolo e instrucción al personal de enfermería sobre los métodos de monitorización del acceso vascular, para unificar su evaluación y registro, así como implantar la técnica de segunda generación (Cribado dilucional) en la Unidad de HD.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
(Según recomendaciones Guías del Acceso Vascular para Hemodiálisis publicadas en la Revista Nefrología en 2017 del Grupo Español multidisciplinar del Acceso Vascular)
1.- Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Periodicidad: anual.Estándar: < 0,15 trombosis/paciente/año.
2.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Periodicidad: Cuatrimestral.Estándar: > 90%.
3.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas nativascon estenosis significativa, no trombosada, reparadas quirúrgicamente que siguen permeablesdespués del año. Periodicidad: anual.Estándar: > 50% al año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del protocolo e instrucción: mayo- junio 2018. Recogida de datos: Se registrará el QA en el programa informático (Nefrolink) de forma bimensual, en la pestaña de “Vigilancia del acceso vascular”. Evaluación de los datos: trimestral (enero, abril, julio y octubre de cada año)

9. OBSERVACIONES.
Se aplicará a todos los pacientes en hemodiálisis portadores de FAV.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0437 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1035 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... INES BEIRED VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERGUA AMORES CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· UTRILLA PEREZ MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· MONTUENGA GRACIA JUDITH. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· TENA RAMOS GLORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· QUILEZ PEREZ LUCIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS
· SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En 2008, la Sociedad Internacional de Nutrición Renal y Metabolismo (ISRNM) propuso la adopción del término protein-energy wasting (síndrome de desgaste proteico-energético, DPE) como nomenclatura unificadora y punto de partida hacia un mejor conocimiento y tratamiento de los problemas nutricionales en el paciente urémico.
El término DPE intenta aunar en una sola entidad patológica las múltiples alteraciones nutricionales y catabólicas que acontecen en la enfermedad renal crónica y que conllevan la pérdida gradual y progresiva de masa tanto muscular como grasa. Es un síndrome común, especialmente a partir del estadio 4-5 de ERC, que está presente en el 30-60 % de los pacientes en diálisis. Las consecuencias clínicas del DPE pueden ser graves y reclaman un tratamiento rápido y efectivo, puesto que se asocia a un incremento de la mortalidad tanto global como cardiovascular, del número de infecciones e ingresos, y a otras muchas comorbilidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evaluar el estado nutricional mediante los actuales criterios del síndrome de DPE en los pacientes en hemodiálisis al inicio del tratamiento renal sustitutivo y cada 3 meses. Los criterios del DPE se basan en: criterios bioquímicos, masa corporal, masa muscular e ingesta dietética.
Proponer las intervenciones nutricionales necesarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Educar en la indentificación y manejo de problemas nutricionales al personal médico y de enfermería. Instaurar en la unidad de hemodiálisis un protocolo de valoración del síndrome de DPE y su seguimiento. Consensuar la intervención dietética y nutricionales en el paciente detectado.
Estudio observacional sobre la población en hemodiálisis en el Hospital San Jorge, para lo que se realizará:
1.- Creación del grupo de trabajo, consensuar el protocolo y formación de los miembros implicados.
2.- Elaboración de base de datos.
3.- Establecer las medidas dietéticas y nutricionales adecuadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Determinación de la incidencia y prevalencia del síndrome de DPE en la unidad de hemodiálisis.
Porcentaje de pacientes en los que se haya intervenido con medidas dietéticas y con medidas dietéticas y aportes nutricionales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Sesión informativa, distribución de trabajo y elaboración del protocolo: junio de 2018.
2.- Primera valoración y seguimiento: julio 2018, octubre 2018, enero 2019.
3.- Analísis de los resultados: febrero de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1098 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAJARAVILLE ASO PILAR. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· CHARTE ALEGRE MARIA ELENA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA CALVO ANGEL. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· QUINTANA VELASCO CARMEN L. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
· BEIRED VAL INES. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· MUNGUIA NAVARRO PAULA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA
· BERGUA AMORES CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública importante. Según los resultados del estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) el 10 % de la población adulta sufre algún grado de ERC. El 6,8 % tienen insuficiencia renal (FG < 60 ml/min). Esta entidad se asocia a una importante morbi-mortalidad cardiovascular, así como costes muy significativos. Solo una pequeña proporción de enfermos con ERC evolucionarán hacia la insuficiencia renal terminal con sus complicaciones asociadas y necesidad de tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante). Esta evolución hacia la pérdida de función renal tiene un curso progresivo, en el que podemos influir mediante una actuación precoz sobre sus principales causas: hipertensión arterial y diabetes mellitus. El control de estas debe ser estricto y adecuado a las recomendaciones de las Guías en vigor no solo para minimizar su progresión y tratar las complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, sino también para reducir el riesgo vascular asociado a la ERC. Por otra parte, Un número importante de pacientes con ERC están sin diagnosticar (se estima que alrededor del 20% de la población con más de 60 años tienen insuficiencia renal, esto es ERC avanzada), bien porque no se efectúan controles de función renal, bien porque tienen una ERC oculta (tienen enfermedad renal a pesar de que las creatininas séricas están en el rango de normalidad del laboratorio) En pacientes seguidos en Atención Primaria con enfermedades tan frecuentes como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, la prevalencia de insuficiencia renal puede alcanzar cifras del 35-40%.En este contexto, desde hace varios años se han establecido guías y recomendaciones para optimizar la detección y tratamiento de la población con ERC. Las recogidas en el Documento de Consenso SEN-semFYC sobre la Enfermedad Renal Crónica publicado en el año 2008, sobre el que se basan las recomendaciones actuales, pretenden, con el consenso de las sociedades científicas implicadas, dotar de una herramienta útil a los profesionales a cargo de la población con ERC en el ámbito de la medicina de familia .El objetivo último de estas recomendaciones es la de dotar a los profesionales de la salud de una herramienta sencilla que permita: Mejorar la detección de los pacientes con ERC, lo que se traducirá en la implantación precoz de medidas terapéuticas que permitan disminuir la progresión de la ERC y de la morbimortalidad vascular asociada Aumentar la seguridad del paciente con ERC al disminuir la yatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de insuficencia renal. Reducir el coste sociosanitario relacionado con esta enfermedad. La derivación a nefrología debe de protocolizarse entre atención primaria y el servicio de nefrología, con planes de actuación y estrategias de comunicación ágil entre los dos niveles asistenciales. Este proyecto de mejora pretende llevar a cabo todo lo anteriormente expuesto

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Mejorar la detección de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC).
2. Optimizar las derivaciones desde atención primaria a nefrología.
3- Implantación precoz de medidas terapéuticas que permitan disminuir la progresión de la ERC y de la morbimortalidad vascular asociada.
4. Aumentar la seguridad del paciente con ERC al disminuir la yatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de insuficencia renal.
5. Establecer un sistema de comunicación eficaz que permita compartir información entre los diferentes niveles asistenciales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Inicialmente se constituirá el equipo de mejora. Se realizarán reuniones entre los médicos de atención primaria participantes y el servicio de nefrología. De forma consensuada se elaborará un protocolo de detección y derivación a nefrología desde atención primaria. También se elaborará un documento de •"recomendaciones en el paciente con enfermedad renal crónica". Además de los centros partícipes del proyecto se hará extensivo a otros centros de atención primaria que estén interesados en optimizar la detección y derivación. Se establecerá un canal de comunicación fluido entre los miembros del equipo de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1-Número de pacientes que son derivados a nefrología desde atención primaria aplicando el protocolo/ número total de derivaciones Objetivo 50%
2-Número de pacientes a los que se modifica el tratamiento derivado de la aplicación del documento de recomendaciones en el paciente con enfermedad renal crónica. Objetivo 30%

Proyecto: 2018_1098 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

3-Disminución del tiempo medio demora entre una primera consulta de nefrología y una posterior revisión resultado de la correcta y completa derivación. Objetivo 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.-Sesiones informativas y elaboración del protocolo y documento: julio, agosto y septiembre 2018.
2.-Aplicación del protocolo elaborado y recogida de datos: octubre del 2018 a abril del 2019
3.- Análisis de datos: mayo y junio 2019:

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDAD RENAL
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0315 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE LA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... SANDRA GARCIA SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· BORDERIAS CLAU LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· BRIZ MUÑOZ ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· GARRAPIZ LOPEZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· AGUARELES PIRACES MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· ARIZON MENDOZA LOURDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· BARCOS PUYO SONIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La broncoscopia flexible es una técnica invasiva diagnóstica y/o terapéutica y, aunque conlleva una escasa morbimortalidad y el tiempo de exploración suele ser corto, es una exploración muy molesta para el paciente. Los objetivos de la sedación serán fundamentalmente aliviar el estado de ansiedad, hacer la técnica lo más confortable posible, facilitar las maniobras al endoscopista aumentando la rentabilidad de la prueba y, si llega a ser preciso, que el paciente consienta una nueva broncoscopia. La sedación administrada por los no anestesistas es segura y coste-efectiva, pero no está exenta de complicaciones. El médico que debe realizar la sedación debe ser aquel que sea capaz de revertir la sedación y manejar las complicaciones que de ella pudieran derivarse. En la Sección de Neumología del Hospital San Jorge hasta hace escasos meses las broncoscopias se realizaban únicamente con anestesia local. En la actualidad se realizan, en la mayoría de los casos, con sedación, pero sin que existan unas directrices consensuadas por todos los neumólogos. Nos proponemos realizar un protocolo para unificar criterios durante la realización de dicho procedimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto de mejora va dirigido a todos los Neumólogos de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge de Huesca. Con la protocolización de la sedación durante la broncoscopia se disminuye la probabilidad de errores durante la realización de la misma. Al realizar la broncoscopia con sedación se conseguirán los siguientes objetivos:
- Mejorar la tolerancia de la prueba por parte de los pacientes sometidos a la broncoscopia.
- Facilitar el trabajo del personal médico y de enfermería durante la exploración mejorando el rendimiento de la misma.
- Aumentar el número de pacientes que aceptan repetir la broncoscopia en caso necesario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo consensuado por todos los componentes de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge según la bibliografía actualizada y adaptado a las prestaciones de nuestro Hospital.
Será necesaria la medicación para realizar la sedación del paciente y para revertirla en caso necesario, y el equipamiento para la monitorización durante el procedimiento. Tanto los fármacos como el equipamiento necesario ya los tenemos disponibles en el hospital. Lo único que será más prolongado es el tiempo de la exploración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Grado de tolerancia de los pacientes sometidos a una broncoscopia mediante escala analógica visual.
- Grado de satisfacción del personal médico durante la broncoscopia mediante un cuestionario realizado a tal efecto.
- Número de pacientes que aceptan una segunda broncoscopia.
- Número de pacientes que se les tiene que realizar la broncoscopia bajo sedación profunda y control por anestesista.
- Número de broncoscopias que se deben suspender por inestabilidad hemodinámica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del protocolo durante el mes de abril del 2018. Puesta en marcha inmediata. Valoración del protocolo durante un año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0315 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE LA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Proyecto: 2018_0473 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PABLO ZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENAVENTE AGUILAR ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· LASIERRA PERIZ YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· LASCORZ CORTINA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· ABADIAS PUYUELO EVA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· SANZ PEREZ LIDIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Neurofisiología Clínica es una especialidad médica que se basa en el estudio del Sistema Nervioso tanto Central como Periférico por medio de pruebas complementarias. La formación médica de la especialidad está totalmente establecida, mientras que en lo referente al personal de Enfermería la titulación oficial universitaria en nuestro país no existe como tal. En algunos países de Europa, como Italia o Portugal dentro de la formación universitaria sí existe el Grado en Técnico de Neurofisiología Clínica. En otros países como en Suecia y Finlandia existe una titulación de Técnico en Neurofisiología Clínica no universitaria como tal (especialización de Enfermería).
Dado que es una especialidad muy técnica, el personal de Enfermería que empieza a trabajar como técnico en un Servicio de Neurofisiología Clínica encuentra dificultades en su inicio ya que carece de formación sobre el tema, por ello creemos que sería de gran utilidad disponer de una guía práctica en la que se reflejen las principales técnicas, material, equipamientos y protocolos a seguir en la realización de las diferentes exploraciones neurofisiológicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realización de una Guía Práctica para personal de Enfermería en el Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital San Jorge. En dicha guía se resumirán las diferentes exploraciones que se realizan en nuestro servicio, detallando el material necesario, las labores del personal de Enfermería y los protocolos a seguir en cada una de ellas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En la guía se describirán las diferentes técnicas realizadas en nuestro servicio, incluyéndose el material y equipamiento necesario para cada una de ellas, y los protocolos de montaje y realización:
- Electromiogramas y Electroneurogramas
- Electroencefalogramas
  - Estudios vídeo-EEG basales
  - Estudios vídeo-EEG de siesta
  - Estudios vídeo-EEG tras privación de sueño

Potenciales Evocados
- Potenciales evocados auditivos
  - PEATC en lactantes (programa de screening de hipoacusia de Aragón)
  - PEATC en niños
  - PEATC en adultos
- Potenciales evocados somatosensoriales
- Potenciales evocados visuales
  - PEV y Electoretinograma-pattern
  - PEV y ERG flash (Ganzfeld)
- Estudios polisomnográficos
  - Poligrafia cardiorespiratoria nocturna
  - PSG nocturnos
  - Test de latencias múltiples de sueño
- Estudios de monitorización vídeo-EEG de larga duración
- Estudios de monitorización vídeo-EEG nocturnos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Un indicador de este proyecto sería el empleo de la guía, por lo que el indicador sería el Uso de la misma/Persona/Unidad de Tiempo.
Se evaluará periódicamente el número de veces que se emplea la guía de forma periódica (cada 6 meses).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de este proyecto es indefinida, en cuanto dispongamos de la guía se utilizará inmediatamente, realizándose revisiones cada 2 años.

Proyecto: 2018_0473 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0279 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... LORENA GARCIA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· SERAL MORAL MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· GIMENEZ MUÑOZ ALVARO. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· TERINGUER MUR MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· EIZMENDI BINDER ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las cefaleas son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso.La alta prevalencia de la cefalea en nuestro medio y la repercusión socioeconómica que comporta justifica la aparición en los últimos años de unidades específicas para el estudio y tratamiento de este grupo de patologías. la cefalea es el motivo de consulta más frecuente en las consultas de Neurología.Como ocurre con diferentes subespecialidades en la Neurología, una Unidad de Cefalea cumple con la tarea de reconocer y tratar de forma más adecuada al paciente con cefalea, una vez diagnosticados y orientadosterapéuticamente muchos de los enfermos vistos se podrían continuar el seguimiento en Atención Primaria con lo que se reducirían las consultas reiteradas a urgencias, consulta general de Neurología y atención primaria.En los últimos años el desarrollo de distintas técnicas de tratamiento invasivas (inyección de toxina botulínica y bloqueos nerviosos) con muy buenos resultados hace que sea preciso una formación específica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana del proyecto es todo paciente con cefalea del sector de Huesca.La principal intervención es orientar el proceso diagnostico-terapéutico de los pacientes con cefalea desde el servicio de Neurología del Hospital San Jorge.Se espera mejorar la calidad en el manejo y seguimiento de pacientes con cefalea, sobre todo en los que requieren especial atención: migraña crónica, cefalea de Horton, Neuralgia del trigémino. Tener una referencia para los médicos de atención primaria del sector para orientar durante el proceso diagnostico terapéutico también a
través de la teleconsulta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Emisión de una primera impresión diagnostica. Siguiendo la clasificación internacional de cefaleas en su última versión.Solicitud de pruebas diagnósticas necesarias Elaboración de un plan terapéutico: Información sobre el diagnostico, sobre las opciones de tratamiento. Entrega de calendario de cefalea. Entrega de folletos informativos de las cefaleas más prevalentes (Migraña y cefalea tensional, con consejos prácticos para pacientes) así como cefaleas con peculiaridades especiales (cefalea en racimos, neuralgia del trigémino). Entrega de informe con destino a atención primaria con recomendaciones, advertencias sobre efectos secundarios de los tratamientos etc…Realización de técnicas avanzadas para el tratamiento de cefaleas: Inyección de toxina botulínica, bloqueos anestésicos.Seguimiento periódico de los pacientes según necesidades especiales.
Realización de protocolos asistenciales: Criterios de admisión y alta de la consulta, secuencia temporal de actividades, responsable de cada actividad, registro de cada actividad, indicadores de evaluación de tratamientos avanzados en cefaleas, para la minimización de riesgos y accidentes.
de derivación de atención primaria, criterios de admisión y tratamiento en hospital de
día, de diagnóstico de cefaleas primarias más frecuentes, de diagnóstico de cefaleas
secundarias más frecuentes, de tratamiento de cefaleas primarias más frecuentes, de
tratamiento de cefaleas secundarias más frecuentes, de indicación y aplicación de técnicas terapéuticas invasivas y semi-invasivas.Formación a médicos de Atención primaria, mediante estancias en la consulta especifica de cefalea, en cursos FOCUSS etc...Creación de registros de pacientes de la consulta especifica de cefalea, de inidencias generales, de actividades de formacion e investigacion, de reclamacionesEstablecer un plan de comunicación: sobre la creación y funcionamiento de la consulta. Garantizar la asistencia a pacientes con cefalea que precisan una atención rápida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Creación de una base de datos con los pacientes de la consulta. Tras un año de la puesta en marcha de la consulta y posteriormente de forma anual se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes.Realización de una memoria anual, atendiendo a los indicadores recomendados por el Grupo de estudio de cefalea de la Sociedad Española de Neurología: % de pacientes con registro de diagnóstico de trabajo en la 1ª visita, con diagnóstico codificado según la ICHD vigente, utilizacion de diario/calendario, tratados según guías basadas en la evidencia evaluacion con escalas de discapacidad y calidad de vida, % de procedimientos con consentimiento informado, % de pacientes tratados con bloqueos e infiltraciones.Tiempo de demora de atención en la consulta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En el mes de Mayo de 2018 la médico responsable de la consulta de cefalea realizara una rotación por la Unidad de cefaleas del HCU Lozano Blesa de Zaragoza, para la formación en técnicas invasivas en cefaleas y manejo de una consulta especifica de cefalea.Posteriormente (a partir de junio) se citaran consultas específicas de

Proyecto: 2018_0279 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

cefalea en el Hospital San Jorge de Huesca con una periodicidad de 2 al mes, cada día de se visitaran en torno a los 10 pacientes, 30 minutos por consulta. La duración del proyecto se prevé indefinida. Revisión anual de los indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0463 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· GONZALEZ MUÑOZ ALVARO. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· GARCIA FERNANDEZ LORENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patología neurológica ha objetivado un incremento notable en los últimos años debido entre otras razones al envejecimiento de la población y al mayor acceso a la información con la que cuentan los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
Las demoras en las Consultas de Neurología se han incrementado progresivamente haciendo necesario un nuevo planteamiento de la asistencia neurológica ambulatoria.
Por un lado una gran parte de la asistencia en Consultas se centra en unos pocos síndromes clínicos, de diagnóstico eminentemente clínico, que podrían ser abordadas de forma segura y con calidad desde Atención Primaria, con el entrenamiento y el apoyo adecuados.
Por otro lado no existe en el momento actual una comunicación eficaz entre los distintos niveles asistenciales que permita una adecuada valoración y derivación de los pacientes. La puesta en marcha de la interconsulta virtual presenta una oportundad de mejora para hacer que las comunicaciones sean más fluídas y que de esta forma desde Atención Primaria pueda atenderse una parte significativa de la patología neurológica ambulatoria con apoyo del facultativo Especialista cuando sea requerido.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo fundamental es establecer un sistema de comunicación
eficaz que permita compartir información entre los diferentes niveles asistenciales y de esta forma abordar determinada patología neurológica desde Atención Primaria de forma eficiente, evitar derivaciones innecesarias, mejorar la asistencia temprana en los casos en que esta sea necesaria y solucionar dudas/problemas que pudieran surgir en la atención a los pacientes neurológicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Primera fase: En sucesivas reuniones entre los facultativos se expondrán las patologías más prevalentes y que puedan ser abordadas desde Atención Primaria. Inicialmente se ha decidido trabajar en dos grandes síndromes por su alta prevalencia: Cefalea y Deterioro Cognitivo. Se realizarán protocolos de valoración, manejo y derivación, así como documentos informativos tanto para el Médico de Atención Primaria como Información para los pacientes. Estos protocolos una vez finalizados serán accesibles desde Atención Primaria para su consulta.
Segunda fase: Se informará a los distintos Centros de Salud del trabajo anterior elaborado para su consulta. A través de la Hisotra Clínica electrónica se resolverán las cuestiones que puedan surgir en la Atención de estos pacientes en el menor plazo de tiempo posible (se estima 24 horas en días laborables). Si el paciente finalmente es derivado por necesidad o dudas diagnósticas a la Consulta de Neurología, al alta de la misma se elaborará un informe con el diagnóstico y pauta de tratamiento y cuidados a seguir.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Reducción demora media para acceso a Consultas Externas de Neurología respecto al periodo anterior 2017
Porcentaje de consultas virtuales realizadas antes de las 72 horas. 100%
Porcentaje de consultas virtuales (relacionadas con Cefalea o Deterioro Cognitivo) que se resuelven de forma telemática sin necesidad de derivación a Consultas. 40%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primera fase: Elaboración de protocolos: Segundo trimestre de 2018 (Abril-Junio)
Segunda fase: Puesta en marcha del sistema de comunicación: Junio-Diciembre 2018.
Evaluación y conclusiones: Enero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0463 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_0418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MORENO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUSTIN OLIVA ANDREA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ CAMPO LEYRE. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GOMEZ GIMENO ANGELICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VELA LETE ANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BONED GALAN MARIA JOSE. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· OTAL LOSPAUS SILVIA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La CMA se define como la atención a procesos susceptibles de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que el paciente no necesita ingreso hospitalario y puede ser dado de alta pocas horas después del procedimiento.

La CMA surge con la finalidad de optimizar los recursos, no solo agilizando los actos quirúrgicos y racionalizando los crecientes gastos sanitarios, sino también mejorando la calidad asistencial.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina por la uretra provocada por aumentos en la presión intraabdominal, que normalmente se neutraliza por el control neurógeno de la resistencia uretral y la disipación de las fuerzas intraabdominales, a través del armazón fisiológico de la uretra en el interior de la pelvis.

La corrección de la IUE es un procedimiento quirúrgico frecuente y que ha simplificado su realización de tal manera, que un alto porcentaje de pacientes son candidatas a ser incluidas en un programa de CMA ya que la técnica quirúrgica cumple todos los criterios de inclusión recomendados. Asimismo, el hecho de que pueda ser realizada con anestesia intradural o sedación, implica que tampoco sea necesario ser muy selectivos en lo que al riesgo quirúrgico y anestésico se refiere, lo que la convierte en un procedimiento idóneo en pacientes añosas donde el riesgo anestésico suele ser elevado.

La TOT (tension free trans obturator tape) consiste en colocar una malla suburetral pasándola, a cada lado, por el orificio obturador. Las ventajas son: evita la apertura del espacio de Retzius, disminuyendo la probabilidad de lesiones de víscera hueca, hemorragias y hematomas en dicho espacio y haciendo innecesaria la realización de cistoscopia intraoperatoria ya que la cinta se ubica en un plano inferior a la vejiga.

En la actualidad, en nuestro Servicio, la colocación de la malla TOT se realiza mediante cirugía con ingreso hospitalario, que frecuentemente es de 2 días de duración (1º día de ingreso y cirugía, y 2º día de retirada de sonda vesical permanente y alta).
En la actualidad proponemos una retirada precoz de la sonda vesical tras la intervención en la misma Unidad de CMA, siendo posible el alta precoz a las pocas horas si la paciente orina con normalidad tras la retirada de la misma y si no se presentan otras complicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Reducción del tiempo de hospitalización.
- Reducción del coste derivado de la hospitalización.
- Uso eficiente de recursos sanitarios.
- Mejora de la calidad asistencial.
- Reducción de la morbilidad asociada del ingreso (infecciones por mantenimiento de la sonda vesical, etc)
- Mejora de la percepción asistencial por parte del paciente y a familia.
- Minimización del impacto sobre el paciente y su entorno que supone el ingreso hospitalario.
- Promoción de una atención más humanizada.
- Implicación del paciente y su familia en los cuidados post operatorios, favoreciendo la educación para la salud y la enseñanza del manejo de la patología.
- Mejora de la UCMA, con inclusión progresiva de distintos procedimientos, que favorece el crecimiento profesional del equipo que la forma.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de protocolo de inclusión de pacientes subsidiarios de colocación de malla TOT para la IUE en CMA: criterios de inclusión y exclusión.
Creación de protocolo de manejo del paciente desde su salida de quirófano y hasta ser dado de alta, dentro de la Unidad de CMA, por parte del personal de enfermería.
Realización de informes de alta en la Unidad de CMA que el paciente recibirá antes de abandonar la Unidad con las instrucciones y recomendaciones dadas al alta, que a su vez permite poner en conocimiento del Médico de

Proyecto: 2018_0418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)

Atención primaria el proceso realizado, evitando informes de alta enviados por correo ordinario.

En cuanto a recursos sanitarios, ya disponemos de una Unidad de CMA y un equipo, que funciona correctamente en la actualidad, sin que la inclusión de la TOT en UCMA pueda suponerla necesidad de más personal o espacio físico para un correcto funcionamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de procedimientos llevados a cabo mediante CMA e ingreso ordinario en un año (datos obtenidos en lista de espera quirúrgica según inclusión).

Número de consultas en urgencias o ingresos tras el alta desde CMA o ingresos ordinarios en un año (datos obtenidos desde registro urgencias/ingresos en planta de ginecología).

Número de pacientes que precisan ingreso tras la intervención a pesar de estar programados como pacientes de CMA en un año (datos obtenidos de ingresos en planta de ginecología).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Previsto iniciar a lo largo de 2018, inlcuyendo el procedimiento TOT en UCMA a partir de las pacientes ya incluidas en lista de espera quirurgica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0422 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA ABAD RUBIO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFALLA BERNAD OLIVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FONCILLAS SANZ BEATRIZ. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ZABAU FERMOSELLE JARA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PUIG COMAS NURIA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MAS FORTUÑO JOSE MARIA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los protocolos quirúrgicos suponen una herramienta esencial en la práctica clínica diaria de cualquier servicio quirúrgico, que permite la comunicación detallada con el resto de profesionales sanitarios. Una buena redacción permite conocer con detalle cada uno de los pasos llevados a cabo durante la cirugía, los hallazgos durante la intervención, las dificultades particulares que han aparecido durante el procedimiento y las complicaciones que se han producido.
La información exhaustiva en el protocolo quirúrgico permite además de facilitar la comprensión del procedimiento realizado a todos los profesionales sanitarios, conocer detalles particulares que puedan condicionar cirugías posteriores.
La importante presión asistencial diaria en quirófano programado, así como durante las guardias, implica que en muchas ocasiones estos protocolos no se completen de forma tan exhaustiva como sería recomendable y cada vez más, existe la tendencia a ser esquemático y no añadir detalles que pueden ser importantes en la comprensión posterior de todo el procedimiento.
Con este proyecto, pretendemos diseñar y tener a nuestra disposición en el quirófano, tras la cirugía, una serie de plantillas prerredactadas de los procedimientos quirúrgicos más habituales realizados por el servicio de obstetricia y ginecología en las que se expliquen con detalle los pasos quirúrgicos habituales y exista un apartado de observaciones en el que se detallarían las particularidades del acto quirúrgico de cada paciente. Esto nos permitiría tener más tiempo para explicar detalles que en muchas ocasiones pasamos por alto.
Asimismo, el hecho de que la mayor parte del protocolo esté completado con letra de imprenta facilitará la lectura y comprensión por el resto de profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Optimización de tiempo del que se dispone entre cirugías.
- Mayor detalle y rigurosidad a la hora de describir el procedimiento quirúrgico y los hallazgos específicos de cada paciente.
- Facilitar la comprensión lectora del protocolo quirúrgico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Pretendemos preparar con la colaboración de todos los miembros del servicio de obstetricia y ginecología los prerredactados en los que se describirán los pasos habituales de las cirugías más frecuentes de nuestro servicio: cesárea, legrado obstétrico, histerectomía abdominal simple o incluyendo anejos, histerectomía vaginal, colpoperineoplastia, conización cervical, histeroscopia quirúrgica, cirugía antiincontinencia (colocación malla TOT) cirugía laparoscópica (ligadura tubárica, quistectomía, anexectomía e histerectomía).
Una vez redactados y diseñados los pondremos a disposición de la Comisión hospitalaria de historias clínicas para su aprobación y a partir de ahí haremos copias impresas para tener a nuestra disposición en el área quirúrgica y solo rellenar el campo “Observaciones” con los detalles específicos tras el procedimiento quirúrgico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Previamente a la cirugía, el cirujano responsable comprobará la disponibilidad en el quirófano de un documento prerredactado para el procedimiento que se va a realizar.
- Previo al Alta Hospitalaria del paciente, el médico responsable deberá revisar el protocolo quirúrgico, comprobando que se trata de uno de los documentos prerredactados y que está correctamente cumplimentado.
- De forma periódica se analizará el porcentaje de protocolos quirúrgicos completados con documentos prerredactados, siendo el objetivo que dicho porcentaje sea en torno al 80 %.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Presentación del proyecto en el servicio de obstetricia y ginecología en un mes desde la fecha de redacción del proyecto. Plazo de un mes para la redacción de los protocolos quirúrgicos y su aprobación por todos los miembros del servicio. Presentación de los mismos ante la comisión de historias clínicas del hospital.
Comienzo de uso en unos 3 meses tras la redacción del proyecto y primera evaluación tras los 3 primeros meses

Proyecto: 2018_0422 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE

de su aplicación.
Al completar un año de su implantación presentar los datos en sesión clínica del servicio y revisión anual de los protocolos para corregir fallos e implantar modificaciones.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0447 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

2. RESPONSABLE ..... ANDREA AGUSTIN OLIVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO PEREZ RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERNANDEZ ARAGON MONICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GOMEZ GIMENO ANGELICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DE ANDRES GONZALEZ ROCIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· OTAL LOSPAUS SILVIA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Jorge de Huesca actualmente se llevan a cabo numerosas intervenciones a través del circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). De este modo se facilita la accesibilidad y el alta precoz de los pacientes tras intervenciones de bajo riesgo quirúrgico que son candidatas a alta hospitalaria en las horas subsiguientes a la cirugía. Algunas de estas intervenciones son: conizaciones cervicales, histeroscopias quirúrgicas, oclusiones tubáricas bilaterales laparoscópicas y colocación de mallas T-O-T (se incluirá próximamente dentro de las cirugías candidatas a CMA)
En la consulta realizada previamente a la intervención, tras una revisión exhaustiva de la historia clínica, se selecciona a las pacientes candidatas a CMA. A las pocas horas de estas cirugías, una vez que las pacientes se han recuperado de la analgesia y se comprueba que existe una buena tolerancia oral, movilidad y micción normal y se han descartado complicaciones, pueden obtener el alta hospitalaria bajo instrucciones y reposo domiciliario. Hasta ahora las pacientes abandonaban el centro con instrucciones médicas y un documento en la que se recogía el tipo de cirugía realizada y las recomendaciones tras la intervención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con la incorporación de estas plantillas de informe de alta tras CMA esperamos mejorar la experiencia de nuestras pacientes y facilitar el acceso a la información sobre su intervención, tanto a la paciente como al Médico de Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El proyecto que planteamos incorpora plantillas para los informes de alta tras CMA de las siguientes intervenciones: conización cervical, histeroscopia quirúrgica, colocación de malla TOT y oclusión tubárica bilateral. Tras la realización de cada intervención de CMA, los facultativos implicados en la intervención, rellenarán la plantilla de alta CMA con los datos individuales de cada paciente (antecedentes, pruebas realizadas, diagnóstico, hallazgos quirúrgicos y técnicas aplicadas) en el periodo de tiempo transcurrido hasta la siguiente intervención. En el documento se incluyen instrucciones, signos de alarma y recomendaciones que deben seguirse ambulatoriamente tras cada intervención.
Una vez transcurrido el periodo de convalecencia en el postoperatorio inmediato, habitualmente en la sala de despertar de quirófano y en la Unidad de CMA, la enfermera avisa a los facultativos de guardia para confirmar el alta de la paciente. Este facultativo, tras revisar el historial médico, explorar a la paciente y verificar que es candidata a alta hospitalaria, le entregará el informe, quedando una copia del mismo en el historial de la paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes CMA con informe de alta/ Número de pacientes CMA = 95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este proyecto se iniciará el 1 de Mayo de 2018 y se realizará durante 1 año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0450 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ OBON CASTEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD RUBIO CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VICENTE ITURBE MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ZABAU FERMOSELLE JARA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MAS FORTUÑO JOSE MARIA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CORTIZO GARRIDO SANDRA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el momento actual es estudio que se realiza del feto muerto intrauterino esta limitado a un estudio basico anatomopatologico.
Consideramos que en este momento se puede ampliar el estudio para investigar mas causas posibles y ayudar a las familias, con esta nueva informacion, a sobrellevar el duelo mejor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ampliar el estudio de posibles causas de muerte fetal anteparto.
Crear via clinica para facilitar el manejo y resultados del estudio ante este diagnostico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Contactar con el servicio de Genetica del Hopital Miguel Servet de Zaragoza (HMSZ) para el envio y analisis de muestras y tejidos.
Contactar con el servicio de Microbiologia del Hopital San Jorge de Huesca para el envio y analisis de muestras y tejidos.
Creacion de infome postmorten para la familia donde se recoja toda la información obtenida en el estudio.
Facilitar a las familias asesoramiento de cara a futuras gestaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Intentar descubrir, al menos, el 50% de las causas de la mortalidad en este grupo.
Entrega de informe de resultados al 100% de las familias.
Citar en consulta de asesoramiento posterior al 100% de las familias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Contactar con los servicios anteriormente citados en el segundo trimestre del presente año.
Posteriormente elaboracion de la via clinica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0595 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREDICCION, DIAGNOSTICO Y VALORACION PRONOSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

2. RESPONSABLE ..... LEYRE RUIZ CAMPO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE ITURBE MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERNANDEZ ARAGON MONICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VELA LETE ANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CORTIZO GARRIDO SANDRA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FONCILLAS SANZ BEATRIZ. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DE ANDRES GONZALEZ ROCIO. MIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La preeclampsia (PE) que afecta al 2% de los embarazos, es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Las distintas sociedades científicas recomiendan que en la primera visita de control prenatal se calcule el nivel de riesgo para PE, a través de las características maternas (edad, índice de masa corporal (IMC), historia previa e historia familiar). El objetivo de realizar esta identificación precoz de pacientes con riesgo elevado es realizar una supervisión intensiva tanto materna como fetal, que permita establecer un diagnóstico más temprano de PE, y mitigar los posibles resultados adversos que se derivan de la misma.
Hoy en día se sabe que esta patología se asocia al 10-15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación. A nivel perinatal, esta enfermedad representa el 20-25% de toda la mortalidad perinatal, principalmente secundaria a la finalización iatrogénica del embarazo de forma prematura.
En esta enfermedad se produce un fallo en la implantación placentaria con una disfunción subsiguiente, que provoca una expresión alterada de los factores angiogénicos y antiangiogénicos, como el factor de crecimiento placentario (PlGF) y la forma soluble de la tirosina quinasa-1 (sFlt-1). Los niveles del primero se ven reducidos y los del segundo se encuentran muy aumentados. Se han desarrollado test automatizados para la medición rápida y sencilla de estos marcadores.
Resulta especialmente útil como ayuda al diagnóstico y predicción de la preeclampsia calcularlo en forma de cociente (sFlt-1/PlGF). Se ha tomado como punto de corte el valor de sFlt-1/PlGF de 85 que permite diagnosticar la preeclampsia temprana con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 97%.
La optimización de la actitud médica ante la PE resulta ser hasta el momento el único factor pronóstico modificable de la PE y basándonos en la evidencia científica y las guías de actuación, se disminuyen sustancialmente las complicaciones maternas cuándo se realiza un manejo estandarizado respecto a uno que no.
Se propone introducir un protocolo de manejo para gestantes de alto riesgo de PE, basado en controles de consulta prenatal, realización de estudio Doppler de arterias uterinas e implantación del cociente sFlt-1/PlGF.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Seleccionar gestantes de alto riesgo para PE en la consulta de obstetricia y de Atención primaria lo antes posible. Se estima que supondrá un 5% de la población general de gestantes.
- Integrar marcadores angiogénicos en la práctica clínica para el correcto seguimiento de los embarazos.
- Mejorar la toma de decisiones en gestaciones de riesgo de sufrir complicaciones derivadas de la función placentaria defectuosa.
- Disminución de actuaciones iatrogénicas evitables.
- Permitir derivaciones de pacientes a centros de III nivel, con diagnóstico precoz.
- Permitir obtener una herramienta adicional para el diagnóstico diferencial de casos dudosos o atípicos.
- Uso eficiente y optimizado de recursos sanitarios.
- Mejorar los resultados maternos y perinatales de las pacientes con PE.
- Mejora de la calidad asistencial.
- Mejora de la percepción asistencial por parte de la paciente y su familia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Implantación de un protocolo de predicción, diagnóstico y valoración pronóstica de la preeclampsia en el control obstétrico.
En una primera fase se seleccionaran las gestantes de alto riesgo, que serán incluidas en este protocolo de seguimiento. Se realizará mediante una combinación de datos de la historia clínica, exploración materna y ecográficos (estudio Doppler de arterias uterinas).
En la fase de seguimiento intensivo, se realizará un empleo racional del cociente sFlt-1/PlGF y sus puntos de corte establecidos en las gestantes seleccionadas en la primera fase. La primera medición de este valor se determinará a partir de la semana 20 (momento óptimo entre la 24 y la 26) y en función de los puntos de corte establecidos se establecerá el seguimiento más adecuado.
Se comunicará el nuevo protocolo para que las matronas de atención primaria, identifiquen en la captación de embarazo a aquellas pacientes que cumplan los criterios de inclusión del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes incluidas en protocolo/Número total de gestantes de nuestra consulta.
Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF realizadas en total.

Proyecto: 2018_0595 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREDICCION, DIAGNOSTICO Y VALORACION PRONOSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF con resultado >85 antes de la aparición clínica de síntomas.
Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF con resultado >655 que han precisado finalizar gestación en menos de 48 horas.
Pacientes con diagnóstico de preeclampsia que no hayan sido incluidas en el estudio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Previsto iniciar a lo largo de 2018. En cuánto se disponga del test en el laboratorio.
Mayo-Junio: elaborar documentos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0330 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLER MACHIN JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· ARA GABARRE MIRIAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· GINER MUÑOZ MARIA LUISA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· GUTIERREZ RUIZ FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA
· MARTINEZ VELEZ MIREYA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente los pacientes que van a ser intervenidos de catarata y que toman por cualquier causa anticoagulantes reciben instrucciones para abandonar dicho tratamiento temporalmente. Existe bibliografía suficiente que avala no retirar sistemáticamente dicho tratamiento en estas situaciones, como ya realizan otros centros sanitarios del entorno. Se pretende no suspenderlo salvo que el oftalmólogo crea conveniente por las características del caso que se deba proceder de otra forma. Es necesario la colaboración de Hematología, así como que Anestesia conozca y apruebe también la nueva pauta de actuación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos del proyecto:
Realizar la cirugía de catarata con seguridad en pacientes anticoagulados sin retirar dicha medicación.

Población diana: pacientes pendientes de intervención de catarata, independientemente de su edad y/o sexo, que tomen anticoagulantes.

Servicio al que se dirige:
Oftalmología

Otros Servicios implicados:
Hematología y Anestesia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas incluyen:
-Búsqueda bibliográfica relacionada.
-Comunicación con el Servicio de Hematología.
-Comunicación con el Servicio de Anestesia y Reanimanción.
-Sesión clínica interna (Oftalmología) para acordar criterios en los que se actuará de otra forma.
-No se requieren recursos materiales adicionales.
-No afecta a la oferta de servicios ofrecidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores para monitorizar el proyecto son:
-Número de pacientes intervenidos con anticoagulación
-Número de suspensiones quirúrgicas por alteración de la coagulación el día de la intervención.
-Número de pacientes que han tenido algún tipo de incidente durante la cirugía relacionado (sangrado).
-Número de pacientes que han requerido maniobras y/o tratamiento intra o postoperatorios por eventos relacionados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se espera comenzar en mayo de 2018 con el proyecto y poder ofrecer resultados al finalizar el año. Si el número de pacientes ofreciese escasa casuística, se ampliaría el plazo unos meses más hasta completar al menos un año.

9. OBSERVACIONES.
Aunque en población diana se pone que va dirigido a ancianos, en realidad va para adultos/ancianos, y en general para todos los pacientes, de cualquier edad, que se intervengan de catarata en nuestro centro y a la vez tomen tratamiento anticoagulante.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos

Proyecto: 2018_0330 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1517 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... ALEXIA FERNANDEZ RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MADANI PEREZ JULIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· LASTRA DEL PRADO RODRIGO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· MILLASTRE BOCOS ESTHER. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· ESCOLANO PUEYO ANGEL. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· GROS SANAGUSTIN LAURA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dada la aprobación de nuevos tratamientos oncológicos, como agentes biológicos e inmunoterápicos, con un espectro de toxicidad totalmente diferente al de la quimioterapia convencional surge la necesidad de modificar y renovar el documento de consentimiento informado el tratamiento de los pacientes oncológicos. De esta forma, además de mejorar la información aportada al paciente sería de utilidad para la colaboración y el control sintomático por parte de atención primaria o los servicios de urgencias con el fin de mejorar la asistencia a este perfil de pacientes de difícil manejo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimización del documento de consentimiento informado dirigido a todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna candidatos a administración de tratamiento oncológico oral o intravenoso por parte del servicio de oncología médica.

Actualización con firma de nuevo consentimiento informado al inicio de cada línea de tratamiento y se entregará copia especificando el esquema de tratamiento para disposición del paciente y su médico de atención primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión bibliográfica y en ficha técnica de las toxicidades más frecuentes de los tratamientos oncológicos aprobados actualmente.

Redacción del nuevo documento de consentimiento informado.

Reunión con farmacia y enfermería para revisión y modificación del consentimiento informado.

Envío para valoración y aprobación por la Comisión de documentación clínica.

Sustitución del antiguo documento e inicio de entrega de dos copias firmadas del nuevo consentimiento informado a todos los pacientes que inicien un nuevo tratamiento oncológico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A FECHA 30/11/18: Aprobación del nuevo documento de consentimiento informado para tratamiento oncológico por la Comisión de Documentación Clínica.

A FECHA 1/12/18: Entrega del nuevo documento de consentimiento informado para tratamiento oncológico al 100% de los pacientes que inician nuevo esquema de tratamiento, independientemente de la línea que comiencen.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1/7/2018 – 30/9/2018: Revisión bibliográfica y ficha técnica de toxicidad de los tratamientos oncológicos.

1/10/2018 – 1/11/2018: Reunión con farmacia y enfermería para su revisión y modificación.

1/11/2018 – 30/11/2018: Envío y aprobación por la Comisión de Documentación Clínica.

Desde el 1/12/2018: Sustitución del anterior y entrega del nuevo consentimiento informado.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1517 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1519 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS : QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

2. RESPONSABLE ..... JULIA MADANI PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ RUIZ ALEXIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· LASTRA DEL PRADO RODRIGO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· MILLASTRE BOCOS ESTHER. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· SERRANO VICENTE MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· VIÑUALES ARMENGOL CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALLUE FANTOVA NATALIA. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· MATAS PALOMARES OLGA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En Oncología, los avances en el tratamiento que se han venido desarrollando en las últimas décadas han supuesto un cambio en las posibilidades de curación y en los tiempos de supervivencia de muchos tipos de cáncer.
La complejidad creciente de los tratamientos oncológicos (quimioterapia, anticuerpos monoclonales, inhibidores tirosín-quinasa, inmunoterapia y combinaciones de ellos) hace imprescindible no sólo una revisión sino también una actualización de los protocolos de administración de dichas terapias.
Todo ello resulta útil para optimizar tanto la atención inicial en la consulta como durante la administración de tratamiento oncológico en el hospital de día.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Revisión de la premedicación de todos los esquemas terapéuticos cuyo objetivo sea:
• Adecuarla a las últimas guías clínicas de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) para la prevención de nauseas y vómitos.
• Disminuir el número de fármacos administrados como premedicación en esquemas seleccionados de quimioterapia, anticuerpos monoclonales e inmunoterapia.
• Disminuir tiempo de estancia en hospital de día.
Revisión y actualización de los esquemas terapéuticos cuyo objetivo sea :
• Introducir nuevas terapias acorde con las últimas aprobaciones.
• Eliminar aquellos esquemas terapéuticos que han quedado fuera de la práctica clínica actual.
• Optimizar la calidad de la atención en la consulta de oncología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primer lugar se realizará por parte del oncólogo una revisión progresiva de los protocolos de administración de tratamiento oncológico según patología : digestivo colorrectal, digestivo no colorrectal, tumores ginecológicos, mama, pulmón, tumores cutáneos, cabeza y cuello, sarcomas y tumores urológicos.
En segundo lugar se hará una puesta en común con el servicio de farmacia y con enfermería para mejoras y modificaciones.
Por último lugar un farmacéutico introducirá y actualizará de manera paulatina los protocolos en el programa informático Farmis para su posterior puesta en marcha.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de esquemas terapéuticos nuevos introducidos respecto al total.
Número de esquemas terapéuticos eliminados respecto al total.
Número de esquemas terapéuticos en los que se modifica la premedicación respecto al total.
Tiempo de estancia en el hospital de día para la administración de terapia oncológica antes y después de la modificación de los esquemas de premedicación.
Número de pacientes por día a los que se administra tratamiento por parte de la unidad de oncología antes y después de revisar los protocolos terapéuticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión y actualización de los protocolos entre los meses de Julio a Octubre.
Puesta en común de los protocolos actualizados con el servicio de farmacia e incorporación paulatina en el programa informático Farmis durante Noviembre - Diciembre.
Puesta en marcha del proyecto en Diciembre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1519 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS : QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1567 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA HERRERA TOLOSANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ESCOLAN GELOS ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
· FONTANA CALVO MARIA ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GASCON RUBIO MARIA CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ROMERO MAURA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los especialistas en Otorrinolaringología realizamos la prescripción de las prótesis auditivas y son finalmente los audioprotesistas quienes realizan la adaptación de los pacientes.
La correcta adaptación depende en gran medida de la información de la que dispongan en los gabinetes de audioprótesis, conocimiento de patologías concomitantes, antecedentes quirúrgicos y otoscopia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Conseguir la unificación y precisión de la información que se proporciona a los pacientes que precisan una adaptación protésica.
- Entregar un informe para que los pacientes dispongan de toda la información para entregar a los audiprotesistas para la adaptación de las prótesis auditivas más adecuadas a sus necesidades
- Alcanzar una mayor seguridad y calidad en la adaptación protésica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de un modelo de informe para los pacientes que son valorados en las Consultas de ORL y precisan adaptación protésica
- Entrega del informe al paciente durante la consulta
- Encuesta de utilidad del informe:
- Se le ha entregado el informe SI / NO
-Grado de utilidad en la adaptación protésica mucho / bastante/ indiferente / poco / nada
- Grado de satisfacción información para la adaptación: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes que precisan audioprótesis y reciben el informe (>=90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Elaboración del informe: antes del 15 de septiembre
-Entrega del informe y encuesta: desde 15 septiembre. Las encuestas se entregarán en las sucesivas consultas.
-Análisis de resultados provisionales: A los 3 meses del inicio de las actividades

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1568 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA GASCON RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ESCOLAN GELOS ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
· FONTANA CALVO MARIA ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
· HERRERA TOLOSANA SILVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ROMERO MAURA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los profesionales sanitarios asumimos que el paciente tiene toda la información clínica relevante referida a su proceso asistencial. A veces queda pendiente otro tipo de información complementaria que favorece la calidad percibida por el paciente con respecto a su ingreso hospitalario. No siempre el acompañante o persona responsable está presente en el pase de visita y de esta forma se indica cómo la puede recibir y quienes forman el equipo que va a realizar la atención.
La información acerca de su proceso es un punto débil en la mayoría de encuestas realizadas a usuarios de la sanidad pública.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar la calidad percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de ORL a través de la mejora de la información en fondo y forma que se les proporciona por parte del profesional sanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa (>= 90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración de la hoja: antes del 15 de septiembre
- Entrega hoja informativa y encuesta: desde 15 septiembre en adelante
-Análisis de resultados provisionales: a los 3 meses del inicio de las actividades

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0278 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL PILAR SANZ DE MIGUEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABIO ALBERO SONIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· CALVO AGUILAR JOSEFA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· SAN AGUSTIN PERIE CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· REDON LABARTA MONTSERRAT. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· BELLON CLAVER PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· LOPEZ UBEDA MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· PABLO ZARO MARIA JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El cribado de recién nacidos para la pérdida auditiva conduce a una detección e intervención más temprana en pacientes con problemas auditivos congénitos. La intervención temprana puede mejorar la adquisición del lenguaje y el rendimiento educativo en los pacientes afectados. La evidencia es clara de que el cribado de los recién nacidos detecta la pérdida de la audición a una edad significativamente más temprana que el hecho de basarse únicamente en la identificación de los signos clínicos de la pérdida auditiva.
El citomegalovirus (CMV) congénito es la causa infecciosa más frecuente de perdida auditiva neonatal o de inicio tardío permanente, y lo que es más importante, existe la posibilidad de terapia antiviral que mejore su pronostico. Sin embargo, el coste beneficio es elevado por lo que no se recomienda su detección universal en todos los recién nacidos que no superen en una ocasión las otoemisiones acústicas (OEA), reservándose para la detección selectiva de aquellos casos que presenten síntomas compatibles o que en 2 ocasiones no se superen las otoemisiones acústicas, sin retrasar con ello el diagnostico temprano de la hipoacusia.
Si se detectan pruebas de detección positivas para CMV el tratamiento puede iniciarse tras informar a la familia de los riesgos/beneficios de la terapia antiviral, siendo mejores los resultados auditivos cuando su comienzo se realiza en las primeras semanas de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar un registro de los paciente con pruebas alteradas en el despistaje de hipoacusia neonatal mediante OEA.
Estandarizar la inclusión del cribado de la infección congénita de CMV, mediante análisis de orina precoz, tras alteración de la 2º OEA.
Protocolizar la solicitud del los Potenciales Auditivos Evocados (PEAT) tras 3º OEA alterada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Diseño actualizado del protocolo de estudio de despistaje de hipoacusias neonatales
Registro de todos los pacientes con OEA alteradas.
Registro de las peticiones realizadas de PEAT y resultados patológicos encontrados.
Registro de los pacientes con detección de infección congénita por CMV, con inclusión de una hoja de consentimiento informado para inicio del tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito /total pacientes con OEA alteradas.
Nº PEAT solicitados /total pacientes con OEA realizadas
Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito /PEAT realizados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reunión del equipo coordinador del protocolo y revisión de la bibliografía en Junio 2018
Revisión final de los resultados a finales de Diciembre 2018, con valoración de nuevas propuestas de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0283 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ODRIOZOLA GRIJALBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· VERA BELLA CARMEN. PEDIATRA. CS SARIÑENA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GALLEGO DOMEQUE ESTHER. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· LAVILLA ABRIL SHEILA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· OTAL ORDAS LUCIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· SANTANA ESPEJO EMILIA. TCAE. H SAN JORGE. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Pediatría consta de una unidad específica de atención neonatal, donde una enfermera y una técnico auxiliar de enfermería se encargan de los cuidados del recién nacido sano y patológico, junto con el equipo de pediatras del Servicio. Cuando tiene lugar en paritorio o en quirófano un parto complicado (instrumentado, cesárea, o posible alteración del bienestar fetal por diversas circunstancias) acudimos de inmediato al área quirúrgica la enfermera y el pediatra para asistir al recién nacido en el momento del parto, junto con la ayuda de la matrona. En dicho momento crítico nos encontramos la mayoría de las veces (puesto que ocurre frecuentemente en horario de guardia) un máximo de 3 personas, que debemos estar perfectamente capacitadas para realizar la RCP al neonato de forma óptima.
La trascendencia de dicha actuación (vital para en neonato) y el frecuente cambio de personal por sustituciones y nuevas incorporaciones en el área materno-infantil, nos obliga a mantener una continua actualización y formación en dicha materia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Formación continua en RCP neonatal para una mejora en la asistencia al recién nacido en el parto y al neonato ingresado que sufra una posible parada respiratoria y/o cardiaca.
Aumento de la supervivencia libre de secuelas en el paciente neonatal (primer mes de vida).
Optimización de recursos en RCP neonatal para un uso más eficiente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán sesiones periódicas programadas de actualización en RCP neonatal para el personal del área materno-infantil, 3-4 sesiones al año.
Tendrán una duración aproximada de 2 horas y constarán de una primera parte breve teórica en pediatría seguida de una fase práctica en la cuna de reanimación del área de paritorio, y finalizando en la incubadora de transporte para simular el posible traslado del paciente.
Recursos: pediatras docentes, muñecos lactantes (disponemos), ordenador y pantalla.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Calendario de sesiones cada 3-4 meses para abarcar a todo el personal implicado en la asistencia al recién nacido en el área materno-infantil del Hospital San Jorge y las nuevas incorporaciones.
Cumplimiento de dicho calendario y encuesta de satisfacción a los receptores de las distintas sesiones valorando su utilidad.
Reuniones posteriores a una reanimación neonatal real para analizar las actuaciones, errores y campos de mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesiones (duración 2 horas): Enero 2018 (ya realizada), Mayo-Junio 2018, Octubre-Noviembre 2018.
Responsables de su implantación: Equipo de Pediatría del Hospital San Jorge.
Reuniones del equipo de reanimación tras los casos reales que surjan durante el año.
Fecha de proyecto: Enero 2018-Diciembre 2018.

9. OBSERVACIONES.
Disponemos actualmente de todos los recursos necesarios para el proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0359 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

2. RESPONSABLE ..... ELENA SANCHO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· VERA BELLA CARMEN. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ BLANCO COVADONGA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· DELGADO PUENTE MARTA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· SANTOLARIA ESCARTIN DOLORES. TCAE. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· SANTAFE LOPEZ SONIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La duración de la estancia del binomio madre-recién nacido (RN) tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; siendo actualmente lo habitual en nuestro medio una estancia hospitalaria del RN sano de al menos 48h. Dado que el periodo de hospitalización es breve, a veces no hay tiempo suficiente para constatar que la alimentación está bien instaurada por lo que es necesario extremar la vigilancia en aquellos que presenten pérdidas cercanas al 10% o dificultades en relación con la lactancia materna. Asimismo, pueden surgir complicaciones tras el alta como la aparición de ictericia que resulta una de las causas más frecuentes de reingreso.
En los últimos años la tasa de prematuridad se ha incrementado, sobretodo en relación con los prematuros tardíos, los cuales presentan mayor riesgo de complicaciones y mayores tasas de reingreso hospitalario que los RN a término. Los criterios para el alta de estos pacientes son semejantes a los de los RN a término sanos. Sin embargo, debido al mayor riesgo de morbilidad neonatal, necesitan un seguimiento más estrecho por lo que se ha de garantizar un seguimiento médico a las 24-48h.
Por otro lado, cabe la posibilidad de valorar una estancia reducida (menor de 48 horas) ante petición familiar en el caso de RN a término sanos; aunque esta opción no es válida para todas las madres y RN. Además del cumplimiento de una serie de criterios previos al alta, este alta neonatal precoz requiere de la necesidad de un control pediátrico precoz tras el alta debido al riesgo de posibles anomalías no detectadas en el ingreso.
Finalmente, existen una serie de pruebas complementarias que se solicitan a los recién nacidos de forma rutinaria (cribado metabólico y auditivo) que en determinadas ocasiones pueden precisar ser repetidas en el centro hospitalario lo cual debe de ser registrado y realizado de forma organizada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Implantación de una consulta de alta resolución neonatal
- Asegurar un control pediátrico precoz en paciente de riesgo de presentar complicaciones tras el alta (prematuros tardíos, alta precoz, dificultades de alimentación, riesgo de ictericia severa) lo cual permitirá, entre otras cosas, disminuir la estancia media hospitalaria de los mismos.
- Promoción de lactancia materna
- Realización de pruebas complementarias en planta de pediatría por personal formado y de forma organizada.
- Registro de pacientes que precisan citación en consulta de alta resolución para conocer la prevalencia de los diferentes motivos de derivación.
- Detección de problemas de aparición tras el alta y disminución de tasa de reingreso

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión bibliográfica
- Creación de agenda específica para consulta de alta resolución (Enero 2018)
- Información a todo el personal del servicio del funcionamiento de dicha consulta
- Implicación del personal en la organización y citación de los pacientes.
- Elaboración de un registro de pacientes atendidos, motivos de derivación de los mismos y pruebas complementarias realizadas.
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de recién nacidos prematuros tardíos citados a la consulta de Alta resolución (AR) a las 24 – 48 horas del alta / Nº total de recién nacidos prematuros tardíos.
- Nº de recién nacidos con alta precoz citados a la consulta de AR a las 24 – 48 horas del alta / Nº total de recién nacidos con alta precoz.
- Nº de pacientes que precisan reingreso/Nº total de pacientes citados en consulta de AR.
- Nº de pacientes citados para control de peso/Nº total de pacientes citados en consulta de AR
- Nº de pacientes citados para control de ictericia/Nº total de pacientes citados en consulta de AR
- Nº de pacientes registrados en sistema de registro de consulta de AR / Nº total de pacientes citados en consulta de AR.
- Nº de pacientes con lactancia materna exclusiva tras ser dados de alta de consulta de AR/Nº total de pacientes citados a control clínico en consulta de AR.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Revisión bibliográfica: Enero-febrero 2018

Proyecto: 2018_0359 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

- Creación agenda de consulta: Enero 2018
- Información al servicio: Marzo 2018
- Elaboración sistema de registro: Abril-Mayo 2018
- Revisión de indicadores: Noviembre-Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0441 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ DE MIGUEL MARIA DEL PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· LAFALLA BERNAD OLIVIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERNANDEZ ARAGON MONICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ZABAU FERMOSELLE JARA. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FONCILLAS SANZ BEATRIZ. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BELLON CLAVER PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MATERNO-INFANTIL
· BARBANOJ TORRECILLA ALICIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas y fetales en el embarazo y el parto, el diagnóstico oportuno y la atención adecuada.
Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante una atención prenatal temprana, sistemática y de calidad, permitiendo identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.
Propiciar la atención prenatal de forma integral, mediante la creación de un equipo multidisciplinar (Unidades de Pediatría y Obstetricia) estimula acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Generar las directrices para disminuir la morbi-mortalidad perinatal.
Intervenir para mejorar el diagnostico, seguimiento, derivación y tratamiento de los partos prematuros y neonatos prematuros.
Optimizar la coordinación para el manejo de recién nacidos que nacen con patologías susceptibles de diagnóstico prenatal y/o que requieren de tratamientos médicos o quirúrgicos especiales.
Coordinación, comunicación e integración tanto a nivel local como con la red asistencial para fortalecer los aspectos preventivos, de diagnóstico precoz, derivación fluida y tratamiento oportuno por los servicios clínicos correspondientes.
Se presentarán los casos y temas que requieren un manejo perinatal multidisciplinario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecimiento de rutina de reuniones periódicas del comité de salud perinatal formados por pediatras, obstetras, matronas y enfermeras de pediatría y obstetricia.
Presentación de las pacientes en control: En estas reuniones se presentan todas las pacientes en control, se actualiza el estudio, evolución y se discute el manejo en forma multidisciplinaria, consensuando las actuaciones pertinentes según la evidencia.
Presentación de Temas: se realizan presentaciones actualizadas de temas relacionados con las pacientes en control, elaborando protocolos conjuntos de actuación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numero de reuniones/año (minimo 2/ año, limite superior 12/año)
Porcentaje de asistencia (minimo 50%, limite superior 100%)
Número de pacientes estudiados/embarazos controlados en el servicio (según patología).
Numero de protocolos actualizados/consensuados (minimo 1/año).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
– Abril- Mayo 2018: búsqueda bibliográfica
– Junio 2018 inicio de reuniones con periodicidad mínima semestral

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0441 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0753 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

2. RESPONSABLE ..... SONIA ABIO ALBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CONGOST MARIN SOFIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· LOPEZ UBEDA MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· AZANZA MONTULL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· URZOLA CASTRO CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CASAJUS BETRAN CARMEN. TCAE. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· SERAL SOLANAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades endocrinológicas crónicas más prevalentes. Tiene una incidencia y prevalencia creciente en la infancia. Un adecuado control metabólico está influenciado, además de por una correcta educación diabetológica continuada tanto a los niños/ adolescentes como a sus padres, por un estrecho y cercano seguimiento por parte de los profesionales implicados. El periodo de intensos cambios de la adolescencia, con sus características propias, puede ser un momento de un empeoramiento en el control metabólico por parte del paciente. Tanto los adolescentes con diabetes como sus padres pueden percibir el paso al Servicio de Endocrinología de adultos, con un médico y una enfermera que todavía no conocen… como una ”interrupción” en su pauta de tratamiento previa, con un enfoque del paciente diferente. Existen estudios donde se constata un empeoramiento del control metabólico con posterior incremento del gasto sanitario.
Actualmente en nuestro servicio el traspaso a la unidad de adultos se hace dando de alta al paciente,con el correspondiente informe médico, derivando a la consulta de endocrinología mediante una hoja de consulta solicitando su seguimiento
Sociedades científicas como la ISPAD, ADA, propugnan transiciones a las consultas de adultos planificadas conjuntamente entre el pediatra, el endocrino de adultos, el adolescente y su familia. Iniciar la transición durante la adolescencia actualizando la formación diabetológica del adolescente, realizando una consulta conjunta con el especialista de adultos y planificar una consulta “de vuelta” tras la transición para verificar la adecuada realización de la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Facilitar una transición adecuada del adolescente diabético desde la consulta de diabetes pediátrica a la consulta de endocrinología de adultos en el hospital San Jorge, reduciendo las posibles pérdidas de seguimiento, redundando en un mejor control metabólico del paciente.

Promover la comunicación entre los profesionales implicados.

Responsabilizar al adolescente en el autocuidado personal y de su diabetes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Diseño del protocolo de actuación y seguimiento de estos pacientes, con edad de inclusión (pacientes con debut previo a los 14 años, con edad actual entre 14-18 años) y características de los mismos.
Se establecerá un calendario de consultas, con periodicidad trimestral, con un mínimo de 3 consultas al año, de modo compartido.
Registro de pacientes incluidos.
Registro de consultas conjuntas realizadas.
Registro de consultas “de vuelta” realizadas.
Registro de satisfacción de los pacientes incluidos en este programa de calidad.
Actualización bibliográfica, Búsqueda de ultimas recomendaciones internacionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de pacientes incluidos respecto del total de pacientes diabéticos adolescentes.
Nº de consultas conjuntas realizadas respecto del total de pacientes incluidos.
Nº de consultas “de vuelta” realizadas respecto del total de pacientes diabéticos transferidos.
Nº de encuestas de satisfacción realizadas respecto del total de pacientes incluidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reunión del equipo de coordinación y establecimiento del protocolo en mayo-junio 2018.
Reunión y revisión de la experiencia inicial en diciembre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0753 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0115 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... BARBARA MORER BAMBA
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARCELLER TEJEDOR AMAYA. PIR. H SAN JORGE. PSICOLOGIA CLINICA
· GIL PELEATO EVA. PIR. H SAN JORGE. PSICOLOGIA CLINICA
· PELEGRIN VALERO CARMELO. PSIQUIATRA. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· ALAYETO GASTON MARIA ANGELES. PSICOLOGO/A CLINICO. USM PIRINEOS. PSICOLOGIA CLINICA
· OJEDA MARTINEZ AINHOA IRUNE. MIR. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· LACAL ALEJANDRE LAURA. MIR. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· URZOLA CASTRO CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge de Huesca es una unidad especializada, interdisciplinar, orientada al tratamiento integral de los pacientes en la provincia. Facilitando el acceso de tratamiento en el propio territorio. Se detecta la necesidad de instaurar un protocolo de evaluación psicológica con el fin de mejorar ésta, así como la precisión en el diagnóstico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la evaluación psicológica de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, tanto adolescentes como adultos, que acuden a la unidad, a través de un protocolo individualizado de evaluación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Aplicar el protocolo de evaluación en la pimera acogida en la consulta de Psicología Clínica y elaborar un documento en el que se recojan de forma unificada los resultados. El protocolo de evaluación consistirá en una serie de instrumentos y escalas estandarizadas, así como de la entrevista clínica psicológica. Se requiere de tiempo para la revisión bibliográfica y elaboración del material, colaboración de los residentes de Psicología Clínica que rotan en la unidad, y disponer de los test e instrumentos de medida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración del protocolo y del documento de registro de resultados. El indicador de evaluación será el número de casos atendidos desde Psicología Clínica que tengan completado el documento en el plazo de un mes desde la primera entrevista. El límite inferior es del 70% y superior del 100% de los casos atendidos con el documento completado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha prevista de inicio es marzo de 2018, y fin marzo de 2019.

3 meses para búsqueda bibliográfica, revisión de Guía de Práctica Clínica y elaboración del protocolo y documento de resultados.
9 meses para la implantación del protocolo.
3 meses finales de evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0114 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES ALAYETO GASTON
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORER BAMBA BARBARA. PSICOLOGO/A CLINICO. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· SANCHEZ LUCAS NAIARA. PSICOLOGO/A CLINICO. USM ALCAÑIZ. SALUD MENTAL
· GIL PELEATO EVA. MIR. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· CARCELLER TEJEDOR AMAYA. MIR. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· CALVERA FANDOS LAURA. MIR. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En marzo de 2016 se pone en funcionamiento el Programa de Neuropsicología, dentro del Servicio de Atención Continuada de la especialidad, en el hospital San Jorge de Huesca . En estos momentos el programa se lleva a cabo por un residente de psicología bajo la supervisión de psicólogo adjunto, durante dos tardes (de 4 horas) a la semana. Desde su puesta en funcionamiento las derivaciones de pcientes por parte de los diversos servicios (neurología, psicogeriatría, UHB de psiquiatría, unidades de salud mental...) para la realización de exploraciones neuropsicológicas ha aumentado considerablemente. Se hace necesario reducir el el tiempo requerido por paciente sin que redunde en la calidad de las exploraciones. Se plantea para ello la confección de protocolos de evaluación (por objetivos de evaluación) que permitan incrementar la eficiencia del servicio, preservando la calidad de la atención y de los resultados obtenidos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es poder evaluar a los pacientes derivados a la unidad según diferentes protocolos de evaluación neuropsicológica confeccionados por objetivos de evaluación, una vez revisada la literatura, seleccionados los tipos de protocolos y los test y baterías que compongan cada uno de ellos. Con ello se optimizará el procedimiento de evaluación, reduciendo drásticamente el tiempo previo dedicado a la selección de pruebas (hasta ahora de forma individualizada), este ahorro de tiempo redundará en: mejor atención, incremento de pacientes evaluados, realización de tareas (corrección de pruebas, realización de informes)...

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- REVISION BIBIOGRAFICA: Revisar los protocolos realizados por otras unidades : A cargo del residente bajo supervisión psicólogo adjunto.

2.- ELECCION DE LOS TIPOS DE PROTOCOLOS POR OBJETIVOS: Una vez revisada la literatura y teniendo en cuenta las particularidades de la demanda atendida se elegirán los distintos tipos de protocolos (ejemplos de posibles tipos de protocolos: protocolo para casos de sospecha de demencia en personas mayores de 65 años; protocolo para casos de personas con historial de abuso de tóxicos, protocolo para casos de TCE, ACV...etc)

3.- SELECCION DE LOS TESTS Y BATERIAS que compondrán los distintos protocolos de evaluación: Seleccionar aquellos que se adapten a las necesidades de la unidad y requerimientos del tipo de demanda.

4.- CONFECCION DE LOS PROTOCOLOS

5.- COMENZAR EXPLORACIONES SEGUN PROTOCOLOS

6.- EVALUACION: Protocolos de evaluación y nº de pacientes explorados por tipo de protocolo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- PROTOCOLOS CONFECCIONADOS: Tipos de protocolo según objetivos de evaluación y test y baterías que componen cada uno de los tipos de protocolo.
2.- Nº DE PACIENTES EVALUADOS POR PROTOCOLO CONFECCIONADO

Pacientes que se benefician de cada uno de los tipos de protocolo confeccionados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO DEL PROYECTO: 1 DE MARZO 2018

FIN DEL PROYECTO: indefinido

CRONOGRAMA:

Proyecto: 2018_0114 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

-1 y 2: REVISION BIBLIOGRAFICA y ELECCION DE LOS TIPOS DE PROTOCOLOS POR OBJETIVOS: MARZO 2018
-3 y 4: SELECCION DE LOS TESTS Y BATERIAS y CONFECCION PROTOCOLOS: MARZO DE 2018
-5.- EXPLORACIONES SEGÚN PROTOCOLOS: A PARTIR DE DE ABRIL 2018
-6.- EVALUACION: JULIO 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0681 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... RICARDO LOPEZ BERNUES
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABRERO CEBRIAN VISITACION. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· SIESO SEVIL ANA ISABEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· LLACER NAVARRO CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· LATAPIA LOPEZ CONCEPCION. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· CASTAN PEREZ LIDIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· MARTINEZ CABELLO VERONICA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La unidad de corta estancia de psiquiatria del Hospital San Jorge de Huesca presta servicio a las necesidades de los pacientes con patología mental aguda de toda la provincia. Las enfermeras que prestamos los cuidados de salud mental a estos pacientes en el sevicio de psiquiatria realizamos el informe de alta que se entrega al paciente cuando se va del servicio y a su vez se mandan a los diferentes dispositivos a los que se deriva el paciente. Desde el servicio se ha plantado la necesidad de mejorar la coordinacion entre los distintos dispositivos de salud mental de la provincia de Huesca.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del programa de calidad es establecer mediante contacto telefonico la coordinacion y mejora de la información al alta de la unidad de agudos de psiquiatria entre las enfermeras de salud mental de la provincia de Huesca
Los dispositivos de la red de salud mental de la provincia son: UCE de Huesca, CRP Santo Cristo de los Milagros,(UME,ULE y Psicogetriatria) UASA de Huesca y Monzon, Hospital de dia, CSMental de Jaca, Huesca (Pirineos y Perpetuo Socorro), Sabiñanigo, Monzon, Fraga, Barbastro y USMental InfantoJuvenil de Huesca y Barbastro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Dfusión de la iniciativa de mejora a todos los enfermeros de la unidd de agudos.
- Elaboración de un listado actual de los numeros de teléfono de los distintos dispositivos (extensiones)
- Añadir en el informe de alta de enfermeria de la UCE, en las observaciones/ recomendaciones, el dispositivo con el que se ha contactado.
- Realizar un cuestionario de satisfacción a todos los dispositivos sobre la coordinación del programa realizado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Evaluar la llamada de coordinación realizada a través del informe de enfermería al alta de la unidad de agudos de psquiatria.
- Medir la satisfaccion de las enfermeras participantes a través del cuestinario realizado para el programa.
- Nº de informes de alta en el que aparece el contacto telefónico realizado/ Nº de altas en el período 1/10/2018 al 31/12/2018.
- Nº de encuestas telefónicas de satisfacción recogidas/ Nº de enfermeras que pertenecen a dichos dispositivos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Informar del programa de calidad a las enfermeras de salud mental de los distintos dispositivos de la provincia de Huesca durante los meses de verano
Fecha de inicio de la evaluación a traves del informe de alta de enfermeria: 01/10/18
Fecha de fin de la evaluacion: 31/12/18
Realizacion del cuestinonario de satisfacción mediante llamada telefonica a las enfermeras de salud mental: mes de enero y febreo del 2019
Evaluación y difusion de los resultados obtenidos: marzo y abril 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0681 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades mentales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0696 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS RIVARES MORCATE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTAN PEREZ LIDIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· MARTINEZ CABELLO VERONICA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· LOPEZ BERNUES RICARDO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER. PSIQUIATRA. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· LATAPIA LOPEZ CONCEPCION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· GIMENEZ IVANKA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde la unidad de agudos nos dimos cuenta de la necesidad de unificar los criterios de acogida del paciente para realizar el traslado entre urgencias y psiquiatría. En el 2017 desarrollamos un protocolo consensuado entre los dos servicios.Tras la realización de dicho protocolo realizamos una medición para valorar la cumplimentación del mismo y valorar los puntos débiles para poder reforzarlos tras su puesta en marcha.
Una buena coordinación entre el servicio de urgencias y psiquiatría es fundamental para la buena acogida del paciente en la unidad garantizando la seguridad del paciente y lde los profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Unificar criterios de manejo del paciente psiquiátrico en los dos servicios.
- Mejorar la acogida del paciente cuando ingresa en la unidad.
- Aumentar la seguridad del paciente y de los profesionales tanto en el servicio de urgencias como en la unidad de psiquiatría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realización del cuestionario para medir la cumplimentación del protocolo.
- Reunión de equipo de enfermería para informar de la puesta en marcha del proyecto.
- Nueva recogida de datos en la unidad de psiquiatría del paciente que ingresa desde urgencias durante 25 días (mismo período que en 2017), para evaluar el seguimiento del cumplimiento del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo establecido en un período de 25 días / Nº de pacientes que ingresan desde urgencias en ese período
Fuente de datos: lista de verificación de cinco puntos(seis puntos en el caso de paciente contenido).
- Esperamos alcanzar un 80% de cumplimentación del protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Reunión de información con el equipo del servicio para la puesta en marcha: 1ªquincena de abril 2018.
- Recogida de datos durante 25 días entre abril y mayo 2018
- Tratamiento de los datos y elaboración de resultados:Tercer trimestre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0564 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... OIHANA ARRAZOLA ALBERDI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLER ALLUE CARLOS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS
· SANZ PANZANO CAROLINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
1. Las inyecciones intravítreas son procedimientos mínimamente invasivos, utilizados como vía de administración de medicamentos en distintas patologías oftalmológicas. En los últimos años se está produciendo un incremento del uso de esta técnica debido al aumento en el número de indicaciones y en el número de agentes que se pueden administrar. A pesar de habérseles explicado en consulta y firmado el consentimiento, la primera vez que se van a someter al tratamiento presentan dudas, tales como administracion del tratamiento, pautas de actuación y pautas postintervención por lo que creemos que la información que podrían recibir estos pacientes podría ser ostensiblemnte mejorable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y sus familiares.
Mejorar la satisfacción de los usuarios que van a recibir un tratamiento intraocular.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un folleto informativo para que los pacientes y sus familiares conozcan el funcionamiento del servicio, como deben acudir, si no acuden a donde deben llamar, donde se les va a administrar, secuencia del procedimiento y pautas postintervencion, el cual sera entregado e informado el primer día que acudan a nuestro servicio, en la antesala de quirofano, por el equipo de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio que cuentan con el folleto informativo = 95%
Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio y no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto = 5%
Proporción de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento = 5 %
Proporción de pacientes satisfechos con la informacion que se le ofrece en el folleto informativo = 95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 2018: Reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más importantes que deba contener el folleto.
Junio 2018: Puesta en común de la información encontrada y elaboración del folleto.
Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto, acompañado de encuesta de satisfacción.
Enero 2019: Evaluación y detección de áreas de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1053 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... JORGE AZANZA PARDO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELBOJ SASO SALAS. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· LATORRE BADIA ESTEFANIA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· ABOS NAVARRO IXEA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· GRACIA SEN MARIA CARMEN. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· CASTAN GASQUET RAQUEL. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H SAN JORGE. REHABILITACION
· CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. REHABILITACION
· MORALES BALIEN SANTIAGO. MEDICO/A. H SAN JORGE. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El acceso al tratamiento en el servicio de Rehabilitación suele conllevar una serie de dudas en el paciente. Además de existir una serie de normas y necesidades que el usuario debe conocer para optimizar las sesiones y el tiempo de las mismas.
Se plantea por tanto la elaboración de un plan de acogida y la entrega, en el momento de la consulta de RHB, de un folleto que explique y resuma todas las normas del servicio de fisioterapia/terapia ocupacional y resuelva sus dudas.
Para valorar la efectividad del folleto se presentará una encuesta de satisfacción donde el usuario participará de forma activa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la atención y satisfacción de los usuarios:
- Facilitar la información al paciente, mejorando las vías de comunicación entre el usuario y la unidad.
- Anticipar la resolución de problemas más comunes.
- Promover una mayor implicación del usuario en su tratamiento.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales:
- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Optimización de las sesiones. Mejorar la distribución de tiempo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- El equipo multidisciplinar del proyecto valorará y seleccionará aquellos aspectos que considere que el usuario deba conocer previo a las sesiones de tratamiento.
- Se elaborará un folleto informativo con dichos aspectos.
- Se elaborará una encuesta de satisfacción que evalúe la utilidad de dicho folleto a fin de valorar el cumplimiento de los objetivos propuestos o su modificación si fuese necesario.
- Reunión para hacer conocedores y partícipes a todos los profesionales implicados en la unidad de Rehabilitación (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapuetas y Terapia Ocupacional) tanto de la existencia del folleto como de la encuesta de satisfacción e informarles sobre su distribución.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Grado de implantación
- Grado de satisfacción de los profesionales

Los indicadores de medida que se utilizarán serán:

-Indicador (implantación): Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de gimnasio después de haber sido derivados a fisioterapia especializada por el FEA rhb:
Descripción: Nº de pacientes que reciben el folleto/Nº de pacientes derivados a tratamiento por FEA RHB X 100
Fuente: Registro de pacientes que acceden a la unidad de RHB.
Estandar: 70-80%

-Indicador (implantación): Porcentaje de encuesta rellenadas por los usuarios que han recibido el folleto
Descripción: Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de pacientes que reciben el folleto X100
Fuente: Recogida de encuestas en la unidad
Estandar : 60-70%

-Indicador (satisfacción): Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida en el folleto
Descripción: Nº de pacientes que consideran importante la información recibida/ Nº de pacientes que rellenan la encuesta X 100
Fuente: Recogida de encuestas en la unidad
Estandar: 70-80%

Proyecto: 2018_1053 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Mayo de 2018
- Valoración y elaboración del folleto: Junio 2018.
- Elaboración de la encuesta: Junio de 2018.
- Implantación total del Proyecto: Septiembre de 2018.
- Monitorización de indicadores y resultados: Septiembre de 2018 – Diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Susceptible de Tratamiento Rehabilitador
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1145 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO JOSE GARCIA ROMERO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AZANZA PARDO JORGE. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· LATORRE BADIA ESTEFANIA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· MORALES BALIEN SANTIAGO. MEDICO/A. H SAN JORGE. REHABILITACION
· SOUTO AYERBE CLARA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· GRACIA SEN MARIA CARMEN. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· VIÑUALES PEREZ SANTIAGO. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La creciente demanda de la atención de servicios sanitarios por parte de la población, debida a muy diversos factores (envejecimiento de la población, mejora de la accesibilidad, aumento de la cartera de servicios, mayor preocupación por la calidad de vida relacionada con el bienestar físico, etc.) unida a la lógica limitación de recursos conlleva un inevitable incremento de la demora en el acceso a la gran mayoría de servicios ofertados en el Sistema Nacional de Salud, el engrosamiento de las temidas “Listas de espera” es a día de hoy uno de los indicadores más relevantes y de referencia del funcionamiento de un servicio público de Salud. Los servicios de Rehabilitación no son ajenos a este problema y por su atención transversal a la población en todas sus franjas de edad y de continuidad de cuidados colaborando con la mayoría de servicios asistenciales del Hospital y Atención Primaria sufre con más intensidad el incremento de la presión asistencial.
Las característica fundamental de los pacientes atendidos en un servicio de Rehabilitación es probablemente su extrema heterogeneidad, este rasgo fundamental hace difícil la correcta gestión de la lista de espera y por ende ofrecer una fecha estimada de inicio de tratamiento al paciente, y a los servicios demandantes, los requerimientos del paciente en los distintos aspectos de la accesibilidad, añaden dificultad a esta gestión y alteran la secuencia óptima de acceso al tratamiento que liimitaria el agravamiento del problema por demora excesiva en su tratamiento fisioterapeutico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Mejorar la atención y satisfacción de los usuarios.
- Ajustar el periodo de espera del paciente de acuerdo a la gravedad con que el problema que padece interfiera en su capacidad para desarrollar sus actividades de la vida diaria (AVD) con normalidad.
- Minimizar el riesgo de empeoramiento o pérdida de capacidad en su estado físico.
- Establecer y dar a conocer un periodo estimado de acceso a tratamiento según problema y características del paciente.
- Acortar los plazos de incorporacíón a las AVD.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.
La disminución de la variabilidad de acceso al tratamiento en pacientes con problemas similares permitirá ajustar los plazos de tratamiento y optimizará la coordinación de interconsultas.
Mejora en la efectividad del tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El equipo de mejora diseñará un plan de actuación destinado a elaborar un sistema de triaje que será evaluado por el el resto de profesionales del servicio de rehabilitación y de otros servicios solicitadores de interconsultas.
Se pondrá en marcha el sistema diseñado, sujeto a distintas monitorizaciones y ajustes por parte del equipo de mejora.
Se elaborará un sistema definitivo que estará sujeto a evaluación y mejora continua.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Grado de implantación
- Grado de satisfacción de los profesionales

1. Se completa el diseño de triaje finalizado y se presenta a los servicios implicados.. (S/N) Valor a alcanzar: S

Proyecto: 2018_1145 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

2.El sistema de triaje es efectivamente implantado. (S/N). Valor S
3.% de pacientes que al iniciar tratamiento indican disminución de funcionalidad en sus AVD respecto al dia de la consulta con médico rehabilitador. Valor a alcanzar: <25%.
4.% de pacientes que retoman sus AVD en un periodo de tratamiento inferior al estimado >15%
5.,Encuesta de satisfacción a profesionales. >80% satisfechos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto: 1/6/2018
Diseño de sistema de triaje. Junio 2018.
Implantación a pacientes con indicación de tratamiento a partir del 1/7/2018.
Monitorización; 15 de diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1343 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... NURIA ALBAS TIERZ
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AUDINA BENTUE MARIA TERESA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· MANAU OMEDES CRISTINA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· URRUTIA DIEZ AMAIA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· GARCES PEIRON ANA. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION
· SOLANILLA LECINA PALMIRA. TCAE. H SAN JORGE. REHABILITACION
· CASTEL PANZANO ROSARIO. TCAE. H SAN JORGE. REHABILITACION
· GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE. FISIOTERAPEUTA. H SAN JORGE. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El servicio de rehabilitación del Hospital San Jorge de Huesca se compone de dos terapeutas ocupacionales (TO), 14 fisioterapeutas, 6 TCAE y 3 médicos especialistas en RHB. Forma parte de uno de los servicios centrales del hospital y colabora con una parte importante de ellos, recibiendo pacientes derivados principalmente por traumatología, reumatogia, neurología, o geriatría y en menor medida neumología y el resto de servicios. Sin olvidar a la creciente derivación desde AP.
Esta diversidad de especialidades se traduce en una lista creciente de patologías y problemas de salud que requieren, como es lógico, de una especialización paralela por parte de los profesionales del servicio de rehabilitación que atenderá a esos pacientes.
Dado que las especialidades dentro del campo de la Fisioterapia o TO no están contempladas en el sistema nacional de salud, debe ser cada profesional, quien las desarrolle de forma individual, de acuerdo a su interés personal en un campo u otro de la rehabilitación (por no decir del amplisimo campo de la medicina).
Adolecen la inmensa mayoria de Servicios de RHB de los hospitales públicos de la inexistencia de un modelo de Gestión por Competencias (GC) que, de alguna forma, pueda paliar la citada carencia de reconocimiento oficial de las especialidades en esta disciplina. Nuestra propuesta es crear un modelo de GC, adaptado al servicio de rehabilitación que catalogue a cada profesional dentro de una especialidad de fisioterapia con el objetivo de proporcionar un tratamiento óptimo y de calidad a la diversidad de patologías que presentan los pacientes derivados a este servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Diseñar, desarrollar e implantar un modelo de Gestión por Competencias en el servicio de rehabilitación de Hospital San Jorge, que nos permita conocer con exactitud el perfil profesional y el resto de capacidades de sus componentes, con objeto de dar una respuesta más precisa a la variedad de problemas que debemos atender, lo que redundará en una mayor efectividad en la atención al paciente.
Conocer las competencias de nuestros profesionales nos ayudará a definir con exactitud las técnicas en las que están formados y evaluar las necesidades de formación para conseguir una plantilla con una formacion equilibrada que pueda dar una respuesta integral a las demandas del resto del servicios del hospital y, en difinitiva, al paciente sin importar su patología.
Que el resto de servicios del hospital conozca las competencias del nuestro servirá para mejorar las dervivaciones y optimizar recursos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El coordinador del proyecto establecerá un calendario de reuniones y reparto de tareas con el resto del equipo, a lo largo del presente año.
El servicio recibirá formación sobre el modelo de GC y las ventajas de su implantación.
Se elaborarán sucesivos borradores y se procederá a su desarrollo y aplicación de acuerdo un sistema de mejora continua del documento.
Se contempla su presentación al resto de servicios y su aplicación en las nuevas incorporaciones de profesionales al servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Al finalizar el calendario previsto:
1. Se alcanza un diseño definitivo de modelo de GC para el servicio de RHB. (S/N). Objetivo. Si
2. % de miembros del servicio que responden al cuestionario y entrevista diseñado: Objetivo: 100%.
3. Se elabora una memoria con los datos obtenidos. (S/N). Objetivo S.
4. Se establece un programa de formación y mejora de competencias de acuerdo a los resultados obtenidos. (S/N).
5.Se diseña un ciclo de mejora continua sobre el modelo de GC. (S/N)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.Se iniciará el diseño en Junio de 2018.
2.Redacción del documento definitivo en Septiembre de 2018.
3.Implantación Octubre 2018.
4.Evaluación. Noviembre 2018.
5. Redacción de memoria y proyecto de formación y desarrollo de competencias. Diciembre 2018.

Proyecto: 2018_1343 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0292 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA

2. RESPONSABLE ..... LORETO MARIA GARCIA MOYANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. ESAD HUESCA. ESAD HUESCA
· LORES CASANOVA SOLEDAD. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· RODRIGUEZ MAÑAS JARA. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
· FIGUEROLA NOVELL JANINA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. SALUD MENTAL
· ALAYETO GASTON MARIA ANGELES. PSICOLOGO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Uno de los objetivos principales del Comité de ética Asistencial del sector Huesca es la formación y docencia en ética y a la difusión de las funciones del Comité tanto a ciudadanos como a profesionales.
Es por ello que se pretende llevar a cabo una Jornada de Bioética para toda la ciudadanía. Tratando los siguientes temas:
¿Qué son los Comités de Ética? ¿Qué tipos de comités hay en Aragón?
¿Qué es el Consentimiento informado? Conceptos de confidencialidad y intimidad.
¿Que son las voluntades anticipadas?
¿Por qué los ciudadanos deben participar en los Comités de Ética?
¿Cómo pueden participar los ciudadanos en el desarrollo de la Bioética?

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Difundir entre los ciudadanos aspectos básicos sobre la Bioética y dar a conocer la existencia de los Comités de Ética, tanto asistenciales como de investigación, funciones, forma de trabajar y posibilidad de incorporase a ellos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Jornada de Bioética para la ciudadanía

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? Cuestionario de opinión del participante para jornadas, congresos y seminarios
La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.
Cuestionario de satisfacción del docente participante en una actividad formativa
La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril 2018, se valorara repetir experiencia a final de año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todos y en poblacion sana
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0509 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO ELBAILE SARASA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAJA BUETAS ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· OLIVAN ESCO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· MARTIN FERRANDO FERNANDO. CELADOR/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· PINIES LLORET LOURDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· SERVET GALINDO OLGA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· LOPEZ BRETOS ROSA. TCAE. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La catástrofe se identifica como un hecho imprevisto y desafortunado que de manera brusca ocasiona un gran número de víctimas, existiendo, de manera puntual, una gran desproporción entre las necesidades y los medios disponibles. Una catástrofe es por tanto, un hecho sorpresivo y que únicamente puede contrarrestarse con una formación y organización previas, para lo cual es necesario disponer de planes y procedimientos que permitan controlar la situación y minimizar las posibles consecuencias.
El establecimiento de medidas adecuadas de organización y de seguridad pueden paliar las consecuencias de una catástrofe, siendo la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas una prioridad por encima de cualquier otra consideración. El hospital es el destinatario de la mayor parte de las víctimas de una catástrofe, y el Servicio de Urgencias, la zona del hospital con mayor impacto en esta situación.
En el año 2000 la OMS establece la definición de “Hospitales Seguros” como indicador mundial en la reducción de los desastres, y define los planes ante catástrofes externas como aquellos que permiten desarrollar una actividad coordinada y eficiente ante situaciones que pueden comprometer la organización y la capacidad de respuesta hospitalaria.
Los hospitales que disponen de este tipo de planes cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias (SU) manteniendo la asistencia a otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa.
2.- Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados ante cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir (horario laboral, de guardia, festivo).
3.- Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado.
4.- Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura.
5.- Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
6.- Definir el sistema de identificación y admisión

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar un plan de actuación del SU, frente a catástrofes y emergencias múltiples externas, en el que se determine la organización del SU en cuanto a recursos humanos y materiales, niveles de alerta, cuándo activar dichos niveles, secuencias de actuación según niveles de alerta, todo ello dirigido a optimizar la atención a las víctimas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Existencia de un plan de actuación frente a catástrofes externas
• Area del indicador: Servicio de Urgencias
• Criterio de calidad: Seguridad
• Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
• Explicación de términos: El plan de actuación frente a catástrofes externas debe especificar la organización humana y material del SU frente a una catástrofe externa
• Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
• Tipo: Estructura
• Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
• Estándar: Si

2) Revisión semestral del almacén de catástrofes
• Área del indicador: Servicio de Urgencias
• Criterio de calidad: Seguridad
• Fórmula: Número de revisiones realizadas x100/ Número de revisiones previstas

Proyecto: 2018_0509 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

- Explicación de términos: Revisión realizada: El contenido del almacén de catástrofes debe permanecer siempre en correcto estado y funcionamiento. Debe constar la persona y fecha que realiza la revisión. Revisión prevista: Se establece como adecuada una periodicidad semestral
- Población: Número total de revisiones realizadas en el periodo previsto
- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registros del SUH
- Estándar: > 95%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del plan en los 3 primeros trimestres del año 2018, darlo a conocer al SU en el ultimo trimestre del año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0694 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... ELENA BLESA CLAVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· CUARTERO CASIN CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· BAGE GIL AMAIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· MOYANO LEDESMA AMPARO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· ESCOLANO PUEYO ANGEL. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
· SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La seguridad del paciente se ha convertido en los últimos tiempos en un elemento clave de la calidad asistencial, tanto para pacientes y familiares como para gestores y profesionales sanitarios, todos ellos desean una asistencia sanitaria segura, eficiente y efectiva. Sin embargo, la atención sanitaria es una actividad compleja, que acarrea riesgos para la salud de los pacientes, que pueden llevar a la aparición de eventos adversos.
Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en el ámbito hospitalario, produciéndose la mitad de estos errores en procesos relacionados con la transición asistencial. La posibilidad de cometer estos errores se ve aumentada en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), ya que en el área del hospital donde se detectan un mayor número de errores de medicación prevenibles por paciente ingresado.
La Conciliación de la medicación consiste en obtener una lista completa de la medicación previa del paciente, y compararla con la prescripción médica después de la transición asistencial. En este proceso es clave la participación activa del paciente y sus familiares. El objetivo es garantizar que a lo largo de todo el proceso asistencial el paciente recibe toda la medicación necesaria que estaba tomando previamente, con dosis, vía de administración y frecuencia correctas, adecuada a su situación actual.
La conciliación debe ser un objetivo y una responsabilidad compartidos por todos los profesionales sanitarios, siendo la solución a los problemas derivados de los errores de mediación existentes en la práctica clínica diaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Revisar y actualizar toda la medicación de todos los pacientes que son atendidos en el SUH, para proporcionar una atención segura, y minimizar los errores de medicación y aparición de eventos adversos.
2. Conciliar la medicación de todos los pacientes que permanecen más de 24 horas en el SUH, y si permanecen menos de 24 horas priorizar aquellos fármacos cuyo tiempo de conciliación recomendado es menor de 4 horas.
3. Conciliar toda la medicación en las 6 primeras horas transcurridas desde la admisión en el SUH.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar una guía que defina las medidas generales para la revisión y conciliación de la medicación de los pacientes que acuden al SUH.
Establecer las estrategias a seguir para conseguir la conciliación terapéutica en aquellas situaciones de alto riesgo de producir un evento adverso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias con el tratamiento domiciliario revisado y actualizado
• Dimensión: Seguridad
• Fórmula: Nº pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias con el tratamiento domiciliario revisado y actualizado/ Nº pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias x 100
• Explicación de términos: Se debe revisar y actualizar todo el tratamiento domiciliario del paciente, con el objeto de evitar errores de medicación, interacciones medicamentosas
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y dados de alta en el periodo revisado.
• Tipo: resultado
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
• Estándar: Superior al 80%
2) Pacientes que permanecen más de 24 horas en el Servicio de Urgencias con el tratamiento conciliado
• Dimensión: Seguridad
• Fórmula: Nº de pacientes que permanecen más de 24 horas en el SU con el tratamiento conciliado/ Nº total de pacientes que permanecen más de 24 horas en el SU x 100
• Explicación de términos: El paciente diana de la conciliación de la medicación en el SU, es el que permanece más de 24 horas en el SU, ya que es en el que la falta de conciliación puede acarrear la aparición de eventos adversos con mayor frecuencia
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias que han permanecido más de 24 h en dicho servicio
• Tipo: Resultado
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias
• Estándar: >90%
3) Pacientes a los que se concilia la medicación en las 6 primeras horas desde su ingreso en Urgencias

Proyecto: 2018_0694 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Dimensión: Seguridad
- Fórmula: Nº de pacientes a los que se concilia la medicación en las 6 primeras horas desde su ingreso en Urgencias/ Nº total de pacientes que permanecen más de 6 horas en el SU x 100
- Población: Pacientes que acuden a Urgencias y son dados de alta en el periodo revisado
- Tipo: Resultado
- Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias
- Estándar: 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realización de la guía en el tercer trimestre de 2018, implantándola en el último trimestre de 2018 para su inmediata aplicación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0972 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA ATENCION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ANA ROSA MILLAN ACERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· PEREZ CLAVIJO GRETEHEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· CUARTERO CUENCA BERTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· BUISAN CASBAS GEMA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· ALONSO MORTE JONATAN. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
· SANCHEZ LALANA EVA. MEDICO/A. H SAN JORGE. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) es definido como un intercambio brusco de energía mecánica que genera deterioro físico o funcional del contenido craneal, lo cual condiciona alguna de las manifestaciones clínicas siguientes: la confusión o desorientación, la pérdida de conciencia, la amnesia postraumática, otras anomalías neurológicas como los signos neurológicos focales, la convulsión y/o lesión intracraneal.
Los TCE son una de las causas más importante de asistencia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), aunque la mayoría de ellos (más del 90%) sólo precisaran observación cuidadosa durante 24-48 horas. Conllevan una morbilidad importante y constituyen la principal causa de muerte por traumatismo en cualquier grupo de edad, siendo en menores de 45 años la primera causa de muerte e incapacidad. En pacientes con edad avanzada las consultas en urgencias por caídas son comunes y los TCE son relativamente frecuentes. Esta patología implica importantes costes para el sistema sanitario y para la sociedad en general, al ser responsable de un gran número de años potenciales de vida perdidos.
Todo paciente que ha sufrido un TCE producto de un accidente de cualquier tipo debe ser considerado un politraumatizado y, por ende, esto implica la necesidad de un minucioso examen físico general y valorar la realización de determinadas pruebas diagnósticas.
Por todo ello, creemos conveniente la elaboración de esta guía, que recogerá las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, y así poder realizar las actuaciones y pruebas complementarias necesarias para optimizar la atención al paciente afecto de un TCE.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Realizar un protocolo de actuación del TCE que sirva de instrumento para una correcta evaluación y clasificación inicial, junto con unos cuidados precoces del paciente para identificar posibles signos de alarma.
- Definir los criterios para realización de estudios radiográficos (Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal y Radiografía de columna cervical).
- Definir los criterios de observación en el SUH, así como los criterios de ingreso hospitalario y/o traslado al servicio de referencia para atención especializada por neurocirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar un protocolo que incluya el manejo del paciente que ha sufrido un TCE y que acude al SUH, las indicaciones para la solicitud de las pruebas complementarias pertinentes, así como los criterios que definan el destino del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Registro de la escala coma Glasgow (GCS) desglosada al ingreso y al alta del paciente del SUH.
o Dimensión: Efectividad. Riesgo
o Justificación: La GCS es un factor pronóstico del TCE con buena relación con la existencia de lesión intracraneal.
o Fórmula: Nº de pacientes con registro de GCS desglosada al ingreso y al alta del SUH / Nº de pacientes atendidos por TCE x 100.
o Población: Pacientes con TCE atendidos en el SUH.
o Explicación de términos: Registro de la GCS en el informe de alta del SUH desglosando los 3 ítems (A+B+C).
o Tipo: Proceso.
o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
o Estándar: 100%.
- Constancia en el informe del SUH de exploración neurológica y examen pupilar.
o Dimensión: Efectividad. Seguridad.
o Fórmula: Nº de pacientes atendidos por TCE en los que se realiza exploración neurológica y examen pupilar / Nº de pacientes atendidos por TCE x 100.
o Población: Pacientes con TCE atendidos en el SUH.
o Tipo: Proceso.
o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
o Estándar: > 95%.

Proyecto: 2018_0972 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA ATENCION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Entrega de recomendaciones al alta domiciliaria.
o Dimensión: Seguridad. Continuidad.
o Justificación: La entrega de recomendaciones al alta domiciliaria al paciente atendido por TCE y/o a sus familiares evitará la demora para volver a consultar en caso de agravamiento del estado del paciente.
o Fórmula: Nº de pacientes en los que consta la entrega de la hoja de recomendaciones al alta domiciliaria / Nº de pacientes atendidos por TCE y dados de alta a domicilio del SUH x 100.
o Población: Pacientes atendidos por TCE en el SUH y dados de alta a domicilio.
o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
o Estándar: 90 %.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realización del protocolo en el tercer trimestre de 2018, implantándolo en el primer trimestre de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1036 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION Y ANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... LAURA MONTOLIO RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUARTERO CASIN CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· BLESA CLAVERO ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· OLIVAN ESCO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
· SANCHO RODRIGO MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANCHO GRACIA ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· MEJIA ESCOLANO DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
a. En el SU se realizan procedimientos diagnósticos y ciertas técnicas que producen dolor y ansiedad en los pacientes. Se crea la necesidad de establecer unos protocolos de analgesia y sedación que puedan ser implementados por médicos de urgencias no especialistas en anestesiología, y así conseguir un control seguro del dolor y la ansiedad, proporcionar cierto grado de amnesia, evitar los movimientos del paciente durante la realización de distintas pruebas y minimizar la respuesta al estrés del paciente.
b. Dicho protocolo mejorará la calidad asistencial, aportando a los pacientes los beneficios de la sedación minimizando los riesgos asociados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Realizar un protocolo de sedoanalgesia para aquellos procedimientos que generen un estrés en el paciente.
• Que todo paciente que se aplique el protocolo tenga firmado el consentimiento informado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Realización de protocolo de sedoanalgesia en el servicio de urgencias adecuado a varios grupos de pacientes distribuidos según edad y patología asociada, que puedan ser aplicados en la actuación diaria de los médicos de urgencias y pediatría del HSJ consensuado con los diferentes servicios del hospital San Jorge.
• Realización de un consentimiento informado adaptado para sedoanalgesia
• Realizar una valoración de la satisfacción del profesional y del paciente tras realizar el procedimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a. Existencia de protocolo de sedoanalgesia
• Dimensión: Satisfacción. Seguridad.
• Formula: Existencia de protocolo SI/NO.
• Población: Pacientes que acuden al servicio de urgencias con un proceso que precise de un procedimiento con sedoanalgesia.
• Tipo: Estructura.
• Fuente de datos: Censo de protocolos del Servicio de Urgencias.
• Estándar: SI.
b. Aplicación de protocolo de sedoanalgesia a mayores 14 años.
• Dimensión: Satisfacción y seguridad
• Formula: Nº de pacientes mayores 14 años a los que se les realiza procedimiento diagnostico-terapéutico con cierto grado de estrés atendido en urgencias del HSJ y se aplica el protocolo/ Total de pacientes > 14 años sometidos a dichos procedimientos x 100.
• Población: Pacientes mayores 14 años atendidos en urgencias
• Tipo: proceso
• Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
• Estándar: Superior al 90%
c. Aplicación de protocolo de sedoanalgesia a menores 14 años.
• Dimensión: Satisfacción y seguridad
• Formula: Nº de pacientes menores 14 años a los que se les realiza procedimiento diagnostico-terapéutico con cierto grado de estrés atendido en urgencias del HSJ y se aplica el protocolo / Total de pacientes < 14 años sometidos a dichos procedimientos x 100.
• Población: Pacientes menores 14 años atendidos en urgencias
• Tipo: proceso
• Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
• Estándar: Superior al 90%
d. Consentimiento de sedoanalgesia firmado
• Dimensión: Seguridad
• Formula: Nº de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia y firman el consentimiento informado/ Nº total de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia x 100.
• Población: Pacientes atendidos en urgencias
• Tipo: estructura
• Fuente de datos:

Proyecto: 2018_1036 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION Y ANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS

- Estándar: 100 %

e. Complicaciones al aplicar el protocolo de sedoanalgesia

- Dimensión: Seguridad y efectividad.
- Formula: Nº de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia y presentan alguna complicación con el mismo/Nº de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia x 100.
- Población: pacientes a los que se aplica el protocolo de sedoanalgesia
- Tipo: resultado
- Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
- Estándar: menor al 10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Realización del proceso y protocolo.
- Dar a conocer el proceso y protocolo a los servicios implicados.
- Recoger los datos tras implantación del proceso en el primer trimestre de 2019.
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0510 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

2. RESPONSABLE ..... ELENA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA RUIZ RAMIRO. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· BONO ARIÑO MARIA ARACELI. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· BERNE MANERO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· APARICIO JUEZ LARA. MIR. H SAN JORGE. UROLOGIA
· GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER. MIR. H SAN JORGE. UROLOGIA
· SUBIAS BARDAJI PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· NAVAS PIEDRAFITA DANIELA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patología maligna más frecuente del tracto urinario es el tumor vesical, y es la patología urológica que genera más gasto sanitario.
La probabilidad de progresión (invasión muscular) de un tumor no músculo-invasivo es de unos 12% a los 5 años. El 43% de los pacientes a los que se realiza cistectomía corresponde a pacientes cuyo primer diagnostico fue tumor vesical sin invasión muscular, pero que ha progresado con el tiempo.

Durante el año 2017, y como dos Proyectos de mejora de calidad del Servicio, pertenecientes a los Acuerdos de Gestión de 2016, se ha creado una consulta especializada en tumor vesical, con estandarización en el seguimiento y tratamiento de los diversos tumores vesicales no músculo-invasivos. Así, durante este tiempo, se ha conseguido ajustar y optimizar tiempos y pruebas complementarias acordes al riesgo de recidiva y/o progresión de cada paciente.
En nuestro Servicio de Urología se realizan en torno a unas 130 – 150 cirugías endoscópicas de tumor vesical y alrededor de unas 25 cistectomías al año, tras diagnóstico de tumor vesical músculo-invasivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ampliar el espectro de pacientes en la consulta especializada en Tumor vesical, ya que hasta el momento sólo se visitaban pacientes con enfermedad no músculo-invasiva; para los cuales se han elaborado distintos protocolos de actuación y seguimiento según grupos de riesgo.
Derivar estos pacientes ya en seguimiento en las consultas generales de Urología, a la consulta especializada en Tumor vesical.
Remitir al alta los pacientes cistectomizados a dicha consulta para seguimiento rutinario.
Plantear realizar una consulta de enfermería de ostomías urológicas.
Estandarización del seguimiento en consultas tras la intervención quirúrgica según la realización de un Protocolo orientado con las guías clínicas europeas de tumor vesical músculo-invasivo.
Optimizar recursos en la gestión de los tumores vesicales músculo-invasivos desde la resección transuretral hasta la cistectomía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dos consultas semanales especializadas en pacientes con tumor vesical, además de la(s) consulta(s) semanal(es) de enfermería para instilaciones endovesicales de quimioterápicos para patología vesical. Posibilidad de ampliar esta(s) consulta(s) para dudas y/o complicaciones con los estomas urológicos.
Dos Facultativos Especialistas de la plantilla estructural del Servicio de Urología del hospital San Jorge, que son los encargados de atender esta Consulta especializada.
Una consulta coincidirá con el mismo día de la consulta de Enfermería e instilaciones endovesicales para agilizar dudas, complicaciones y seguimiento posterior a los tratamientos endovesicales.
La otra consulta será otro día de la semana diferente, ya que se precisará la sala utilizada para instilaciones para la realización de ecografías o cistoscopias propias del diagnóstico y/o seguimiento del paciente con Tumor vesical.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR Explicación indicador estándar
Control óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio.
< 10%
Cumplimiento del seguimiento propuesto Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente según protocolo / Pacientes en seguimiento
> 90%
Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de protocolo / Total de procedimientos realizados
< 10%

Proyecto: 2018_0510 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: Permanente e indefinida.
Calendario:
- Mayo-Noviembre 2018: Se comenzará la derivación de los pacientes en seguimiento semestral por tumor vesical a las consultas especializadas y se seguirá su proceso evolutivo.
- Noviembre-Diciembre 2018: Identificación y subsanación de problemáticas posibles acaecidas hasta el momento.
- Abril-Mayo 2019: Valoración de la situación tras un año de consultas especializadas en tumor vesical.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_0515 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

2. RESPONSABLE ..... RAMIRO GARCIA RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALDERERO ARAGON VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· BERNE MANERO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· LASTRA DEL PRADO RODRIGO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
· CARCELLER TEJEDOR ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
· DOLEZAL PETR. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· BONO ARIÑO MARIA ARACELI. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patología oncológica urológica supone una importante carga asistencial para los servicios de Urología de Aragón tanto desde un punto de vista de procedimientos quirúrgicos como de seguimiento en consultas, así como para los servicios de Oncología Médica.
En este sentido, tradicionalmente se han establecido vías de colaboración oficiosas entre servicios y entre hospitales ya que en ocasiones se comentan casos entre profesionales que generan dudas de manejo, que requieran tratamientos quirúrgicos complejos o un enfoque multidisciplinar.
Es por ello que creemos necesario dar oficialidad a esas vías de colaboración entre los Servicios de Oncología médica y Urología de los Hospitales de Barbastro y Huesca de forma que ya no sea una conversación telefónica a título individual entre profesionales la que de lugar a una canalización de pacientes sino que sean todos los profesionales implicados en la atención del paciente oncológico los que puedan aportar su punto de vista realizando un tratamiento integral del paciente oncológico de los sectores de Huesca y Barbastro minimizando diferencias entre sectores.
El objetivo 12 de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de salud establece que los centos hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha comités de tumores que establezcan en plan terapéutico global, así el Hospital San Jorge es el centro de referencia del Sector Barbastro y, por ello, se plantea establecer dicho comité en nuestro centro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implantar una comisión de tumores urológicos interhospitalaria periódica entre los sectores de Barbastro y Huesca para realizar un manejo integral del paciente con tumores urológicos cuyo diagnóstico, tratamiento o seguimiento requiera medios no disponibles en un determinado centro o cuyo manejo sea susceptible de tener una consideración multidisciplinar.
Posibilitar el intercambio de conocimientos entre profesionales de diferentes especialidades así como aumentar la motivación a la constante actualización científica en materia de Oncología Urológica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer las vías de comunicación necesarias para lograr acordar un calendario de reuniones periódicas así como del contenido a tratar en dichas reuniones (casos controvertidos, elaboración de protocolos de seguimiento, derivación de pacientes que requieran tratamiento quirúrgico complejo…).
Se elaborarán actas de las reuniones en las que se incluirán los profesionales presentes así como los casos tratados.
Según los resultados obtenidos y las carencias detectadas, se plantearán otros recursos necesarios (por ejemplo incorporación de profesionales de otras especialidades).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR 1: Cumplimiento de calendario de reuniones
EXPLICACION 1: Reuniones realizadas / Total de reuniones programadas previamente
ESTÁNDAR 1: > 90%
INDICADOR 2: Resolución de casos
EXPLICACIÓN 2: Casos “resueltos” sin precisar apoyo externo/ Total de casos comentados
ESTÁNDAR 2: >80%
INDICADOR 3: Derivación de pacientes
EXPLICACIÓN 3: Pacientes derivados y comentados en comité/ Pacientes derivados sin ser comentados previamente en comité ESTÁNDAR 3: <20%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Mayo-Junio 2018: Conformación del equipo de Urología y Oncología médica que formará parte del comité. Realizar una serie de reuniones para identificar problemas en cada uno de los sectores y aportar ideas mediante técnica de brainstorming. Puesta en común de los mismos, toma de decisiones estratégicas previa realización de priorización de problemas. Consenso en periodicidad (calendario predefinido), forma, lugar, temas a tratar e integrantes del comité.

Proyecto: 2018_0515 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

- Junio-Agosto 2018: Reparto de tareas, reuniones previas del comité a modo de simulacro, tratando casos reales e identificando problemas en la puesta en marcha.
- Septiembre-Febrero 2018: Puesta en marcha del comité, registro de los casos tratados y toma de decisiones.
- Marzo-Abril 2018: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente, para la institución, agilidad y operatividad del mismo. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y ajustes/modificaciones de cara al siguiente año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0324 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

2. RESPONSABLE ..... JESSICA VALERIA HERNANDEZ PIMENTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUARDIA DODORICO LORENA. MEDICO/A. CME BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MIGDAN CARMEN MIHAELA. MEDICO/A. CME BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GASCON MAS ELENA. MEDICO/A. CME BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MADUTA TUDOR. MEDICO/A. CME BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FRANCO SERRANO CARLOS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La histerectomía es la operación más frecuentemente realizada en ginecología. Y en el Hospital de Barbastro en la especialidad de ginecología y obstetricia tras la cesárea es el segundo procedimiento quirúrgico mayor más común. Las indicaciones más comunes son patología benigna como leiomiomas y/o prolapso genital. En nuestro hospital esta cirugía puede ser realizada por vía abdominal, vaginal, vaginal asistida por laparoscopia y laparoscopia pura.
Por ello, es muy importante, encaminar todos los esfuerzos para mejorar la atención de estas pacientes, en cuanto una buena preparación preoperatoria, una cuidadosa técnica quirúrgica, correcto juicio intraoperatorio y el atento seguimiento post operatorio, para con ello disminuir en lo posible las complicaciones, para el máximo beneficio de las pacientes e indirectamente disminución de los costes hospitalarios.
Las histerectomías realizadas en 2017 fueron 83, Se detectó que el 31.9% de la cirugía programada se complicaban.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad de vida de las pacientes operadas de Histerectomía durante 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:
Disminuir el número total de complicaciones.
Disminuir las complicaciones por sangrado.
Disminuir la estancia media.
Disminuir el número de reingresos.
Disminuir la variabilidad clínica.
Mejorar el control preoperatorio de las variables clínicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica.
-Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante.
- Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
- Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios.
- Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
- Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas (edad, indicación y complicaciones).
- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numero de pacientes operadas, indicación, tipo de cirugía, complicaciones, uso de hierro endovenoso, transfusiones sanguíneas, días de hospitalización y complicaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Recogida de datos: Enero 2018 a 31 diciembre 2018
Discusión y presentación del proyecto en reunión de Servicio.
Renunir los componentes del equipo para valorar seguimiento del proyecto (Agosto -Diciembre-Abril 2019)
Evaluación en mayo 2017 y presentación de resultados en sesión clínica.
Recogida de variables durante 2018.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0324 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0372 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CASTELLS SOLANAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ABIEGO
· Localidad ..... ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TODA CALVO MARIA ROSARIO. MEDICO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA
· CASTRO ASIN ALFREDO. ENFERMERO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA
· GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA
· MILLAN BARRIO MARIA LUISA. MEDICO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tras reunión de equipo y analizando la situación en la comunidad, se detecta como una de las prioridades, la instauración de programas para la salud en el ámbito escolar, con la iniciativa de fomentar la educación sobre la alimentación. Promover hábitos saludables previene patologías agudas y crónicas, así como favorece el desarrollo de estilos de vida que ofrezcan bienestar y calidad de vida.
La adquisición de hábitos alimentarios y comportamientos saludables en la etapa infantil (escolar) es fundamental para asegurar conductas beneficiosas para la salud en el futuro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: Alumnos del CRA Vero-Alcanadre. Colegio de Bierge.
- Como principal objetivo se pretende informar y motivar a la población infantil en la práctica de hábitos alimentarios saludables.
- Verificar la adquisición de conocimientos 6 meses post-intervención.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión con el Equipo docente para explicar el proyecto y elaborar un calendario conjunto
-.En la primera sesión se pretende realizar una puesta en común acerca de conocimientos nutricionales, que nos ayude a valorar el punto de partida y que hábitos debemos reforzar con mayor intensidad.
- En la segunda sesión se realizará una charla teórica acerca de los nutrientes, cantidad necesaria y recomendable en la ingesta. Analizar la pirámide de los alimentos.Tras explicación teórica se llevará a cabo una actividad individual construyendo la pirámide.
Concluir la sesión con una encuesta de preguntas cortas, donde se valorarán las contestaciones satisfactorias, de los conocimientos adquiridos en el taller.
-Se finalizará con una encuesta post-intervención 6 meses después de la práctica, para verificar y afianzar conocimientos adquiridos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Evaluación tras encuesta de los conocimientos aprendidos durante el taller.

- Evaluación a los 6 meses, por encuesta, valorando conocimientos alimentarios adquiridos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tres sesiones a lo largo del curso escolar 2018-2019.
Finalización del proyecto junio 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación nutricional en la escuela
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0801 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO TODA CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ABIEGO
· Localidad ..... ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILLAN BARRIO MARIA LUISA. MEDICO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA
· CASTRO ASIN ALFREDO. ENFERMERO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA
· GERMES RUIZ-DENA MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS ABIEGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Reunidos en Equipo y tras analizar la situación actual a través de la información disponible, detectamos una prevalencia elevada de pacientes fumadores, en los que se ha realizado una insuficiente intervención para la deshabituación tabáquica.
El tabaquismo es el factor de riesgo modificable que causa por si mismo un mayor número de muertes prematuras e invalidez.Se trata de un problema de salud pública tanto por su prevalencia como por sus consecuencias para la salud.La población fumadora presenta un riesgo aumentado de padecer cáncer broncopulmonar, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Por tanto decidimos realizar un proyecto asistencial específico de deshabituación tabáquica, con el fin de disminuir el número de fumadores así como prevenir enfermedades futuras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: Pacientes fumadores pertenecientes al Centro de Salud de Abiego.
Disminuir el número de pacientes con dependencia al tabaco y por tanto prevenir patología cardiovascular y respiratoria, aumentando su calidad de vida.
Valoración del grado de motivación para la deshabituación tabáquica e intervención posterior (Test de Richmond).
Valoración de pacientes que han abandonado el hábito tabáquico en un año.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Modificar las agendas de los profesionales, con la finalidad de crear consultas monográficas que permitan atender directamente a estos pacientes. Dadas las caracteristicas geográficas y poblacionales de nuestro centro, la atención se llevará a cabo en los consultorios locales de cada profesional.Se dispondrá en la agenda de todos los profesionales de media hora semanal (2 horas al mes) para atender las consultas de deshabituación tabáquica.
Valorar grado de motivación, planteando la intervención intensiva y seguimiento posterior.
Seguimiento a los 3 días, dos semanas y al mes del abandono tabáquico. Apoyo telefónico posterior.
Medición CO en la consulta.
Formación y entrenamiento de los profesionales del centro. Realizar una sesión formativa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº Pacientes que se han sometido a una intervención intensiva sobre el total de los fumadores.

-Nº Pacientes ex-fumadores al año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio: septiembre 2018
Organización agenda consultas junio-agosto 2018.
Curso preparación de profesionales Mayo 2018.
Sesión formativa junio 2018.
Evaluación de datos junio 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dependencia tabáquica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0006 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... PAULA CLAVER GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CALZON PATRICIA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· PERA FERRAZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se decidio crear una consulta de cirugia menor en el Centro de SAlud al ser Ainsa un centro rural con amplia dispersion geografiaca y con una distancia de los servicios de especializada de como minimo 50 minutos como proyecto de mejora assitencial cubriendo asi mismo las necesidades de los pacientes y mejorando la satisfacccion de los mismos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mediar la satisfaccion de los pacientes y evitar derivaciones a Atencion Epecializada
Aportar consentimiento inforamado antes de la consulta que da el medico cuando realiza la derivacion y entregan posteriormente en la consulta de cirugia menor

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se crea una consulta de Cirugia menor un dia a la semana realizando 2-3 intervenciones en la sesion,
Se habilita una consulta con buena ventilacion, temperatura adecuada, fuente de luz artificial con lupa y camilla, mesa auxiliar y banquetas. Contamos con bisturi electrico y sistema de esterilizacio
Se incluyen diferentes patologias cutaneas y als tecnicas aplicadas son criocirugia, curetaje, electrocirugia, excisiond e lesiones con bisturi.
Se reazlai estudio AP y consentimiento informado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Satisfaccion de los pacientes
-Consultas realizadas y resueltas en centro de salud
-Derivaciones posteriores a Atencion Especializada
-Complicaciones post quirurgicas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Incio en Marzo 2016 y continua

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1398 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LOPEZ CALZON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORBON CAMPOS INES. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· PERA FERRAZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· ZAPATERO CASEDAS ANA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· THACCO VELARDE MAGALY. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· MARIN CAMPODARVE ALFREDO. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Para valorar la situación de partida de la Residencia de la Solana utilizamos la técnica DAFO.

Debilidades: escasez de recursos humanos,poca cualificación, variabilidad de la información recogida, no utilización de protocolos, casos previos de atragantamientos e infecciones respiratorias tras posibles broncoaspiraciones durante la alimentación.

Amenazas: presión de los familiares, presión por intenso trabajo, la toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.

Fortalezas: apoyo constante desde el centro de salud, necesidad sentida por parte de los cuidadores de la residencia, necesidad sentida por parte de los trabajadores del centro de salud de Ainsa. Inclusión del paciente cronico complejo en cartera de servicios y que cada institucionalizado tiene adjudicado un médico y enfermera del CS Ainsa.

Oportunidades: creación en el centro de salud de un puesto de enfermera comunitaria, adecuar las intervenciones: actividades de escucha, información y formación para conocer la disfagia, un problema poco conocido pero muy común sobre todo en la gente más edad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Este proyecto está dirigido a las cuidadoras y cocineras de la Residencia La Solana de Ainsa para que conozcan esta gran desconocida "La Disfagia", ya que en pacientes institucionalizados aumenta considerablemente hasta establecerse en una prevalencia del 60%.
La población diana sobre la que incidirá estos conocimientos y habilidades adquiridos por las cuidadoras y cocineras serán los pacientes institucionalizados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

Realizar un cuestionario previo, para ver donde partimos.

Un taller de formación e información sobre la DIsfagia, dirigido a todo el personal de la Residencia de Ainsa usando soporte informatico, mediante un power point. Escuchar y resolver sus dudas, sus preocupaciones referentes a la disfagia. Conocer sus signos y sintomas, sus consecuencias, las medidas generales a adoptar durante las comidas y después de las comidas, medidas nutricionales, saber adaptar la consistencia de los liquidos al nivel de disfagia de cada paciente.

Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta previa para conocer situación de donde partimos. Encuesta de 10 preguntas (con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas.)
Fuente de datos: SARES.
Encuesta al finalizar los talleres de formación para saber que se ha entendido y asimiliado el concepto de disfagia y cómo gestionarla en cada caso. (test con 10 preguntas, con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas)
Encuesta de satisfacción en cuanto al personal que lo imparte, la información (si es clara, concisa y concreta), si creen que les ha podido servir para su practica diaria, si el material ha sido adecuado, si la duración ha sido apropiada...
Esta valoración se hara con una escala tipo Likert (donde 1 es: no me ha gustado,resultado util... hasta 5 que

Proyecto: 2018_1398 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

significa: el grado optimo de evaluación de los objetivos.)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración prevista es un taller o dos, de 10-12 personas en cada taller (son 25 cuidadoras, más 3 cocineras).
La fecha prevista está por concretar, está hablado con la directora y falta concertar un día concreto.
Evaluación posterior a la realización del taller
Fecha de finaización: Máximo el 31 de octubre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1409 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

2. RESPONSABLE ..... INES BORBON CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se detecta en el colegio, una idea parcial de la función enfermera. La idea es acercar a los alumnos de primaria, in vivo, las diversas y múltiples funciones de la enfermera en ámbitos diferentes.
Se puede comenzar con una charla-taller relacionada con las funciones, para luego continuar con otras más específicas y educativas para los alumnos según edades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es que los alumnos (específicamente los de 7-8 años), conozcan la profesión enfermera en todos sus ámbitos, y como no, dar entrada a la enfermera en el colegio donde tiene mucho campo para aportar y dar a conocer conocimientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se hará una charla-taller con información, actividades, juegos...etc, a través de los cuales, los niños aprenderán más sobre esta profesión.
La idea es poder continuar con esta exposición de conocimientos en los diversos grupos de edades de educación primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los datos para medir estos indicadores se obtendrán de la evaluación de las encuestas de satisfacción por parte de los alumnos.
Se espera que la adquisición de conocimientos por parte del alumnado sea total.
Encuesta de satisfacción: superior al 90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Principio de Junio 2018: Preparación de la charla, juegos...etc.

Finales de Junio 2018: Realizar la charla-taller.

Septiembre 2018: Contacto con el profesorado para poder realizar más charlas durante el curso 2018/2019 en diferentes aulas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1419 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LOPEZ CALZON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZAPATERO CASEDAS ANA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· PERA FERRAZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· MARIN CAMPODARVE ALFREDO. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· BORBON CAMPOS INES. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· THACCO VELARDE MAGALY. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ DE PEDRO MARIA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GIL SUS GUILLERMO. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
1. Se estima que el mayor porcentaje de las lesiones por presión son potencialmente evitables, por lo que su aparición, está relacionado directamente con la calidad de los cuidados prestados por parte de las cuidadoras y de los profesionales de enfermería, atendiendo fundamentalmente a la nutrición, la correcta higiene, manejo de la humedad, cambios posturales y correcta elección del tto para evitar su aparición.

Pertinencia del proyecto.

Enlazando con el proyecto realizado de educación para la salud a las cuidadoras de la residencia de nuestra ZBS DISFAGIA, continuamos con otro proyecto dirigido para ellas. Establecemos una tecnica de análisis, diagnóstico de la situación de partida y priorización de intervenciones. Para ello utilizamos la técnica DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades).

Debilidades:

Escasez de recursos humanos, a veces no se cubren ausencias y/o bajas del personal, lo que influye negativamente en el desarrollo normal de las actividades y en el cuidado de los residentes, sobrecargando al personal cuidador.
Poca cualificación a la hora de identificar los tipos de lesions que presentan o pueden presentar los ancianos residentes.
Variabilidad en la información recogida, a veces se intuye lo que se quiere decir y no se pregunta cuando no se entiende la información.
No utilización de guía, protocolo estandarizado para la prevención de lesiones por presión.
Aumento de la carga de trabajo por elevadas demandas de cuidados específicos.
Aumento del numero de pacientes que pressentan lesiones por presión.

Amenazas:
Presión por elevada carga de trabajo que repercute directamente sobre el cuidado de los residentes.
La toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.
Presión por los familiares.

Fortalezas
Apoyo constante e intervencionista desde nuestro Centro de Salud de Aínsa.
Necesidad sentida por parte de los trabajadores de nuestro centro de salud (enfermeria y medicina). Hay un aumetno considerable de las curas a realizar de lesiones derivadas de presión, fricción...
Necesidad sentida por parte de lñas cuidadoras y Directora de la residencia . Demasiada carga asistencial.
Cada paciente institucionalizado tiene asignada una enfermera que puede intervenir dirigiendo la guia de prevención de lesiones por presión.
Oportunidades:
Realización de un proyecto de Atención Comunitaria dedicado a la información, a la formación y creación y establecimiento de una guía de prevención de lesiones por presión, fricción o cizallamiento para las personas cuidadorasde la residencia. Disminuyendo con esta guía la incidencia en la aparicion de dichas lesiones y si se produjeran, minimizar en lo posible los tiempos de curación.
Implicación por parte de todos los enfermeros del CS de Ainsa y de las cuidadoras de la Residencia de la Solana.(Ainsa).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proyecto de educacion para la salud dirigido a las cuidadoras de la Residencia de Ainsa, para crear y llevar a cabo una guia de prevención de lesiones por presión.
La población diana sobre la que incidirá será los pacientes institucionalizados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:
-Taller de formación, donde detalladamente con ayuda de soporte informatico se desarrollará el contenido del

Proyecto: 2018_1419 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

tema y estableceremos una Guía de prevencion de lesiones por presión, fricción y cizallamietno.
-Estableceremos una guia para adelantarnos a la aparición de las lesiones por presión, teniendo que adoptar unas medidas especificas en cuanto a nutrición, cuidado diario de la piel, control del exceso de humedad, disminución de presion sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen presión.
-Establecer una comunicación con el equipo del centro de salud para asesoramiento, y en cuanto se detecten zonas susceptibles de aparición de lesión, abordarla en estadios iniciales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Encuesta de evaluacion: Se evaluará la información recibida, si es util, clara, concreta.
-Guia de prevención de lesiones por presión.
-Nº de ulceras de aparición posterior a la instauración del la guia de prevención de ulceras por presión.
-Evaluaremos cada paciente enseñando escalas de utilización enfermera (NORTON).
-Análisis descriptivo de los datos cuantitativos (nº incidencia de lesiones) y cualitativos.de los datos (tipificación del tipo de lesión).
-Tiempo recomendado de curación para cada lesión (diferenciación lesiones I, II, III IV), si se cumplen los tiempos esperados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Julio 2018,
Las actividades previstas de formación se llevaran a cabo durante el verano de julio de 2018 (una tarde en sala de juntas de CS Ainsa)
Establecimiento de la guia de prevención en conjunto tras el taller de formación y su posterior instauración.
Se llevará a cabo durante el resto del año 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1440 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

2. RESPONSABLE ..... INES BORBON CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CALZON PATRICIA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· PERA FERRAZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· THACCO VELARDE MAGALY. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· ZAPATERO CASEDAS ANA. ENFERMERO/A. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· MALLOR VICENTE NATALIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA
· RIVERA MUR SARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS AINSA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se detectan formas erróneas de recogida de muestras quizá por una información no demasiado clara y concisa para determinados usuarios.
Se observan la duplicidad de analíticas en periodos de tiempo cortos, en los cuales, el resultado de los parámetros no se realiza en laboratorio debido a su extracción reiterante y corta en el tiempo.
El proyecto es importante para una mejora efectividad y eficiencia en cuanto a recursos de todo tipo y a una menor duplicidad de datos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera que la recogida de las muestras sean recibidas el día de la extracción de forma válida, por lo menos en un 95% de los usuarios.
Unificar en la medida de lo posible, las analíticas programadas por distintas especialidades en una sola extracción.
Disminuir costes humanos, materiales y económicos.
Reducir número de viajes a los usuarios si pueden realizarse con una sola extracción.
Decrecer número de domicilios para extracción por parte de enfermería si se unifican solicitudes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Dar información escrita, clara y concisa a los usuarios sobre la forma idónea de recogida de muestras.

- Captar las peticiones de analíticas provenientes de especialistas, a través de: historia clínica, preguntar al paciente.. tanto en consulta médica/enfermería como en servicio de admisión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los datos para la medición serán:
- Porcentaje de pacientes que traen las muestras aceptablemente/ nº total de recogida de muestras.

-Nº de peticiones (A.P + Especializada) / total de extracciones.
-Nº de peticiones compartidas de especializada / total de extracciones de especializada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre 2018: Se presentará al EAP y puesta en marcha de la información a profesionales y usuarios.
Octubre 2018: Recogida de datos en la agenda de extracciones de forma mensual.
Enero 2019: 1ª monitorización de los datos recogidos.
Mayo 2019: 2ª monitorización
Junio 2019: Exposición de resultados en reunión de EAP.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0285 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

2. RESPONSABLE ..... SILVIA SORINAS FORNEIS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PINILLA GARCIA LIDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALBALATE DE CINCA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
1. La mayoría de la población de nuestro Centro de Salud está en otras localidades y el uso del teléfono de Salud Informa les resulta muy caro.Entonces se produce una saturación en las llamadas para cita previa en el teléfono del Centro de Salud.
2. Muchos usuarios llaman en repetidas ocasiones para preguntar cuándo tienen las citas con el especialista (porque se las dan con mucho tiempo) o no saben si están pendientes de que les llamen. Con esta aplicación, lo tendrían todo controlado. También se evitarían extravíos de citas y los correspondientes absentismos, aumento de listas de espera...
Esto también se vería reflejado en un menor número de llamadas del teléfono del Centro de Salud, que en muchas ocasiones está ocupado y no deja acceso a una posible urgencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Potenciar las alternativas que ha puesto en marcha el SALUD para pedir cita y actualizar los datos de localización: con el PIN en Salud Informa, y en la aplicación móvil para pedir cita y consultar las citas de Especializada.
También el envío de "sms" recordando que en 2-3 días van a tener una cita con el especialista.
Nuestro proyecto consistiría en que estas nuevas aplicaciones lleguen al mayor número de pacientes posible, de manera que tengan al alcance de su mano más información y más actualizada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Exponer al resto del EAP las ventajas de estos servicios en una reunión.
2.- Elaborar carteles informativos para colgar tanto en consultorios locales como en Ayuntamientos y Farmacias, intentando llegar al mayor número de personas.
3.- Elaborar folletos informativos y hacerlos accesibles a la población.
4.- Aprovechar las gestiones que los usuarios vienen a realizar al Centro de Salud o las llamadas telefónicas para ofertarles tanto la aplicación como las posibilidades de la Web.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Anualmente, solicitaremos a BDU el número trámites que hemos realizado en "AUTORIZACIONES DE COMUNICACIÓN" y números de "SOLICITUD DE PIN" que se han realizado.
Esperamos un incremento de un 15-20% en cada uno de ellos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración será indefinida, ya que siempre habrá nuevos usuarios a los que incluir en este proyecto.
Responsable implantación: SILVIA SORINAS FORNIES.
Fecha de inicio prevista: 10/04/2018
Fecha de finalización del proyecto: indefinido.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0321 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DE SOBREPESO Y OBESIDAD

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ PALACIN ELTORO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PORQUET GRACIA HELGA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· VILLAS SENDER MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Debido a que los porcentajes de obesidad y sobrepeso están aumentando desde las infancia y los adultos cada vez tienen más enfermedades cardiovasculares relacionadas con malos hábitos en la alimentación, se decidio trabajar estos desde las edades más tempranas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Adquisición de buenos hábitos higienico-dietéticos desde la primera infancia.
2. Solucionar dudas y falsos mitos a los cuidadores en la introducción a la alimentación complementaria
3. Mejorar el conocimiento de los distintos grupos de alimentos entre los niños de 3-12 años
4. Fomentar dietas saludables en los niños de 3-12 años
5. Mejorar el IMC de la población adulta con factores de riesgo cardiovascular

6.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Se realizará educación grupal con los niños en los diferentes colegios mediante charlas sobre los distintos grupos de alimentos, dando una mayor importancia a los de cercanía y temporada.Se realizarán 4 charlas a lo largo del año escolar en cada uno de los colegios que pertenecen a este centro de salud.
2. Se hará una charla destinada a gestantes y cuidadores de niños de 0-12 meses en la que se hablará sobre la lactancia materna, lactancia artificial, lactancia mixta y la introducción de los alimentos. Se realizará la charla cada 6 meses.
3. En los diferentes pueblos que abarca este centro de salud se harán charlas sobre alimentación saludable, etiquetado y la información engañosa qeu muchas veces nos aporta la publicidad. SE realizará una en cada pueblo y según las demandas de la población se valorará incrementar el número.
4. Dos días a la semana se hará una consulta monográfica para perder peso y mejorar hábitos higienico-dietéticos. Esta irá destinada a la población adulta que cumpla criterios de sobrepeso u obesidad y este motivada a realizar el cambio en la alimentación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación a los niños se realizará mediente una rúbrica al final del curso escolar y la de los adultos se hará valorando los resultados de IMC y analiticos en los pacientes que acudan a la consulta monográfica.
En cuanto a los que acudan a las charlas se les administrará un cuestionario para que valoren la información recibida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará el 1 de mayo del 2018 con la apertura de la consulta monográfica y durará hasta el 31 de mayo del 2019 cuando se fincalicen las actividades en los colegios.
La consulta se iniciará el mes de mayo al igual que las charlas con los adultos y todo el trabajo llevado a cabo con los niños se hará durante el periódo escolar 2018-2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0326 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

2. RESPONSABLE ..... HELGA PORQUET GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PALACIN ELTORO BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los consejos sobre Conocimientos sobre la enfermedad repiratoria inflamatoria, prevencion y control de sintomas, aspectos importantes del tratamiento, y seguimiento en general una vez diagnosticado, es responsabilidad de enfermería.
Dado el gran número de pacientes que a causa de su situación social característica (edad, viudedad, crónico complejo, depresión)tienen dificultades para llevar a cabo los cuidados o se encuentran incapaces por falta de voluntad de llevar su enfermedad con buena actitud ante la agudizacion, es motivo de reconducir o retransmitir de otra manera esta información sobre hábitos básicos esenciales dedicando mas tiempo y atención desdenuestra parte en esta nueva intervención pero de forma grupal.
El paciente aprenderá a gestionar mejor su enfermedad crçonica para mejorar su rutina diaria y convivir aceptándo la circunstancia de la forma mas positiva posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Conocimiento de enfermedad crónica, informacion general al pte. y a la pareja que le acompaña y forma parte de la educacion.
-Signos y sintomas de la agudización y cómo actuar ante ella.
- Instruir en cada sesion sobre prevención con hábitos saludabes: alimentacion, ahorro de energía en actividades rutinarias, sexualidad, puesta en marcha del ejercicio físico, uso de inhaladores, rehabilitacion respiratoria,deshabituación tabáquica, tecnicas de relajación con respiracion abdominal/ diafragmática, escucha activa.
Que el pte y acompañante que convivenen el domicilio familiar esten informados y sin dudas respecto de la actuacion ante la enfermedad. La informcion es poder.
Dar atención suficiente en entorno de aprendizaje relajado para que tomen conciencia y se responsabilicen de su vida ante las complicaciones.
Que los pacientes empaticen entre ellos con el consuelo de la enfermedad que afecta a muchos por desfracia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión de 1 hora donde se analiza circunstancia actual sobre enfermedad crónica EPOC.
Evaluacion de situación y de las necesidades.Puesta en marchadel proyecto. Criterios de seleccion.
Charla informativa con Power point resumiendo objetivos, ventajas y plan de actuación y cómo va a tratarse la información en cada sesion.
Cada cupo de cada zona rural es revisado por su MAP Y EAP correspondiente, participamos todos, Alcolea de Cinca, Ontiñena, Albalate de Cinca, Belber de Cinca y Osso de Cinca y seleccionan enfermos crónicos y pareja segun criterio diagnostico previo de EPOC O ASMA CRONICA, todos con espirometría realizada y seguimiento dificil por circunstancias varias que no acuden a consulta y sin embargo enferman repetidas veces. Edad comprendida entre 65 y 85 años sin deterioro cognitivo avanzado. Seran llamados por el personal y citados a educacion grupal con consentimiento previo en consulta individual argumentando necesidad de recibir este curso.
Se realiza en espacio amplio y para un máximo de 30 personas.
Se realizarán 4 sesiones, una a la semana de 1:30 min de duración en un espacio público del ayunatmiento con proyector para visualizacion power point.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Entrevista personal en consulta individualizada para evaluación de conocimientos y seleccion. Fuente y registro en OMI.
Encuesta inicial con datos personales.
Test de evaluacion final y resolución de dudas.
Prácticas en 2º sesion sobre inhaladores con los suyos, deben traerlos.
Prácticas sore respiración abdominal y técnicas de relajación, habrá dos camillas. Evaluación in situ de técnicas.
Lo impartimos dos enfermeras, yo como responsable con la formación FOCUSS sobre educacion a fruos con EPOC.
Triptico en color sobre actuacion antes signos y sintomas.
Información resumida en cada sesión.
Folio con datos de hábitos saludables más importantes en alimentación, ahorro de energñia y ejercicios.
Test sobre conocimientos al inicio y otro de evaluación final.
Taller de inhaladores con material practico con los actuales.
Taller respiración diafragmática.
Tecnica de relacion muscular de Jacobson.

Proyecto: 2018_0326 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Valoración final de conocimientos y diploma de asistencia final a todos con observaciones si precisa sobre impresiones de las educadoras para actitud ante el cambio de hábitos.
Incidencia y prevalencia de la enfermedad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Una primera ronda se hará los martes de Mayo de 9:30 a 11h.
La segunda ronda en Octubre, pendiente de confirmar.
Al estar en la zona rural 2 de los 5 EAP son los educadores y deben ser sustituidos por el personal ante urgencias en esas horas.
La agenda se ocupará con la consulta con educacion grupal y completará con los nombres de los miembros asistentes.

9. OBSERVACIONES.
Se espera asistencia y compromiso de los pacientes, una vez han asistido se busca llevarlo a cabo de forma amena por eso el pwer point es sencillo corto.
Tecnicas de entretenimiento y distracción, proyección, ejercicios practicos, y preguntas, dejarles expresarse.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0371 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION Y CRIBAJE DE LA RETINOPATIA

2. RESPONSABLE ..... JESUS MARTINEZ CARRASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRAU BARRULL ANA ISABEL. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· PORQUET GRACIA HELGA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dada la baja deteccion de retinopatía a causa de DIABETES MELLITUS, junto a pacientes que no conocen las complicaciones de la enfermedad porque no acuden para control ni se responsabilizan sobre su enfermedad, hay pocos casos que podamos llegar a tiempo para prevenir y adelantarnos a la afectación de la retina.

LA RETINOGRAFÍA ES UNA TÉCNICA SENCILLA, con formacion, los médicos de atención primaria adquieren la habilidad necesaria para hacer el procedimiento y aprender a leer los resultados de la prueba.. La prueba oficial es bianual y se pierden o emperoran casos en este tiempo, mientras esperan a la lectura del especialista en la cita no urgente.

La ceguera es el caso mas grave pero frecuente de la afectación de la retina.

La telemedicina instaurada en dermatología para relacion directa entre primaria y especializada a resultado muy eficaz, se espera lo mismo de la retinografía para detección precoz de la retinopatía diabética mediante la lectura de la prueba.

CONCLUSIONES DE analisis realizado del 2017:
Participacion del cribaje: 78%.
Pocos médicos formados en lectura de la prueba.
VERDADEROS POSITIVOS bajo . 25% con retinopatía diabética.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar las consultas de telemedicina existente de lectura de retinografía cuando proceda sin esperar al procedimiento actual de visita con oftalmólogo.
Motivar a los profesionales a realizar el curso de Retinografía para adquirir habilidades necesarias.
Deteccion precoz de retinopatía en el paciente y evitar su complicacion final mas grave: la ceguera.
Valoración de la efectividad del cribaje realizado para calcular resultados para favorecer la prevención y llevar a cabo de forma exhaustiva por nuestra parte el diagnostico de diabetes mellitus.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Motivar a los profesionales invitando a realizar el taller de formación de lectura de retinografías.
Tener listado de todos los pacientes de la cartera de serivicios con episodio abierto de:
- Diabetes Mellitus 1 o 2
-Hiperglucemia.
-Intolerancia a la glucosa.
-Síndrome metabólico.
Ponerse en contacto con el paciente para que acuda a consulta y propuesta de prueba con información individual sobre la misma para los que nunca se les ha realizado por no acudir a la prueba.
Informacion de su enfermedad y aspectos y complicaciones de la retina.Hacer constar importancia de la deteccion precoz para que continúe acudiendo a prueba de caracter bianual y asi poder hacer seguimiento.
Se realizaran dos reuniones una al principio para puesta en marcha con el equipo y otra final para valorar resultados.
Comparación del efecto con el año 2017 y conclusiones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Escoger a los pacientes diabéticos tipo 2, con hiperglucemia o intolerancia a la glucosa, con retinopatía hecha en los últimos dos años y el total de diabéticos.
Cada consulta del pueblo concreto valorará los suyos.Calculo estadistico.
Realizacion individual de retinografía por el técnico, actos pertinentes de valoración como lectura y diagnóstico, enviar casos con fondo de ojo alterado o con sospecha y prueba con imagen dificultosa para posterior visita del paciente a oftalmología.
Se desea alcanzar objetivos.
Aumentar la participación de los profesionales del centro.
Detectar los casos de retinopatía a tiempo.
Ampliar los conocimientos del paciente en cuanto a la complicacion de la retina junto con enfermedad de forma global para que tomen conciencia y se controlen con responsabilidad.

Proyecto: 2018_0371 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION Y CRIBAJE DE LA RETINOPATIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el año 2018 se realizaran la dos sesiones de reunion de equipo.
Consultas individuales para motivar al paciente que no dá importancia a la retinografía, tras haber sido informado de la situación.
Cuando el técnico viene al centro de salud de albalate avisan a los pacientes por carta, no sabemos fecha exacta.

9. OBSERVACIONES.
Desarrollo de cribaje en 2017:
Se seleccionaron 299 diabéticos tipo 2, se excluyeron los que ya estaban diagnosticados de retinopatía.
Seguimiento de pacientes por dos profesionales y su cupo.
No acudieron a la prueba el 22% de los pacientes citados a la prueba de caracter bianual.

78% de pacientes que se realizó cribaje: 233 se concluyó.
- 44% no se enviraon al especialista por fondo de ojo normal.
- 55% se DERIVAN al especialista por sospecha de patología RD.
- De los derivados, el 76% eran sospechosos de Retinopatñia diabética, eran 99 ptes y se confirmaron 14 con Retinopatia D, 11 "OTRAS PATOLOGÍAS" y 75 como normales.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_0555 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL GRAU BARRULL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PALACIN ELTORO BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se detecta la tendencia al sedentarismo en la población, la desmotivación a caminar de forma individual, lo cual repercute negativamente en el control de factores de riesgo cardiovascular asi como en el marcado deficit de vitamina D que se detecta en este grupo de población.
Consideramos que puede ser beneficioso a nivel de control de peso, tension arterial, niveles de vitamina D y sobre todo en el aspecto comunitario motivando a la población en la realizacion de ejercicio fisico al aire libre.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se dirige a toda la poblacion, especialmente intentaremos captar a aquellos con otros factores de riesgo cardiovascular.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se plantearan dos salidas semanales (miercoles y viernes) de 45 minutos al inicio de la jornada laboral.
Informaremos previamente en consulta y se publicitará a través del Ayuntamiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se planteara una encuesta de satisfaccion al finalizar la actividad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Jornadas de 45 minutos, miercoles y viernes durante 6 meses a realizar por los alrededores de Osso. Previsto se inicie en Junio 2018

Carteles informativos en el Ayuntamiento, centro social y Consultorio de Osso de Cinca.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0654 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO. EDUCACION BASICA PARA LA SALUD

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VISTUE TORNIL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CIA PUYUELO ANDREA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· VALDOVINOS FERNANDEZ NOEMI. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El proyecto surge tras la necesidad manifiesta de un colectivo de nuestra comunidad y su inquietud por adquirir mayores conocimientos sobre temas de salud.

En las consultas de enfermería de A.P., detectamos carencias de conocimientos en los usuarios acerca del acceso, del buen uso del S.S. y temas básicos de salud.

Ante la demanda de formación requerida por un colectivo y nuestra percepción de dicha necesidad, decidimos elaborar un plan de formación básico, abierto a las sugerencias que desde las instituciones puedan surgir.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general:
Aumentar los conocmientos de la comunidad sobre la accesibildad al Sistema Sanitario y temas básicos de salud durante el año 2018.

Objetivos específicos:
1- Realizar intervención en 2 de las instituciones al año (IMSERSO, Amas de Casa, Escuela de Adultos, AFAMER...).

2- Lograr un 75% de satisfacción en los usuarios a los que se ha dado formación.

3-Difusión del tríptico infromativo al 100% de los usuarios que acuden a la formación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Análisis de las necesidades de formación dentro de las instituciones del Área Básica de Salud.
-Diseño del plan de formación: organización de los grupos y las sesiones en las diferentes instituciones.
-Impartir las sesiones formativas.
-Elaboración de un tríptico informativo.
-Elaboración de un cuestionario de conocimientos.
-Selección de una encuesta validada de satisfacción.
-Impartir una sesión explicativa sobre el proyecto al personal del centro de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de usuarios que han aumentado sus conocimientos/ Número total de usuarios.
-Número de instituciones en las que se ha realizado la intervención/ Número de instituciones incluidas en el objetivo.
-Número de trípticos entregados/número total de usuarios que acuden a la formación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Mayo 2018: primera reunión para puesta en común de la información y establecer los objetivos del proyecto. Contactar con las instituciones en las que se quiere impartir la formación.

-Junio 2018: sesión informativa sobre el diseño del proyecto al personal del centro de salud.

-Septiembre/ Octubre 2018: se imparte la formación en las instituciones seleccionadas.

-Noviembre 2018: reunión de los miembros del equipo para evaluar los resultados.

9. OBSERVACIONES.
En función de la demanda realizaremos un plan formativo abierto a las peticiones de las instituciones.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sin patología.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0654 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO. EDUCACION BASICA PARA LA SALUD

Proyecto: 2018_0954 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA LUEZA LAMPURLANES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BOHORQUE BATLLE SOLANGELINA. MEDICO/A. CSS SAN JUAN DE DIOS. ESAD
· COSCULLUELA MORA MARIA. ENFERMERO/A. CSS SAN JUAN DE DIOS. ESAD
· MIRANDA OLIVAR TRINIDAD. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· BIBIAN SANMARTIN ANA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LIZANDRA RALUY RAFAEL. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· TORRES CLEMENTE ELISA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO OLIETE MELITON. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
la atención domiciliaria se ha hecho mas compleja, con mas tipología de pacientes, con enfermedades terminales no oncológicas, y oncológicas que precisan de cuidados paliativos.
El ESAD surge como equipo facilitador de los cuidados paliativos en domicilio y pasan a manejar al paciente en su totalidad, en la mayoría de los casos, sobretodo si son derivados del medio hospitalario y casi al 100% en situaciones de agonía previas a la muerte.
Los profesionales de atención primaria, en algunas ocasiones no tenemos identificados a los pacientes necesitados de cuidados paliativos cuando se dan de alta de otros niveles asistenciales. llegando la información solo al ESAD.
Algunos no se llegan a incluir en el programa de terminales, y no se recoge la información necesaria para el manejo cuando aparecen complicaciones,o síntomas de agonía en los ultimos días, por parte de cualquier sanitario del equipo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Utilizar herramientas de coordinación con el ESAD y con el equipo de atención primaria para trasmitir y compartir información del paciente terminal, para unificar criterios y tratar al paciente de forma integral, cuando el paciente lo requiera por cualquier profesional.
Como objetivos secundarios:
establecer un circuito de captación e inclusion de pacientes terminales.
establecer criterios para registrar la información necesaria en OMI-AP, para la mejor atención de estos pacientes.
fomacion y manejo de sintomas comunes y complicaciones en estos pacientes en el final de sus días.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaborar un flujograma del proceso de captación e inclusión:
Los pacientes con necesidad de cuidados paliativos que son derivados del medio hospitalario al ESAD, serán citados por el servicio de admisión en la agenda, del médico y enfermera para inclusión en el programa. EL ESAD avisa al servicio de admision para citarlos en la geneda del medico y la enfermera de AP,(citarlos e incluirlos como maximo en 48h)
Se crea el episodio enfermedad en fase terminal.
.(los pacientes que se derivan al esad desde atención primaria también tendran creado el episodio.)
se acordaran unos items minimos de informacion a recoger en el episodio de terminal dentro de la HC, para que esten a disposicion de todos los sanitarios.
Si el paciente dispone de ultimas voluntades, registradas o ha manifestado alguna voluntad con algún sanitario o con la familia, reflejando cuales serian.
Si el paciente es conocedor de su situación y desenlace, asi como la familia, o cuidadores(residencia).
Plantear plan de cuidados terminales que hacer/no hacer. Y registrar estos ultimos.
Identificar la fase de agonía si aparece, y plan de actucion.

Fonación y actualización en recogida de datos en la HC sobre paceintes terminales: 1h (AP)2º SEMESTRE 2018
Formación en criterios de terminalidad y agonía: 1h ESAD
2º SEMESTRE 2018
Formación en estrategias terapéuticas básicas.
Creación de un maletín para cuidados paliativos 1H (AP-ESAD)
2º SEMESTR2018

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
PACIENTES EN PALIATIVOS SOLO ATENDIDOS POR EL ESAD.
1-Paliativos solo por el esad/ total de paliativos=0%
Listados del esad, lisados de omi
(Sino aparece AP puede deberse a algún fallo en funciones, no se identifica al paciente ni se informa a su médico….)
CUMPLIMENTACION DE ITEMS:
2-registro ultimas voluntades oficial o manifestada por el paciente paliativo/ total de pailativos= 100%

Proyecto: 2018_0954 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

3-registro de informacion al paciente de su situacion/
total paliativos=100%
4-registro informacion a familiares de la situacion/
total paliativos=100%
Listados de omi yESAD
identificar agonia / plan e actuación:
Si se está en esta fase se tiene que haber previsto y reflejado en omi mediante el flas …el plan de actuación y el tratamiento de los síntomas más frecuentes estertores, agitación dolor…
5-Pacientes paliativos que tiene identificada la agonía y el plan de actuación/ paliativos que han fallecido en el último año =100%
Listados de omi
6-conocetr el lugar de fallecimiento de los pacientes paliativos.
Paliativos que ha fallecido según el lugar, domicilio o casa/ paliativos que han fallecido en el último año NO HAY ESTANDAR
Si muchos fallecen fuera del domicilio…. revisar el circuito asistencial…..

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
iniciamos proyecto el 1 junio de 2018. finalizaremos el 30 de mayo de 2019.
primera quincena de junio:
consensuar el flujograma pra estos pacientes entre Esad, Admision, y EAP.
segunda quincena de junio: medico ap: formacion de 1h al resto del equipo para, informacion y actualizacion de inclusion y registro del paciente terminal
segunda quincena de junio; Esad formacion de 1h para el equipo en sintomas y tratamiento agonia.
si tenemos el maletin lo pondremos en uso.
primera evaluacion en diciembre de 2018. aplicar medidas correctoras segun resultados, segunda evaluacion 30 de mayo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0974 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

2. RESPONSABLE ..... ELISA TORRES CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUERTOLAS MAYAYO ROSA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ACIN GARCIA SANTIAGO. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ORTEGA CASTRILLO ITZIAR. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· PIÑOL JANE ANA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· BUERA BROTO DOLORES. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· BADIA PLAYAN CARRODILLA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO GRACIA MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte, y la hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, con una prevalencia estimada en torno al 20% en mayores de 18 años, cifra que puede doblarse en mayores de 65 años. La hipertensión (HTA) es una de las causas prevenibles más importantes de morbimortalidad y su manejo es una de las intervenciones más frecuente en atención primaria (AP).
En 2017 se implementó en el Centro de Salud de Barbastro la exploración MAPA. Los resultados de una muestra de 50 pacientes evidenciaron que el 83% de ellos no estaban bien controlados, requiriendo modificaciones en el tratamiento; el 63% tenían un ritmo circadiano alterado.
Sería útil conocer el perfil circadiano de la presión arterial de los pacientes hipertensos, y de todos los individuos de alto riesgo cardiovascular. La MAPA ha demostrado que tiene un elevado valor pronóstico.
Con este proyecto nos proponemos revisar el diagnóstico, seguimiento, tratamiento farmacológico, educación sanitaria y adherencia al tratamiento del paciente hipertenso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
? Mejorar el diagnóstico mediante confirmación de MAPA o AMPA.
? Valorar el riesgo cardiovascular y daño de órganos diana.
? Sesiones de formación del tratamiento farmacológico de la HTA basado en la evidencia.
? Intervenciones para modificar estilo de vida.
? Seguimiento del paciente usando la automonitorización domiciliaria de la PA (AMPA) dentro de un programa con intervención de los profesionales sanitarios.
? Mejorar la adherencia al tratamiento. Actuación sobre absentismo de citas consulta de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de protocolo para la priorización de pacientes para exploración MAPA (HTA de “bata blanca”, HTA refractaria, sospecha HTA oculta, pacientes con RCV alto) y establecer objetivos de cifras de PA dependiendo de edad y factores de riesgo. Fomentar la realización de MAPA o AMPA, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento.

Sesiones de formación de enfermería para la medida correcta de la PA con MAPA/ AMPA y para realizar la educación de los pacientes. (Dos sesiones / año)

Valoración del riesgo cardiovascular. Realización de ECG y analítica que incluya glucosa, iones, creatinina, filtración glomerular, colesterol total y HDL y proteinuria.

Formación de profesionales de medicina para lectura MAPA, interpretación y análisis de los datos.

Intervenciones en estilo de vida por enfermería. Registro en historia clínica de: dieta, ejercicio, alcohol, consumo de sal y tabaco.

Sesiones de formación de terapia antihipertensiva. (Dos sesiones / año)

Llamada telefónica a los pacientes hipertensos que no acudan a la cita de seguimiento de enfermería.

Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA. Objetivo 70%.

% de pacientes hipertensos con exploración MAPA / total hipertensos. Objetivo 5%.

% de pacientes con alteración ritmo circadiano

% de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.

Proyecto: 2018_0974 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

% de pacientes en automonitorización domiciliaria. Objetivo 5%

% de pacientes con valoración de RCV. Objetivo 70%

% de pacientes con intervención en estilo de vida. Objetivo 60%

Los datos se extraerán de la historia clínica y Excel de registro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Difusión en el EAP. JUNIO 2018. Responsable E.Torres

Protocolo indicaciones MAPA /AMPA . JUNIO 2018

- Sesiones de formación enfermeria JULIO- SEPTIEMBRE. Responsables D. Buera, C. Pueyo y C. Badía
- Sesiones de formación terapia antihipertensiva JULIO- OCTUBRE. Responsables S Acín y I. Ortega.
- Sesión casos clínicos MAPA. SEPTIEMBRE. Responsables R Puértolas y A. Piñol.

Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora anualmente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1495 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLATEANDO Y PASEANDO POR EL BARRANQUE

2. RESPONSABLE ..... ARANCHA PUEYO ACIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PIÑOL JANE ANA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ARNAL TORRES ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LACHEN ARIZTEGUI VICTORIA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· TORRES CLEMENTE ELISA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El interes creciente por la alimentación y nutrición unido con la actividad física regular ha hecho que el estudio de estas disciplinas adquieran importancia.Actualmente la incidencia del exceso de peso(sobrepeso y obesidad) está alcanzando cotas alarmantes, tanto en adultos como en niños. La adecuada informacion dietetica unida con la realización de actividad física regular dirigidas ambas a la población, parece ser una de las posibles armas para luchar contra esta epidemia.
La alimentacion y la dieta van de la mano sin olvidar la realización de actividad física siendo imprescindibles manejarlos con unos criterios cientificos para abordarlo de manera individualizada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Disminuir la prevalencia de enfermedades realcionadas con una mala alimentación (obesidad y sobrepeso)
-Fomentar hábitos de vida saludables (excluir de la dieta productos procesados)
-Abordar el problema desde un punto de vista comunitario, implicando a toda la sociedad en niños a partir de 14 años y adultos.
-Concienciar a la población en la inclusión del ejercicio físico en su vida diaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Paseos saludables dos dias a la semana
Consultas monográficas individualizadas, colectivas y grupales según necesidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de paseos diarios por semana.
-Número de consultas de educacion nutricional por semana
-Número de personas participantes/ total de población mayores de 14 años pertenecientes a zona de salud Barbastro.
-Test de ansiedad MSC antes y después .
-Aumento de conocimientos y hábitos saludables de la población a lo largo de un año.
-Disminucion de IMC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comienzo en septiembre de 2018 y duracion de un año y diagrama de Pareto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. obesidad, transtornos mentales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0652 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUS FAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... DIANA SAGARRA NOVELLON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CONDE BARREIRO SANTIAGO. PEDIATRA. CS BARBASTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA. PEDIATRA. CS BARBASTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BLECUA PORTA CARMEN. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ABAD VICENTE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· CAZCARRA JUSTE ESTHER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BARBASTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La obesidad infantil ha aumentado de forma exponencial en las últimas décadas y con ello sus comorbilidades, con el correspondiente impacto en materia sobre la salud. En muchos casos el inicio se produce la infancia y la adolescencia pero el problema persiste en la edad adulta, por lo que es importante hacer un diagnóstico y tratamiento precoz. Esta patología suele presentar escasa respuesta a las medidas de tratamiento habituales con una baja motivación y adherencia. Se propone intervenir a nivel de los niños con sobrepeso y obesidad y sus familiares a través de charlas (sesiones teórico prácticas educativas) que se impartirán en el centro de salud y a través de las cuales se pretende conseguir una mejoría en los parámetros antropométricos (peso e IMC) de los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el percentil de IMC para la edad y sexo de los pacientes y motivar cambios en el estilo de vida dieta y realización de ejercicio físico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizara medida de parámetros antropométricos antes y después de finalizar la intervención.
Elaboración de encuesta de hábitos antes y tras las charlas.
Sesión clínica de formación con el servicio de pediatría de A.P entre medicina y enfermería
Elaboración de carteles y folletos informativos de la intervención.
Captación: se extraerá lista de programa informático OMI de aquellos pacientes entre 6 y 14 años con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, ofertando participar en el programa así como aquellos pacientes con reciente diagnostico de sobrepeso/obesidad, aquellos que son controlados de forma periódica en las consultas de pediatría por este motivo y los que mediante la promoción del proyecto con folletos y carteles informativos decidan participar voluntariamente.
Las charlas se desarrollaran en un espacio habilitado del centro de salud con medios audiovisuales (presentaciones power point), Las mediciones de peso y cálculo IMC se llevaran a cabo con el material del que se dispone en las consultas de pediatría del centro de salud
Se desarrollaran 6 sesiones teórico prácticas en el centro de salud en horario a determinar (en función de la conveniencia de los asistentes), de una hora de duración, a la que acudirán los niños acompañados de sus padres con el objeto de conseguir que los cambios en el estilo de vida y la alimentación se produzcan desde dentro del ámbito familiar. Las sesiones se desarrollaran a lo largo de 12 semanas (semanalmente alternas) a partir del mes de septiembre de 2018.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluar si se producen cambios en el estado de salud y parámetros antropométricos (registro de peso, talla e IMC) de los pacientes. Registro de participación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La captación de pacientes, formación de equipo, firma de consentimiento se realizará de septiembre a diciembre de 2018. Las sesiones iniciaran en le mes de Enero de 2019 y se realizara una a la semana de manera alterna; terminando de impartir las sesiones en Marzo de 2019 con análisis posterior de los resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0923 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA GRUPAL A DIABETICOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BERBEGAL

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA JUAREZ GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ ALONSO ANGELES. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· CAMBRA FIERRO PILAR. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· RAMON VILLACAMPA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· BORRUEL CALZADA TERESA. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Diabetes es una patología muy frecuente, con una prevalencia del 12% en nuestro medio. Creemos oportuno realizar este proyecto para mejorar la educación sanitaria a nuestros pacientes en cuanto a control de su enfermedad, mejora del autocuidado y conocimientos básicos para los pacientes en relación a esta enfermedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los principales objetivos a conseguir es una mejora en los hábitos de vida, principalmente hábitos dietéticos y ejercicio físico por parte de los pacientes.

- Conocimientos de una dieta saludable
- Realización de ejercicio físico
- Control adecuado de la glucemia
- Aprendizaje y reconocimiento de la clínica de la hipoglucemia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Diseño del taller y presentación del proyecto y de la actividad al EAP en el primer semestre.
El personal del centro de salud realizará charlas a los pacientes sobre educación sanitaria y talleres de aprendizaje, con una periodicidad bimestral, distribuídas por las distintas poblaciones que forman parte de nuestro centro de salud.
Después de realizada la actividad se pasará una encuesta a los participantes con el fin de valorar el grado de satisfacción y utilidad de la misma.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Porcentaje de mejora en el control de las cifras de glucemia y hemoglobina glicada de los pacientes incluídos en educación sanitaria.

% pacientes con Hb glicada en rango este año – % pacientes con Hb glicada en rango el año pasado

2.- Mejora sobre el conocimiento, manejo y cuidados de la diabetes.

Según datos de la encuesta de satisfacción

3.- Porcentaje de mejora en el número de pacientes diabéticos incluídos en educación sanitaria con cifras de tensión arterial controlada.

% pacientes con TA controlada este año - % de pacientes con TA controlada el año pasado

4.- Porcentaje de mejora en el número de pacientes diabéticos incluídos en educación sanitaria con cifras de Colesterol LDL controlado.

% pacientes con COL-LDL controlado este año - % pacientes con COL-LDL controlado el año pasado

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Taller cada 2 - 3 meses en distintas poblaciones, empezando el segundo semestre de 2018
- Evaluación del proyecto a principios de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0923 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA GRUPAL A DIABETICOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BERBEGAL

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0967 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MARTI JARNE
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMERO NEVADO FERMIN. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· SANZ PUERTOLAS PATRICIA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· BUIL VIDALLER JOSE ANGEL. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· ORTEGA GARRIDO DOLORES. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· PUYOL RAMI MARIA ESMERALDA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· TABUENCA PUEYO MIREYA. FISIOTERAPEUTA. CS BINEFAR. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Atención Primaria es el nivel básico de atención al usuario, para el desarrollo de las funciones de prevención y promoción de la salud se incluye la figura del fisioterapeuta como servicio de apoyo para el manejo de procesos de baja complejidad hacia el autocuidado y la capacidad resolutiva en este primer nivel asistencial.

El hombro doloroso es un problema clínico frecuente y una de las consultas más prevalentes en AP, siendo las lesiones músculo-tendinosas las patologías mas frecuentes y la ecografía la herramienta más eficaz para su estudio y de reciente inclusión en nuestro EAP.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios asistenciales y agilizar la atención se definieron los circuitos de derivación y se requiere la actuación coordinada de profesionales con pautas consensuadas, en el caso que nos ocupa, desde las Unidades de Fisioterapia de AP se propone la implantación de un programa de ejercicio físico terapéutico para personas con patología musculo-esquelética de baja complejidad localizada en el hombro.

La población diana son pacientes con dolor de hombro con escasa pérdida de movilidad derivados tras estudio de Ecografía El objetivo es que los pacientes participantes adquieran las habilidades necesarias para continuar realizando los ejercicios y pautas indicadas en su domicilio.

Para garantizar la continuidad asistencial los pacientes con procesos de mayor complejidad continuarán siendo atendidos en los servicios de rehabilitación, cuya accesibilidad en tiempo de espera se verá beneficiada, al tratar a pacientes menos complejos en el ámbito de Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se plantean 4 sesiones de fisioterapia de 30 minutos durante dos semanas (dos sesiones a la semana) y una evaluación sobre la efectividad de la terapia al mes de finalizar las sesiones, valorando la adherencia y seguimiento en domicilio de las pautas indicadas, la satisfacción del paciente y la mejora de la funcionalidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
NUMERO DE ECOGRAFÍAS OSTEOMUSCULARES DE HOMBRO REALIZADAS.
NUMERO DE DERIVACIONES INTERCONSULTA A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA TRAS EL DIAGNOSTICO CON ECOGRAFÍA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO ABRIL 2018
FINAL JUNIO 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1335 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

2. RESPONSABLE ..... MARIA TEODORA GARCIA MINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ SENTIS VICENTE. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· ROMERO NEVADO FERMIN. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLON LOSCERTALES ANA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· MOTIS MONTES GABRIEL. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· SUBIRADA CASASNOVAS ROSA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El progresivo envejecimiento de la población en Aragón (el 21% de la población en Aragón es mayor de 65 años), asociado al aumento de la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas (tales como demencia o enfermedad de Parkinson), hace que la aparición de disfagia orofaríngea, sea cada vez más común.
Entendemos por disfagia orofaríngea, la dificultad para tragar que se produce a nivel faríngeo, dificultando el paso de alimentos sólidos y líquidos desde el primer proceso de la deglución. Esta dificultad además de suponer una pérdida de calidad de vida al paciente, es un factor de riesgo de broncoaspiración y sus consecuencias.
Si bien el diagnóstico precoz de la disfagia es importante para poderla abordar, también lo es el adecuado manejo de la misma por parte de los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectos de dicha alteración.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Revisar los criterios diagnósticos de disfagia en población de riesgo, para mejorar la detección precoz de la misma.
Revisar las recomendaciones en cuanto a alimentación de los pacientes afectos de disfagia.
Fomentar la realización de planes de cuidado específicos e individualizados de disfagia ororfaríngea entre los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectos de disfagia.
Disminuir el riesgo de broncoaspiración entre los pacientes con disfagia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un grupo de trabajo formado por médicos y DUEs de los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite para revisar tanto los criterios diagnósticos como los planes de cuidado específicos para este tipo de paciente, haciendo especial hincapié sobre el uso de espesantes en las diferentes texturas recomendadas, según el grado de disfagia que presente el paciente.
Realización de talleres dirigidos a cuidadores y familiares de los pacientes institucionalizados en las residencias de la Comarca de La Litera de Huesca.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Valoración de número de pacientes registrados en OMI con diagnóstico de disfagia antes y después de la intervención.
- % de auxiliares de geriatría que asisten a los talleres, del total de auxiliares trabajadores de las residencias de la Comarca de la Litera de Huesca.
- nº de diagnósticos de broncoaspiración antes y después de la intervención

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración aproximada 1 año.
3º trimestre 2018_ Creación de grupo de trabajo del abordaje de la disfagia, búsqueda de datos sobre prevalencia de disfagia, revisión de criterios diagnósticos.
4ª trimestre 2018_ Elaboración de planes de cuidados específicos y elaboración de talleres a impartir a los auxiliares de geriatría trabajadores de los centros sociosanitarios de la comarca.
1º trimestre 2019_ Presentación en los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite del Proyecto de Calidad, Presentación de los talleres sobre el conocimiento y el manejo de la disfagia.
2º trimestre de 2019_ Evaluación de la intervención.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1335 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1271 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ..... ELENA JANER SUBIAS
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BOZAL CORTES MARIA JESUS. MEDICO/A. CS BINEFAR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El asma es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afectando aproximadamente al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública: disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares, produciendo elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento y manejo de la enfermedad es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma: mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de implicar al niño y su familia para que reconozcan los desencadenantes y sepan actuar ante una crisis, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.
En nuestras consultas, hemos objetivado un infradiagnóstico de asma registrado en OMI-AP: prevalencia del 3,5 % de niños asmáticos en nuestra población frente al 10 % que refleja la bibliografía. En el 2017 se puso en marcha un proyecto de educación grupal (formación teórica y práctica) a niños asmáticos y sus familias. Este año, el proyecto pretende conseguir un correcto seguimiento y de forma individualizada de los niños asmáticos según lo establecido en las guías de práctica clínica pediátrica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Reforzar los conocimientos sobre la patología, sus desencadenantes y su tratamiento.
- Prevención del tabaquismo pasivo/activo en adolescentes.
- Reconocimiento por parte de la familia y paciente de una crisis de asma y su actuación.
- Mejorar la adhesión al tratamiento crónico y conseguir un mejor control del asma.
- Evaluar con la familia las técnicas de inhalación y conseguir un buen uso de los distintos inhaladores.
- Aumentar la proporción de niños asmáticos vacunados de gripe estacional.
- Mejorar el diagnóstico del niño asmático y su registro en OMI-AP.
- Resolución de dudas acerca de su patología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se concertarán un mínimo de 2 citas anuales, según el grado de control del asma de cada niño. Se informará a la familia telefónicamente de la actividad, programando la primera visita (Enfermería pediátrica), donde se aportarán y explicarán, de forma individualizada y por escrito:
- Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón: antecedentes personales y familiares, desencadenantes conocidos, estudios complementarios realizados. Rellenar los datos que falten en el programa OMI-AP.
- Plan de seguimiento del asma: tratamiento farmacológico de mantenimiento y técnica correcta de administración. Reconocimiento de síntomas en caso de asma mal controlado.
- Plan de actuación ante una crisis asmática: reconocimiento de los síntomas y actuación en domicilio.
- Recomendación de la vacunación antigripal.
En una segunda visita (Pediatra), se realizará un seguimiento evolutivo del asma del paciente mediante el Cuestionario del control del asma en niños (CAN). Se valorará el impacto del asma desde la visita anterior: ingresos hospitalarios, visitas al centro de salud o a urgencias, absentismo escolar. Se completará el plan de seguimiento en el programa OMI-AP. En esta consulta, se realizará un repaso a los planes individualizados de tratamiento y a las técnicas de inhalación, modificando las dosis si fuera necesario, se reforzará la adherencia al tratamiento y se realizará educación sanitaria acerca de los desencadenantes, así como la solución de posibles dudas. El resto de visitas se realizarán en consultas de Pediatría o de Enfermería pediátrica, según la evolución del asma del paciente.
Se informará a los profesionales del centro de salud (CS) de la realización del proyecto, mediante una sesión clínica: explicar el proyecto, participación en él, correcto registro en OMI-AP de las exacerbaciones y cambios en el tratamiento agudo, derivar a las consultas de Pediatría a aquellos niños en los que se observe un mal control de su patología desde las visitas a Atención Continuada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- N°niños asmáticos vacunados de gripe/N° niños asmáticos en total (60%)
- Prevalencia de niños asmáticos (5%)
- N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN"/N°niños asmáticos totales (80%)
- N°niños con una puntuación >8 en el "Cuestionario CAN"/ N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN" (<15%)
- Nºniños asmáticos evaluados con el "Documento de seguimiento para el registro de visitas sucesivas" del Grupo de vías respiratorias de Aragón/Nºniños asmáticos totales (80%)
- Nºniños o familiares que acuden a las 2 visitas/nºtotal de niños asmáticos convocados (70%)

Proyecto: 2018_1271 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Revisión bibliográfica y creación del protocolo: Junio 2018. Equipo de Pediatría (EP).
- Contacto telefónico con las familias de niños asmáticos: Septiembre-Octubre 2018. EP
- Sesión clínica sobre el proyecto al EAP: Octubre 2018. CS.
- Primera visita programada: Octubre-noviembre 2018. Enfermería.
- Segunda visita programada: Abril-Mayo 2019. Pediatría.
- Resultados del proyecto: Junio-Agosto 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0177 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO BERGES RAQUEL. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· ESPIER LLORENS ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por el elevado riesgo cardiovascular que conlleva, siendo el principal factor de riesgo cardiovascular modificable para un evento cardiovascular. La medida aislada de la presión arterial obtenida de forma programada o fortuita en un centro sanitario o en una oficina de farmacia puede considerarse como un punto de partida en el diagnostico, seguimiento y tratamiento de la HTA. No obstante al tratarse de una medición casual, aislada, realizada fuera del entorno habitual del paciente puede verse afectada por el efecto "bata blanca"al tiempo que es poco reproducible y no proporciona información durante las actividades cotidianas del paciente o durante el sueño. Estas limitaciones pueden conducir a problemas o errores en el diagnóstico,en la evaluación del perfil de riesgo del paciente, en la efectividad y adecuación de los tratamientos antihipertensivos instaurados y,en general, en la de decisiones clínicas. Por todo ello los profesionales sanitarios nos deberíamos decantar por usar dispositivos de medidas más innovadores,que permitan evitar el efecto "bata blanca",que tengan mayor reproductividad y que permitan estudiar la variabilidad de la PA y su patrón circadiano durante la actividad cotidiana del paciente,como puede ser el dispositivo de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial "MAPA".

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar el diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes hipertensos.
-Disminuir las complicaciones cardiovasculares del paciente hipertenso.
-Mejorar la estratificación del Riesgo Cardiovascular.
-Aumentar los conocimientos sobre Hipertensión Arterial de los profesionales sanitarios.
-Fomentar el uso del MAPA entre los profesionales sanitarios, familiarizándose con su realización e interpretación.
-Aumentar la satisfacción delos usuarios y profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Información del proyecto en reunión del E.A.P.
-Realización de sesiones clínicas sobre HTA.
-Solicitar MAPA-Realización de varias sesiones clínicas y talleres sobre su manejo e interpretación.
-Solicitar Tensiometro con detector de arritmias.Sesión clínica sobre manejo y interpretación.
-Crear agenda para la realización MAPA.
-Programar la utilización del MAPA entre los distintos cupos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº de sesiones formativas = > 2.
-Nº de MAPAS realizados => 10

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Noviembre 2017-Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1446 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALUD COMUNITARIA: FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

2. RESPONSABLE ..... ISABEL YSEBIE RONSE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO BERGES RAQUEL. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ FERNANDEZ LAURA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los ancianos pasan gran parte del día sentados y con escasos estímulos. Los RRHH con los que cuenta le residencia no son suficientes para poder cubrir esas necesidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar el bienestar y estimular la activida física y agilidad mental de los residentes.
Fomentar en los jovenes valores como el, compromiso, respeto y la empatia con los mayores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar una vez por semana paseos, gimnasia gerontológica y/o actividades lúdicas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
nº de residentes implicados/nº de total de residentes=40%

nº de alumnos del instituto implicados/ nº de alunado del instituto=10%

nº de alumnos del colegio implicados/nº de alumnado de colegio=10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
inicio: septiembre 2018
duración: curso escolar

9. OBSERVACIONES.
la idea del proyecto de salud comunitaria es que a lo largo del tiempo, los alumnos obtengan suficiente empoderamiento para llevar a cabo las actividades sin nuestra supervisión.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1493 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTOS DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ALONSO BERGES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YSEBIE RONSE ISABEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Del total de los pacientes anticoagulados, sólo existía registro con un ícono espicífico en OMI para los pacientes tratados con Sintrom. Tras la último modificación de TAONET es posible registrar los pacientes tratados con los NACOS.
Consideramos que el hecho de tener a todos los pacientes anticoagulados correctamente registrasdos contribuye a la seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Identificar a los pacientes tratados con NACO a través del nuevo registro de TAONET.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
busqueda activa de los pacientes que están en tratamiento con NACO y proceder a su registro en el programa de TAONET

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
pacientes con NACO registrados en TAONET/total de pacientes registrados en TAONET> 10%
pacientes con NACO registrados en TAONET/total de pacientes en tto con NACO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
junio 2018 (coincide con la implantación de la nueva versión del TAONET)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1321 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

2. RESPONSABLE ..... DAVID CERVERA VIDAL
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLLADOS GRAO LAURA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS FRAGA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS FRAGA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS FRAGA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· JARNE GER CARLOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS FRAGA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· FORTIT GARCIA JONATAN. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Debido a reclamaciones de usuarios, y por la funcionalidad intracentro, se observa que la recepción de llamadas externas e internas es limitada, quedando muchas sin responder. Según datos de enero de 2018, solo se respondió el 19% de llamadas (81% desatendidas)
El CS Fraga recibe más de 700 llamadas varios días por semana casi en cualquier periodo del año. Así, se atienden en media 133 llamadas/día.

El equipo de admisión consta de 5 auxiliares administrativos y atiende más de 19.000 usuarios, de Fraga y pueblos vinculados. Los meses de mayo las afiliaciones aumentan hasta un 30%, lo que repercute directamente en nuevas tarjetas. Esto implica una labor reflejada en los siguientes datos, del 1 de enero hasta 31 de mayo de 2018:

Registros de tarjeta Sanitaria, movimientos: 2.336
Registros en OMI: 51.176
Altas rápidas: 919

La fluidez en la comunicación telefónica es muy apreciada por usuarios y profesionales, y su ausencia genera insatisfacción. Por el gran volumen de tareas y usuarios no es posible contestar todas las llamadas tal y como sería deseable.
Así, es crucial aportar mejoras estructurales/organizativas, que palíen la falta de recursos humanos y diseñar un sistema que agilice la comunicación telefónica para el CS Fraga.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera:
Disminuir la demanda de comunicación telefónica, fomentando el uso de vías alternativas
Aumentar al menos en un 8 % la recepción telefónica
Que el nuevo diseño favorezca un trabajo de calidad y genere satisfacción y salud a usuarios, profesionales y sistema.
Un ahorro económico a medio – largo plazo.
Población diana: usuarios; intervenciones dirigidas a: usuarios, profesionales y sistema.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Punto de partida: hasta abril 2018 solo entraban llamadas en 2 de los 5 teléfonos -que podían silenciarse, quedando una señal luminosa como todo reclamo de atención- y existía una única vía de entrada para las llamadas.
Gracias a una monitorización, se esclarece cuál es el déficit y la comparativa respecto a otros centros, evidenciando la necesidad de cambios.
El notable número de reclamaciones que responde el coordinador del CS lo confirma.
La jefa de admisión del Sector Barbastro llevó a cabo cambios técnicos y ha expuesto propuestas de cambio contrastadas, a la vez que matiza las posibilidades técnicas de los auxiliares administrativos. Las acciones iniciadas son:

1. se ha establecido un ritmo para la recepción telefónica y para actividades simultáneas, consistente en uno a uno y evitar dejar entradas telefónicas perdidas

2. se han habilitado líneas de entrada múltiples, todos los teléfonos pueden recoger llamadas y ninguno silenciarse
3. se han solicitado posters y folletos de SALUD INFORMA, repartidas estratégicamente por el CS

4. los profesionales del CS han diseñado carteles y tarjetas con información de SALUD INFORMA para entrega directa a pacientes

5. Está tratada con D.A.P. la necesidad de un 6º auxiliar administrativo (ratio de usuarios / auxiliar administrativo recomendado)

6. Se está gestionando el cambio de distribución horaria del personal de admisión que, actualmente, colabora en

Proyecto: 2018_1321 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

la recepción de pacientes en urgencias de 15 a 17 horas, lo que excede de sus competencias y mengua el desarrollo de actividades propias

7. Dotar al personal de admisión de auriculares inalámbricos que facilitan responder las llamadas desde cualquier sitio y dan rapidez al tener las manos libres

Se ha acordado tratar sobre la recepción de llamadas telefónicas en un mínimo de 3 reuniones anuales entre auxiliares administrativos y coordinación de A.P. (se reúnen mínimo cada mes), en 1 de cada 3 reuniones entre profesionales de medicina (reunión semanal) y en 1 de cada 6 reuniones con todos los profesionales del CS (promedio de 3 reuniones mensuales)

Se espera aumentar la satisfacción y el empoderamiento de usuarios y mejorar la agilidad de las funciones y bienestar de los auxiliares administrativos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. comparar total de llamadas entre enero 2018 y enero 2019, recibidas en el CS Fraga, de lunes a viernes en horario de 8 a 15 horas. Aumentar llamadas atendidas respecto al total del 19% de enero 2018 al 27% en enero 2019

2. Nº de citas obtenidas por web/Nº de PIN facilitados desde BDU

Los datos serán suministrados por CAU

Los límites inferior y superior de calidad: 21% y 33% de llamadas atendidas respecto al total de entrantes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: 1ª semana junio 2018
Fin: enero de 2019, tras obtención de resultados, con muestra inicial en noviembre 2018

Si los resultados se acercan a los esperados y/o generan tendencia, se establecerá y dará continuidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0127 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

2. RESPONSABLE ..... ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LIDIA CALDERO SANTIAGO. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· AYUDAN PEIRON BELEN. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Mantenimiento del vehículo del centro necesario para la atención urgente del paciente fuera del Centro de Salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir un buen mantenimiento del vehiculo para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más óptima, segura y cómoda para todos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Repostaje del vehiculo: se realizará cuando quede un cuarto del depósito; en la gasolinera situada en la Avda. Aragón (Fraga).
Se proporcionará el código del Salud y la matrícula del coche para hacer el albarán, el cual, se depositará en la valija de urgencias para admision.
2. Mantenimiento: se realizará en el taller de referencia (RODI), en el momento que corresponda la revisión de forma ANUAL.
ITV cuando corresponda y posibles reparaciones se realizarán de forma consensuada con el coordinador.
3. LImpieza: por dentro y por fuera del vehículo cada 6 meses, el primer día laborable del mes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-El mantenimiento del coche se realizará como mínimo cada 12 meses y como máximo cada dos años.
-Limpieza del coche se realizará como mínimo cada 6 meses y como máximo cada año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Mantenimiento: revisión anual y duración indefinida.
-Limpieza: revisión anual y duración indefinida.
-Plan de comunicación: reunión en el Centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.
-Fecha prevista de iniciación, marzo 2018.
-Calendarios (Anexo 1y anexo 2)
-Responsables de implantación: El equipo responsable de antención continuada de Calidad.
-Plan: El equipo responsable se encargará de avisar al Coordinador cuando toque revisión de mantenimiento o limpieza para que éste de la orden.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No patología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0191 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USA LOS PIES CON CABEZA

2. RESPONSABLE ..... PILAR BITRIAN AISA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· DE LOS SANTOS MARTINEZ GERDICA. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· ARESTE ALBA NURIA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La diabetes mellitus es una enfermedad muy frecuente. La prevalencia en nuestro país oscila entre un 4% y un 6%. Un 15% de éstos desarrollará a lo largo de su vida problemas en sus pies. El pie diabético afectará a la actividad social, laboral y familiar del paciente y supone un coste elevado. Hasta un 10% de los casos que presentan problemas en los pies requieren ingresos hospitalarios o la amputación de la extremidad afectada.
Para logar que los pacientes hagan prevención, es necesario que tengan conocimientos suficientes que les ayuden a integrar las acciones preventivas en su día a día, diversos estudios concluyen que es indispensable el empleo de la educación para la salud, con la finalidad de fortalecer la prevención y el control de los factores de riesgo, la identificación del pie de alto riesgo y la educación diabetológica dirigida a que las personas adopten de forma habitual y sistemática las normas elementales para el cuidado de sus pies y para el control. Por otro lado, existen diferentes estudios donde se concluye que la intervención educativa modifica favorablemente los hábitos de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Determinar el cambio de hábitos en el cuidado de los pies en agricultores diabéticos tipo 2, según si han recibió o no educación sanitaria, a los 6 meses de la intervención.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Cuestionario antes de la intervencion y despues de esta al grupo intervencion.
- Intervencion educativa de 1sesion con una duración de 1 h y 30 minutos.
- Cuestionario antes del verano y despues de este en el grupo control.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Resultados 2º questionario-resultados 1er questionario% mayor al 10%.
- Mediante el programa Epicat comprobaremos si la intervención es más efectiva en los pacientes para producir cambios que las medidas habituales

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Enero-Febrero 2018 creación de los grupos.
- Marzo- Abril intervenciones.
- Antes del verano y despues de este cuestionario en grupo control.
- A los 6 meses de la intervención cuestionario grupo intervencion.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0316 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ NAVARRO TAUSIET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO MIGUEL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· SENAR TENA MARIA ESTHER. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Inexistencia de un medio de comunicación entre comunidad y equipo de atención primaria
Utilizar la radio local como medio de difusión de programas y noticias puntuales de salud

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Llegar a la comunidad de una manera dinámica con mensajes para la prevención de enfermedades y promoción de la salud

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Intervenciones en directo en la radio sobre temas de salud de corta duración por diferentes profesionales del centro de salud
Mediante spots informativos de las diferentes campañas (sol sano dieta equilibrada gripe CCR citologías)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de las actividades realizadas
Objetivo de 12 intervenciones al año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Intervenciones de 5´-10´
Inicio para Septiembre 2018 sin fecha límite de finalización
Evaluación semestral mediante encuesta telefónica sobre el conocimiento de la actividad realizada

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0644 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA GARCIA SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· MARIN FLORIA ANA BELEN. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· PARDO MIGUEL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· SASO BOSQUE CRISTINA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Fraga en el ámbito de Calidad de la Docencia según la norma ISO en Atención Primaria.
-Unificación de criterios de protocolización de actuación en la actividad diaria para profesionales provenientes de diversos ámbitos (primaria, hospitalaria y otras CCAA) que forman el equipo de atención primaria del C.S. Fraga
-Necesidad del registro de la actividad docente y de la acreditación docente del C.S. Fraga

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora de la formación del profesional del C.S. Fraga en aras a una mejor atención del paciente en la atención primaria.
-Control de factores de riesgo cardio-vasculares de los pacientes
-Mejora de la atención comunitaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesiones formativas de actualización de los profesionales del C.S. Fraga sobre patologías prevalentes y de prevención en nuestro medio.

-Charlas de difusión en radio y medios de telecomunicación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Encuestas previas y posteriores a las sesiones de formación para evaluar el grado de mejora de los conocimientos de los asistentes. Objetivo a alcanzar: mejora superior al 70%.
-Resultados de mejora de la atención comunitaria tras la impartición de un taller de atención a la comunidad. Indicador: encuestas previas y posteriores de los pacientes asistentes a los talleres.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se realizarán 16 y 20 sesiones anuales de una hora de duración a realizar por los integrantes del equipo de atención primaria.
Se realizarán, así mismo, talleres comunitarios de apoyo, mínimo 1 al trimestre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología prevalente en la atención diaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0775 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AJUSTE DE LAS NECESIDADES DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

2. RESPONSABLE ..... BELEN AYUDAN PEIRON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NOGUERO CARRERA ADORACION. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LACAMPA ABAD MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FORTIT GARCIA JONATAN. MEDICO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Incremento sustancial del número de pacientes en el periodo primavera y verano por la campaña de fruta en la zona que abarca el centro de salud, más la ausencia de oferta presencial en zonas colindantes que no pertenecen al área, incluso que no pertenecen al SALUD y/o Aragón.

A su vez, el perfil de estos pacientes son inmigrantes con escasez de alfabetismo funcional, irregularidad documental e importante barrera lingüística.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la asistencia y optimizar recursos en el servicio de Atención Continuada del centro de salud de Fraga.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Solicitar un profesional de enfermería contratada a media jornada para cubrir el periodo estacional.

Solicitar servicio de megafonía para avisar a los usuarios.

Solicitar botón de alarma conectado con guardia civil, “botón del pánico”, bajo las mesas en las que haya atención al público.

Intervención con el Ayuntamiento de Fraga, solicitada a fecha 21de mayo de 2018, según agenda fijada por el consistorio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disminuir el tiempo de espera media a la atención del usuario a menos de 30 minutos desde su llegada.

Encuesta de satisfacción de los profesionales > 70%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Solicitud durante la última semana de mayo de 2018.

Valoración a final de campaña, extensible a otros periodos temporales.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1126 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

2. RESPONSABLE ..... NATALIA BANDRES PARDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PUEYO GARCIA ROSA MARIA. MEDICO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· EITO CATIVIELA JOSE LUIS. MEDICO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· BUCHACA PARDO NURIA. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· AGUELO FLORIA MARCOS. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· PUENTE CIRIA JAVIER. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· ORDUNA NAVAS MARIA. ENFERMERO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Trás taller realizado en 2017 con cuidadores de la ZBS de Graus, se observó que aunque el porcentaje de participación es elevado (80%), el desplazamiento hasta el centro y la usencia del domicilio fueron algunos aspectos que tuvieron una valoracion negativa.
Se propone como nuevo proyecto la realización de un blog que permita una una plataforma de información con los cuidadores y enlaces a otros lugares de interes tanto para el cuidado de su familiar como el propio autocuidado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Creación de un blog con información elegida por los componentes del equipo de trabajo.
- Potenciar el uso de esta herramienta en las visitas programadas a los domicilios.
- Aumento de conocimientos y aptitudes en el cuidado
-Disminución de sentimiento de dudas e inseguridad en los cuidadores.
-Disminución de sobrecarga en el cuidador

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Presentación al EAP del Centro el Proyecto (objetivos, valores..)
-Obtención de listados de cartera de servicios de Inmovilizados y Dependientes de ZBS de Graus.
- Definir criterios de inclusión de los cuidadores (aptitudes fisicas y posibilidades tecnicas..tener acceso a internet... dispositivo para conexión.....)
-Seleccion de test valoración sobrecarga del cuidador.
-Enseñanza al EAP del Blog, ruta de conexión al mismo para la transmision de esta información a los cuidadores/familiares.(3 sesiones)
-Creación de encuesta de evaluación de uso de blog para cuidadores .
-Creación de encuesta evaluación por cupos del EAP de oferta del blog.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de cuidadores a los que se ha enseñado el manejo del Blog en el domicilio <50 - 80 %

-Porcentaje de cuidadores que han valorado positivamente la información y han incorporado tecnicas / recursos materiales para mejorar el cuidado < 40 - 80%

-Porcentaje de reducción de nivel de sobrecarga valorado según test elegido / nivel de calidad de vida

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Presentación de Proyecto al EAP (Mayo 2018)
-Obtención listados de Servicio de Inmovilizados y Dependientes(Junio18)-
-Creación de criterios de inclusion de cuidadores(juni0 2018)
-Blog realizado y disponible para ser ofertado en Internet(Agosto 2018)
-Enseñanza del manejo en domicilios a cuidadores (Agosto, Sept, Oct, Nov, 2018)
-Pasar encuestas de evaluación a cuidadores y componentes del EAP.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores de pacientes dependientes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_1126 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0051 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA GRACIA MARCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAFORTUNADA
· Localidad ..... LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNUES SANZ GUILLERMO. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ ALMENARA VALENTIN. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA SEGURA ENRIQUETA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LAFORTUNADA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La creación de nuevas agendas en AP para la citacion de pruebas radiologicas en el servicio de radiologia del H Barbastro, requiere de la asignación horaria indicada, asi como de la informacion al paciente sobre la correcta preparacion para la realizacion de la prueba radiologica. Las mejores condiciones del paciente, repercutirán en la mayor calidad de las imagenes, facilitando la correcta interpretacion de las mismas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
_ La poblacion diana será :todos aquellos pacientes del CS que se les solicite una prueba radiologica de imagen en el H Barbastro y en el CE Monzón.
1. Objetivo general:
- Todas las citas de las pruebas radiologicas citadas desde AP constarán del : volante de solicitud, del documento de la cita y de la hoja de preparacion de la prueba especifica.
2. Ojetivo Especifico:
-El profesional que entregue la documentacion de la cita radiologica al paciente, deberá de informar exhaustivamente del lugar, día y hora asi como de la correcta preparacion a realizar previamente a la prueba.
- Educar a los paciente sobre la importancia de su implicacion en el proceso para la consecucion exitosa de los resultados de las pruebas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- En sesion de EAP informar a todos los profesionales del CS de la nueva oferta de servicio desde AP y su correcta realizacion.
- Diseñar un proceso operativo de citacion a radiologia desde AP.
- Elaborar un archivo con las hojas de preparacion de cada prueba radiologica con la informacion escrita a los pacientes. El acceso en -comun-no iso en todos lor ordenadores de los profesionales del CS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de pruebas radiologicas citadas en AP y realizadas correctamente/Nº pruebas radiologicas citadas en AP x 100
- Nº pruebas radiologicas citadas en AP y no realizadas/Nºpruebas radiologicas citadas en AP x100
- Registro de incidencias en el procedimiento operativo de citacion de pruebas radiologicas.
Fte datos. OMI buzon de Ordenes clinicas pendientes, donde se reciben los resultados de las OC solicitadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comienzo: 1 marzo 2018. Finalizacion 31 diciembre 2018
Cronograma:
Marzo :Sesion de EAP presentando el proyecto a los profesionales.
Abril: Diseño del Procedimiento operativo
Mayo: Inicio de las acciones
Junio: Monitorizacion del proceso

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_1280 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PROCESO DE MEJORA ASISTENCIAL EN ZBS DE MEQUINENZA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA MUÑOZ ALCAIDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MEQUINENZA
· Localidad ..... MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRER SANZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ REQUENA ANGEL. MEDICO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA
· JUAREZ CASTELLO PILAR. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA
· MENDOZA ESCUER INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA
· CALDERON SANCHEZ ROGELIO. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hallamos sobreutilización de recursos de servicios de tecnologia sanitaria; infrautilización de otros modelos de atención sanitaria necesarios de implementación dado la caracterización de "población regresiva". No adecuada programación en agenda de EPS, MAPA y ECO consulta. Necesidad de reorganización y reajuste de agenda de profesional sanitario, reducir costes superfluos; y generar subproyectos de proceso de mejora asistenciales acorde con MODELO CALIDAD ORGANIZATIVO El proyecto proceso PDCA pretende mejora de calidad técnica, eficiencia social y productiva, satisfacción del usuario, satisfacción y desarrollo profesional. En definitiva, aplicando mejora en términos de calidad integral

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Desarrollar nuevos modelos organizativos del proceso asistencial, respondan a necesidades de ciudadanos, favorezcan desarrollo profesional; mejorar resultados de organización, medidos en términos de calidad integral. Orientar organización al usuario. Garantizar la Calidad Técnica. Eficiencia social y productiva. Satisfacción y desarrollo profesional de todos los profesionales y estamentos. Garantizar Modelo Organizacional Favorecedor y Eficiente y Modelo Asistencial Sustentable y Sostenible. Labor de filtro administrativo, clasificación y priorización de la demanda. Mejorar la Accesibilidad, Agilidad, Eficiencia organizativa i optimización de la gestión del tiempo. Desarrollo de nuevos modelos de agenda de profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades correctivas de tipo corrección puntual, corrección preventiva y acciones de mejora generando subproyectos de mejora continua de la calidad. Finalidad es alcanzar estándares MODELO CALIDAD ORGANIZATIVO: PARA CADA UNO DE LOS OBJETIVOS SE ENUNCIA ACCIONES CORRECTIVAS Y MEJORA Acciones correctivas puntuales aplicables en las siguientes áreas: Área Calidad Técnica, área de Satisfacción del usuario. Acciones de prevención: En área de Satisfacción y Desarrollo Personal, área de satisfacción del usuario Acciones de mejora: En área de “Mejora de Eficiencia productiva”, y “Mejora eficiencia social”. Proyectos proceso asistencial consulta M.A.P.A; Proyecto Proceso Asistencial Consulta Eco AP .Proyecto de Mejora en Actividades de Promoción de la salud. Proyecto de Mejora en Actividades Conjuntas de EAP y Sociosanitario Promover Acciones correctivas Puntuales en falla detectada del modelo asistencial Acciones preventivas en actividad organizativa pudiera abocar en falla: Uso razonado de la tecnología sanitaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES DE COBERTURA P.e Porcentaje de profesionales EAP asisten a actividad de formación sobre el total de actividades formativas INDICADORES DE SATISFACCIÓN DE USUARIO P.e Porcentaje de pacientes afirman su satisfacción sobre un “servicio de salud” sobre el total de pacientes entrevistados INDICADORES EFICACIA P.e Porcentaje de pacientes diagnóstico ECG / Total de Dx ECG certero INDICADORES DE COMPETITIVIDAD Porcentajes de "pacientes con diagnóstico AE" con seguimiento en AP sobre el total de pacientes usuarios ZBS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Etapa de Planificación Inicio 18/05/2018 hasta 25/05/2018 Duración 7 d Etapa de Hacer Implementación Inicio Julio 15/05/2018 hasta 31/08/2015 Duración 45 d Etapa de verificación Inicio 01/09/2018 hasta 15/10/2018 Duración 30 d Etapa de Actuación Inicio 15/10/2018 hasta 15/12/2018 Duración 45 d REDACCIÓNInicio 15/12/2018 hasta 15/01/2019 Duración 30 d REPASO DE TRABAJO FINALInicio 15/12/2019 hasta 25/01/2019 Duración 10 d ENCUADERNACIÓNInicio 25/01/2019 hasta 31/01/2019 Duración 6 d

9. OBSERVACIONES.
El proyecto se dirige fundamentalmente a verificar acciones de mejora y adecuar la labor en el desempeño en la ZBS al Modelo organizativo de Calidad de SAS de sector Barbastro

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1280 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PROCESO DE MEJORA ASISTENCIAL EN ZBS DE MEQUINENZA

Proyecto: 2018_1459 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE ANALITICAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE FERRER SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MEQUINENZA
· Localidad ..... MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ REQUENA ANGEL. MEDICO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA
· JUAREZ CASTELLO PILAR. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA
· MENDOZA ESCUER INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha detectado un aumento considerable en el número de extracciones analíticas, por un aumento en los dias de espera, tambien analíticas repetidas en poco tiempo al mismo paciente solicitadas por diferentes profesionales, esto supone un gasto en recursos y una mala asistencia a los pacientes por repeticion de pruebas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir en número de analíticas, haciendo que toda petición sea gestionada a traves de médico/enfermera de cupo, para adaptarla tambien a los programas en los que se incluye al paciente. Esta actuación está dirigida a toda la población mayor de 14 años de la ZBS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Desde admisión toda analitica de especilaista deberá ser dirigida a profesionales cupo.
- Toda analítica deberá ser solicitada teniendo en cuenta no solo el programa en que se incluye el paciente sino tambien las posibles revisiones medicos especialistas.
- En reuniones EAP se habla, se decide y se repasa este plan.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
nº analiticas 2018/ nº analíticas 2017.
Valorar la disminución del nº analiticas: valores a alcanzar 20% menos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde 1 junio 2018 a 31 diciembre 2018.
Revisiones mensuales en reuniones EAP para valorar el desarrollo del proyecto y la dificultad que supone.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0454 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO (PCC)

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS PEREZ ALBIAC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALASTRUE PINILLA CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· CARRION PAREJA ROSA MARIA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
· LERIA OLIVA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
es un objetivo estrategico del SALUD el desarrollo de unidades de continuidad asistencial para estos pacientes, en los sectores coordinando atencion primaria y atencion hospitalaria

el eap monzon rural es piloto del inicio del programa de atencion al paciente cronico complejo en Aragón.

La zona de salud tiene adscritos muchos pacientes de este tipo, en el contexto de una poblacion envejecida, con un 30% aproximado de pacientes mayores de 65 años

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
mejorar la capacitacion de los profesionales de lEAP en la atencion a este tipo de pacientes.
conocer los criterios de identificacion del PCC.
Aprender y adiestrarse en utilizar las herramientas OMI para el seguimiento del PCC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
deteccion de caso que cumplan criterios de inclusion desde las consultas de medicina y enfermeria.
Realizacion de 5 sesiones dirigidas a la revision de uno o más historias clincas de pacientes reales, uno de cada cupo (ya se revisó un cupo en 2017).
Discusion conjunta en la sesion contando con las aportaciones de todos los profesionales del plan de actuacion mas recomendable a seguir en dichos pacientes, siguiendo elesquema propuesto en OMI, planes personales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-numero de pacientes detectados./ total esperado (objetivo 30%)
-numero de sesiones clinicas dedicadas a este tema realizadas a 31 de dic 2018 (objetivo=5).
-numero de pacientes trabajados en sesion clinica (objetivo= 5).
-numero de cupos de medicina con paciente revisados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
deteccion de pacientes hasta 30 de diciembre 2018.

relaizacion de sesiones de septiembre a diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0932 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIAJE DE CONSULTAS INDEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BORDAS BUIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFRAGUETA PUENTE BELEN. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· GUEVARA LOPEZ TERESA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LANAU FIERRO YOLANDA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· PABLO CASADO ARTURO. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· FOJ JIMENEZ ERIKA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BARRANCO OBIS MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Centro de Salud Monzón Urbano se caracteriza por tener unas cifras de consulta a demanda diarias muy elevadas, lo que ocasiona que haya muchos días de lista de espera para que el paciente pueda ser visto por su médico de Atención Primaria.
En concreto, de los 9 médicos titulares de adultos adscritos al Centro de salud, uno de ellos acumulaba en la semana 16 11 días de lista de espera, en dos cupos 7 días, y en otros 2, 6 días, de lo que se deduce que más de la mitad de la población adulta asignada a este centro tiene que esperar una semana para ver atendido un problema de salud.
estos datos son extrapolables también a las consultas de pediatría.
Como consecuencia de esto, todos los días hay un elevado número de consultas indemorables en la franja horaria de la mañana. Esto conlleva una gran presión asistencial y va en relación inversa a la calidad de la asistencia prestada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se persigue con este proyecto mejorar la calidad asistencial organizando las citas indemorables en base a motivos de consulta o criterios clínicos, de forma que no sea el paciente quien decida el tiempo de demora para ser atendido según el grado de "urgencia percibida", sino el personal sanitario, de acuerdo con un protocolo establecido que mida la "urgencia real"

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se pretende que todas las consultas indemorables que se generen entre las 8 de la mañana y las 15 horas, pasen por un proceso de triaje que comenzaría en el servicio de admisión, como puerta de entrada al sistema sanitario, y continuaría en las consultas de enfermería de cada equipo de atención primaria.
De esta forma, y en base a un protocolo por definir, se clasificaría el motivo de consulta de cada paciente en 4 estadíos de gravedad, que condicionarían el tiempo de espera para recibir atención.
En una segunda fase se implementaría el mismo sistema de triaje en Atención Continuada, de modo que se organice la asistencia en base a criterios clínicos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Como primer paso haremos un balance cuantitativo del número de consultas indemorables que se atienden en un periodo de tiempo determinado y seguidamente estableceremos el protocolo de triaje atendiendo al tipo de consulta (burocrática o clínica) y a la potencial gravedad de la misma.
-Número de indemorables atendidos en consulta médica en 2017-nº de indemorables atendidos en el mismo periodo de 2018.
-Días de espera para ser visto por el médico de AP en 2017-días de espera para ser visto por el médico de AP en el mismo periodo de 2018

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Nos planteamos la puesta en marcha del proyecto en el mes de Octubre de 2018. La primera evaluación de resultados se llevaría a cabo al año de comenzado el proyecto, cuantificando la diferencia existente entre ambos periodos en cuanto al número de consultas indemorables y a la variación de los días de lista de espera necesarios para ser atendidos por el médico de Atención Primaria

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1187 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MENSAJES SALUDABLES Y CULTURA DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... OLGA GUALLARTE HERRERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALLUE BLANCO MARIA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· CHARLEZ ARROYOS MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· FRANCO ARDANUY AFRICA. TCAE. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
· JAVIERRE MIRANDA ELENA. PEDIATRA. CS MONZON URBANO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· LOPE DALMAU ISABEL. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· RIOS PERUGA ASCENSION. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El centro de salud es un espacio visitado con frecuencia y en el que nuestros usuarios pasan un tiempo considerable en función de sus necesidades. Es por ello que es un tiempo valioso para aprovecharlo en transmitir mensajes de salud independientemente de los consejos y recomendaciones que se aportan durante la consulta con el profesional sanitario.
Hemos observado que nuestro centro de salud presenta mucho espacios, rincones y paredes con posibilidad de actuar como un activo de salud dado que en ellos pueden figurar ideas, propuestas y mensajes que comuniquen y fomenten una cultura de salud hacia la población.
Dado que percibimos que los problemas de salud más prevalentes en nuestra población están relacionados con obesidad, tabaquismo, riesgo cardiovascular, sedentarismo, alimentación poco saludable, etcétera…serían estos los primeros temas a abordar en esta labor comunicativa, pero para precisar mejor las prioridades de acciones, mensajes o actividades nos proponemos analizar entre los profesionales y usuarios de nuestro centro los temas de salud que más les preocupan por su gravedad, prevalencia… para iniciar esta actividad comunitaria de forma más adecuada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General:
- Aumentar el conocimiento de la población en estilos de vida saludables y con ello hacerles partícipes del cuidado de su propia salud y la mejora de su calidad de vida.
- Dar a conocer a la población recursos comunitarios de la zona.

Específicos:
- Explorar las demandas de información sobre patología prevalente entre la población.
- Conocer la opinión entre los miembros del equipo de atención primaria sobre aquellos temas que consideran prioritarios y que según ellos se podrían beneficiar de una actividad comunitaria divulgativa.
- Conocer los recursos comunitarios disponibles en nuestro entorno con el fin de poder recomendarlos a nuestra población.
- Crear espacios en el centro de salud desde donde poder trasmitir información, consejos claros y breves o promoción de actividades organizadas desde el centro de salud o por otras entidades, siempre que fomenten estilos de vida más saludables y hagan función educadora entre la población.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Cuestionario dirigido a la población que acude a nuestro centro sanitario preguntando sobre la información que desearían recibir sobre temas de salud.
- Cuestionario dirigido a los miembros del equipo sobre los temas prioritarios a ser tratados en esta actividad comunicadora.
- Recopilación de activos comunitarios en nuestro entorno. Esta actividad será realizada desde el grupo de comunitaria y con la colaboración puntual de trabajadoras sociales de la comarca y los propios usuarios de nuestro centro.
- Distribución de carteles y mensajes informativos en determinados espacios del centro sanitario que trasmitan información, consejos, recomendaciones y propuestas de actividades que fomenten estilos de vida saludables.
- Realización de actividades específicas coincidiendo con campañas de ámbito estatal divulgativas (Ej: Contra la Violencia de Género, Semana sin Humo, campaña de la gripe…) solicitando la participación activa de la población a la que va dirigida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación del proyecto será realizada en base a los criterios elaborados para dicho fin en programas de educación para la salud en equipos de atención primaria; tales como la valoración del grado de desarrollo del proyecto; posibilidad de continuidad e integración en el trabajo habitual del equipo; aceptación del programa y nivel de participación; logro de los objetivos propuestos…Para ello nos basaremos en diferentes métodos de evaluación: observación directa y cuestionarios abiertos y cerrados dirigidos al equipo y a la población.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Elaboración de los cuestionarios para el equipo y la población: septiembre – octubre 2018

Proyecto: 2018_1187 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MENSAJES SALUDABLES Y CULTURA DE SALUD

2. Recopilación de activos comunitarios: Junio a octubre 2018
3. A partir de octubre 2018, distribución de los carteles y mensajes informativos en los espacios del centro sanitario elegidos para este fin.
4. Realización de actividades específicas coincidiendo con campañas divulgativas o en función de las demandas de la población o de los profesionales del equipo. Desde octubre 2018 hasta octubre 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades más prevalentes en nuestra población
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0552 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

2. RESPONSABLE ..... ELENA CAMARA ABON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOTIS MONTES GABRIEL. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En esta época de aceleración y prisas, en ocasiones los niños van al colegio con un mínimo desayuno, que en ocasiones es escaso o no adecuado. Además, los alimentos que toman en almuerzo, a menudo distan de ser saludables. Por otro lado, una dieta equilibrada y sana, es primordial para asegurar un aporte adecuado de nutrientes en este periodo de desarrollo, crecimiento y aprendizaje.
En las revisiones del niño sano de los nueve años, con bastante frecuencia apreciamos un desequilibrio nutricional por exceso no presente en la revisión anterior (6 años).
Este aumento del IMC del niño, podría ser debido a la falta de buenos hábitos alimentarios.
A partir de este proyecto, se pretende en primer lugar objetivar y posteriormente mejorar la adecuación de los hábitos alimentarios en los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera, edad en la que ellos mismos poseen capacidad de decisión, aprendizaje e instauración de correctos hábitos higiénico dietéticos. Se hará hincapié en potenciar un desayuno saludable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Conocer los hábitos dietéticos de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.
2.- Orientar sobre la mejor forma de alimentarse e informar sobre las repercusiones que una alimentación de baja calidad puede suponer en el rendimiento escolar y en el mantenimiento de la salud.
3.- Mejorar los hábitos alimentarios en el desayuno-almuerzo de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Al inicio del proyecto, se realizará una sesión informativa sobre del Proyecto a todos los miembros del centro de salud.
Mediante una encuesta, se recogerá información sobre los hábitos alimentarios de los niños de Tamarite de Litera que cursan 2º y 3º de Primaria, focalizándose en el desayuno-almuerzo. La misma encuesta, reflejará los alimentos que los niños han portado ese día a las aulas como almuerzo.
Posteriormente, y en colaboración con el colegio, se realizarán diferentes talleres sobre dieta sana en los que los niños aprenderán a través del juego, sobre los alimentos saludables, los que no lo son, así como a elaborar sus propios menús de desayunos saludables.
Finalizados los talleres, se realizará de nuevo la encuesta inicial para comparación de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numerador: nº de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite que acuden a los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite.
El estándar que se espera alcanzar es: > 95%

Numerador: niños de 2º y 3º de Primaria que siguen un almuerzo saludable al finalizar los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria que acuden a los talleres
El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.

Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo de 2018:
Sesión informativa del Proyecto al personal del centro de salud y al colegio de Tamarite.
Elaboración de la encuesta alimentaria.
Elaboración de panfletos/pegatinas.
Contacto con SARES para solicitar préstamo de material para los talleres.
Junio de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Taller 1.- Grupos de alimentos y dieta equilibrada.
Reparto de panfletos/pegatinas.
Octubre de 2018:
Taller 2.- Preparando un desayuno saludable.
Diciembre de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Enero de 2019:
Sesión informativa/formativa a los padres y AMPA con principales resultados encontrados. Refuerzo positivo.
Presentación de resultados a los compañeros del centro de salud.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0552 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0556 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC; MAS Y MEJOR

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CUY GODINA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BETRIAN HERRERA PATRICIA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL FRANCO MONICA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS ESPAÑOL JUDIT. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE LASCORZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· CAMARA ABON ELENA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud.
El estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) ha determinado que la prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población de 40 a 80 años.
Tras el análisis de la situación en nuestro Equipo de Atención Primaria hemos visto que sólo tenemos un 2.41% de pacientes con diagnóstico de EPOC lo que nos lleva a pensar que tenemos un elevado caso de pacientes infradiagnosticados.
Así mismo, estudios previos han demostrado en mayor o menor medida que la utilización de los dispositivos de inhalación suele resultar complicada para los pacientes enfermos de EPOC, y que en un número importante de casos se manipulan de manera errónea por lo que creemos que es importante asegurar una correcta instrucción en la técnica para que las personas puedan beneficiarse de su tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
? Captación activa de pacientes con factores de riesgo para aumentar la prevalencia de EPOC en nuestro Equipo de Atención Primaria.

? Educación sanitaria a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos sobre el manejo de los diferentes tipos de inhaladores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? Creación de un grupo de mejora.

? Se solicita a Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes con tratamiento de inhaladores crónicos (farmacia)

? Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este.

? Captación telefónica de pacientes en tratamiento con inhaladores sin diagnóstico de EPOC para realizar espirometría.

? Inclusión del episodio “EPOC” en pacientes que cumplen criterios diagnósticos tras realización de espirometría.

? Formación sobre el manejo de los inhaladores a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos de la zona.

? Encuesta al paciente en tratamiento con inhaladores sobre el manejo de su uso al inicio y tras la formación pertinente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Prevalencia EPOC:
Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad
Nuestro objetivo es alcanzar el 3,5%

Pacientes con tratamiento con inhaladores:
Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores
Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores
Nuestro objetivo es que asista el 30%

Espirometrías
Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.

Proyecto: 2018_0556 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC; MAS Y MEJOR

Denominador: pacientes que llevan tratamiento de inhaladores
Nuestro objetivo es que se realicen espirometría al 40% de los pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Inicio del proyecto: Abril 2018, fecha finalización: junio 2020
2. Solicitud a la Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos (abril 2018)
3. Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este.(mayo 2018)
4. Realización: hoja de registro y encuesta de valoración sobre el manejo de inhaladores (a partir de junio 2018)
6. Citación de pacientes captados para espirometría (septiembre 2018)
7. Realización de la espirometrías (a partir de octubre 2018)
8. Formación del manejo de inhaladores al paciente el día de la realización de la espirometría. Previamente se le realizará la encuesta sobre el manejo de dichos inhaladores.
9. Lectura y registro en OMI de las espirometrías por los médicos responsables del proyecto.
10. Si cumple criterios EPOC citar con su MAP.
11. Citación en consulta de enfermería 20 días después de la realización de la espirometría para valorar la encuesta sobre los conocimientos conocidos tras resultados.
12. Formación a cuidadores y farmacéuticos noviembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0666 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

2. RESPONSABLE ..... JUDIT RAMOS ESPAÑOL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLO LOPEZ ANA DELIA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL FRANCO MONICA. MEDICO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· GALLEGO BARRABES SUSANA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· BETRIAN HERRERA PATRICIA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· CUY GODINA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO ENRIQUE CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Multitud de guías hacen énfasis en el papel fundamental que tiene la enfermería y la medicina de Atención Primaria en la promoción de un estilo de vida saludable basado entre otras cosas en el fomento de la actividad física, incorporación de una dieta saludable y el abandono del tabaco en pacientes fumadores.
Desde el Centro Salud de Tamarite de Litera, apreciamos una alta frecuentación en la consulta de pacientes con la necesidad de abordar la actividad física como factor de protección para la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares bien por falta de conocimiento sobre sus beneficios reales así como por falta de motivación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar la vida activa de nuestros pacientes sedentarios con factores de riesgo cardiovascular.
2. Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico.
3. Incorporar el ejercicio físico a la rutina diaria del paciente.
4. Favorecer las relaciones entre los participantes.
5. Promoción de un estilo de vida saludable.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesión informativa a todos los miembros del centro de salud sobre el Proyecto Asistencial.
Creación folletos informativos que se repartirán en los consultorios, farmacias, centro cultural y Cruz Roja.
Captación de participantes en las consultas de Enfermería y Medicina. Entrega de folletos informativos sobre la actividad y recogida de datos de los pacientes interesados.
El proyecto se oferta a la población entre 40-65 años y 65-80 años con problemas respiratorios, cardiacos y con factor de riesgo cardiovascular. Se realizaran diferentes grupos entre 8 y 12 personas. Salida a caminar y gimnasia de mantenimiento dos días a la semana, lunes y miércoles 11.00h a 12.30h por la zona de salud
Cada día al inicio de la actividad, se realizará Educación Sanitaria sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad frecuentemente unidos a la inactividad física. Los participantes de la actividad irán acompañados de dos enfermeras del Centro de Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación de los resultados se realizará mediante la cumplimentación de una encuesta al principio y al finalizar la actividad. Se pasará otra encuesta vía telefónica a los dos meses de finalizada la actividad.

1. Todos los participantes que finalicen la actividad, habrán mejorado sus conocimientos sobre los hábitos higiénico dietéticos.
2. A los dos meses de finalizada la actividad, el 60% de los pacientes seguirán con una correcta rutina de ejercicio diario.
3. El 40% de los pacientes, mostrarán alta satisfacción con las relaciones personales alcanzadas gracias a esta actividad comunitaria.
4. El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno, completarán el total de las sesiones.
5. El 80% de los pacientes se mostrará satisfecho o muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Abril 2018: Sesión informativa a miembros CS: abril 2018
• Mayo 2018: Reunión del grupo de trabajo para organización y reparto de tareas.
• Mayo 2018: Realización de una encuesta sobre hábitos higiénicos dietéticos a pasar a los pacientes al inicio y al finalizar la actividad, otra de satisfacción y planilla de seguimiento.
• Mayo 2018- agosto de 2018: Captación de pacientes en las consultas.
• Julio 2018: Elaboración/preparación del contenido de las charlas.
• Septiembre 2018: Inicio de las sesiones por grupos de edad.
• Marzo 2019: Se reunirá el grupo de trabajo para recompilaran todas las encuestas recogidas de la población

Proyecto: 2018_0666 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

que a participado en la actividad, se valorara y evaluara la actividad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Participación comunitaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0103 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR (FA) EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... VICTOR VALLES GALLEGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLEMENTE ROLDAN EDUARDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· CASTILLO CORTES EUGENIA. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· BUIL VIDALLER JOSE ANGEL. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
· MONTERO MORATA CARLOS. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· YSEBIE RONSE ISABEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· GUALLARTE HERRERO OLGA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La ACXFA es la patologia cardiologica mas frecuente en los mayores de 65 años en muchos casos al ser asintomatica de inicio, FA oculta no es detectada hasta que se produce una complicacion o un cambio que la convierte en sintomatica se desconoce cual es la prevalencia real de esta patologia y cual es su influencia en los ictus embolicos
Creemos que aumentando su diagnostico e iniciando en los casos indicados un TAO se podria disminuir la aparicion de complicaciones tromboembolicas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Aumentar el diagnostico de la FA oculta con el fin de poner en marcha medidas terapeuticas preventicas para evitar eventos de futuros ACV
2.- Aumentar la Deteccion de FA oculta no diagnosticada

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Aclarar Criterios de derivacion al M.F. ante la sospecha de FA, el perfil del paciente que debe ser atendido prioritariamente en cada nivel asistencial, las actividades esenciales a realizar por cada profesional y los criterios de priorización en las derivaciones entre niveles.
2.- Toma de TA con los nuevos tensiometros digitales de forma sistematica en la consultas de enfermeria.
3.- Incorporacion de la técnica de diagnostico de FA en las tomas de TA
4.- Realizacion de formacion entre el personal sanitario de la Toma de TA y pulso para la deteccion precoz de la FA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Nº de pacientes >65 años diagnosticados de FA (código CIAP K78) en el año de estudio/1.000
2.- Prevalencia de FA (código CIAP K78) por edad:
• > 45 años
• > 65 años
Valor Objetivo: a definir según la bibliografía conocida
3.- % centros de salud que han celebrado sesiones para presentar y evaluar el procedimiento/ no total de centros de salud
Valor Objetivo :75%-100%
4.- Nº total de pacientes diagnosticados de FA (código CIAP K78) en el año de estudio con inicio de TAO en Atención primaria / Nº de pacientes diagnosticados de FA (código CIAP K78) en el año de estudio con prescripción de TAO X 100
Valor Objetivo: Pendiente de implantación de receta electrónica en hospital
5.- Nº de pacientes diagnosticados de FA (código CIAP K78) en el año de estudio que esperan más de 30 días para acceder a una consulta de Cardiología / Nº de pacientes diagnosticados de FA (código CIAP K78) en el año de estudio derivados a consulta de Cardiología.
Valor Objetivo: > 80 %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proceso se llevara a cabo durante el primer semestre de 2018

9. OBSERVACIONES.
La toma de TA en pacientes con FA oculta puede ser falsa dificultando el diagnostico de HTA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0103 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR (FA) EN ATENCION PRIMARIA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0106 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DISPEPSIA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLES GALLEGO VICTOR. MEDICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· BUISAN GIRAL MARIA JOSE. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· COSCOJUELA QUIROGA ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENDOSCOPIAS
· EITO CATIVIELA JOSE LUIS. MEDICO/A. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO OLIETE MELITON. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· AURED DE LA SERNA ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO.
· BADIA PLAYAN CARRODILLA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Infradiagnóstico de la infeccion por Helicobacter pylori en pacientes con Dispepsia Gastrica, en pacientes atendidos AP debido a la falta de acceso a la prueba diagnostica (Test del Aliento) por parte de los M.F.
En AP de nuestro sector no se realiza el Test del Helicobacter en AP
Los resultados del test no están integrados en INTRANET ni en HCE por lo cual los resultados no son accesibles para A.P
Los pacientes con dispepsia consumen innecesariamente consultas de especialista de digestivo y tanto para la realización del test diagnostico, la comunicacion de los resultados de dicho test, la comunicación de resultados,la puesta en marcha del tratamiento si procede, y el posterior control de la erradicacion tras el tratamiento .
El médico de AP no controla el proceso ni interviene en el tratamiento, al no tener acceso a la prueba diagnostica y

desconoce los resultados del Test del Aliento realizados por A.E.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Incorporación de la técnica diagnóstica que se realizara en las consultas de enfermería correspondiente a cada paciente o en una consulta monográfica en dependencia de la organización y caracteirsticas de cada EAP.
- Creacción de consultas específicas para la realización de la técnica (según organización de cada EAP).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Realización de talleres de formación en todos los C.S. para el conocimiento de la técnica de realización de la prueba.
2.- Formación de los médicos de familia en lo que se refiere al protocolo diagnóstico y terapeutico definido en el grupo de trabajo de protocolización.
3.- Adecuación del procedimiento informatico. Modulab va a actuar como como punto de conexión entre las solicitudes de Atención Primaria (OMI), las de Atención Especializada y el laboratorio de referencia, en el que se realice la prueba. Creación de nueva prueba llamada Test del Aliento de Helicobacter Pylori, con el código "TAHP". Del mismo modo los resultados se volcarán a Modulab y de éste a OMI, pero además quedarán todos disponibles en la Intranet.
3.-

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-- Nº total de tests de diagnóstico utilizados en AP en 2018 / nº de tests utilizados en el sector (AP +AE) en el mismo periodo X 100 Valor Objetivo : 96/96(2017) > 50%
-- Nº de EAPs con sesiones clínicas realizadas e implementación protocolo de criterios diagnósticos y seguimiento de esta patología Valor Objetivo >90%
-- Nº de test positivos durante 2018 / nº de test utilizados en AP X 100 Valor Objetivo : a definir según la bibliografía conocida
-- Porcentaje de pacientes (14 a 55 años) con test positivo derivados a digestivo en el año Valor Objetivo :< 20 %
A desarrollar SQL (DGA)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Todo el proceso se desarrollara durante el primer semestre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0106 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DISPEPSIA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0493 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... SUSANA PEREZ SARASA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERDALA CLEMENTE RAQUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GASCON MAS ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARIÑO BAILO VANESA. MATRONA. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
· LAPEÑA LLERA ANA ISABEL. MATRONA. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA
· COSTA MENEN ELENA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DUESO CORBALAN CARMEN. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IRICIBAR MIR LAURA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el Sector Barbastro trabajan,matronas de AP, enfermería y ginecólogos, facilitando la información en contracepción y la accesibilidad a las consultas, en especial a mujeres en riesgo de exclusión.
En 2015, iniciamos un Plan de Mejora, para informar en el puerperio inmediato sobre métodos LARC. De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos. El implante, era bien aceptado en etnia gitana e inmigrantes.
Seguimos trabajando el circuito asistencial en el postparto inmediato.
En 2015, se inició en AP la inserción de implantes subdérmicos por parte de las matronas,
El 33% de los partos atendidos en 2017 en H.de Barbastro, son inmigrantes y en consulta de Fraga un 44%. Este colectivo, es especialmente vulnerable por barrera idiomática y desconocimiento de los recursos y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad. El 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general: Mejorar la calidad de vida de las mujeres.
Objetivos específicos.
- Información contraceptiva en puerperio inmediato.
- Dar información escrita y clara de los diferentes métodos.
- Potenciar uso de métodos seguros de Larga Duración (LARC)
- Espaciar intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en cta. especializada.
- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Presentación del Protocolo Autonómico en S. de ginecología y realización de reunión conjunta con las matronas de AP para valorara las novedades.
Curso acreditado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en H.de Barbastro el 29/09/2016.
Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología de los métodos LARC instaurados.
Taller practico acreditado para inserción y retirada de implantes. impartido por Dra Aragón,formadora SEC en H. de Barbastro el 14/11/2017 (5h)
Información contraceptiva en el puerperio inmediato y si son de riesgo, derivar a consulta especializada.
RESULTADOS 2017
MUJERES QUE SOLICITAN IVES ATENDIDAS C.S FRAGA .
En los 5 últimos años 144 mujeres solicitan información para IVES.
Un 78.8 % son extranjeras (81,3% de Europa del Este) .En 2017 el 41,9% habían tenido un IVE previo
Implantes en AP se han incrementado en un 321% en 2017.
El nº de implantes en las consultas de zonas alejadas del hospital fue de 33 en 2017.
DIUS: Jaides, colocados 9 en todo el Sector.
DIUS Mirena se ha incrementado en un29.6%
Total insertados en consulta de ginecología 352 LARC 2016 y 322 LARC 2017.
Demora en Cta. ginecología para Inserción de métodos LARC 30 dias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nºmujeres puérperas informadas en Planta 90 %
NºDIUS insertos en 2018.
Nºimplantes insertos por A. P. y A. Especializada en 2018
Nºimplantes retirados por mala tolerancia
Control complicaciones.

Proyecto: 2018_0493 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Finalizacion en Dic. 2018.
Recogida complicaciones de los implantes.
Taller practico :Retirada implantes por matronas Nov. 2018
Evaluacion: Nov. 2018

9. OBSERVACIONES.
Destacar la importancia del implante como método LARC, seguro y cuya eficacia no depende de la usuaria, la inserción por las matronas de AP permite ofértalos todas las mujeres del Sector y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital.
El 21% de las mujeres atendidas en CE Fraga para LARC han tenido IVES previos.
Es necesario seguir trabajando conjuntamente con enfermería, para captar mujeres de riesgo.
11. ENFOQUE PRINCIPAL DEL PROYECTO
Coordinarnos con matronas de AP para captar grupos de riesgo y simplificar el circuito de acceso a los métodos anticonceptivos seguros
Atender de forma preferente a mujeres con patología o problemática social que lo soliciten.
POBLACION DIANA.
Mujeres en edad fértil que acuden a parir al hospital de Barbastro. 640
Todas mujeres en edad fértil del Sector.
Mujeres entre 15 y 65 años 31.731

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Anticoncepción

Proyecto: 2018_1032 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA ENLABORATORIO

2. RESPONSABLE ..... AMADO TAPIA LANUZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CATENA LACOMA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. LABORATORIO
· ROBRES GUILLEN MARIA PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ SANCHEZ BELEN. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· COSTA CATALAN PALOMA. TEL. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SOPENA MURILLO ANA CRISTINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· PEREZ PEREZ ANA BELEN. TEL. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· CLUSA BARRABES CONCEPCION. TEL. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad, las muestra de orina recibidas de pacientes ambulatorios para análisis cualitativo y sedimento, cuyos resultados cumplen con los criterios establecidos por el Laboratorio para considerar que el paciente sufre una infección del tracto urinario (ITU), son derivadas a la sección de Microbiología para su cultivo. Esto evita que el médico tenga que solicitar el cultivo en una nueva muestra, adelanta la identificación del germen causante y su antibiograma, y permite la instauración de un tratamiento precoz adecuado en base a las sensibilidades mostradas.
Los resultados obtenidos son muy buenos: entre el 1 y 2 % de las muestras totales analizadas son derivadas para cultivo y más del 80 % de estas tienen un resultado positivo y se informa el antibiograma.
Las muestras de urgencias han estado hasta la fecha excluidas de este procedimiento, sobretodo por la complejidad añadida que supone su gestión fuera del horario de actividad normal del Laboratorio. Hemos detectado que a los pacientes con sospecha diagnóstica de ITU en el Servicio de urgencias se les instaura tratamiento empírico y se les remite a su médico de cabecera. Éste cuando recibe al paciente no dispone de la confirmación del cultivo positivo ni del antibiograma para comprobar la idoneidad del tratamiento.
Consideramos que este proyecto, con un uso muy limitado de recursos, puede mejorar notablemente la atención a los pacientes que acuden al servicio de Urgencias con ITU y favorece la continuidad de la asistencia en Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos:
1- Detectar a aquellos pacientes que acuden a Urgencias con ITU
2- Implantar una sistemática que permita realizar el cultivo de orina y el antibiograma, cuando este sea positivo, a partir de la muestra analizada en el Laboratorio con carácter urgente.

Población diana:
Número total de pacientes con análisis cualitativo de orina de Urgencias aproximado 600/mes. Cumplen los criterios de ITU entre un 5 y un 10 % (30-60 pacientes /mes).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades:

1- Revisar el algoritmo de detección de las ITU con los resultados de la tira y el sedimento en el programa informático (Ana Cristina Sopena)
2- Establecer un método de conservación de la muestra. Pilar Robres
3- Implantar el procedimiento de solicitud del cultivo.
4- Plan de comunicación al personal del Laboratorio
5- Comunicación externa a los facultativos de Urgencias y Atención Primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Consideraremos cumplido el proyecto cuando más del 80 % de las muestras que cumplan los criterios de ITU en urgencias tengan un informe de urocultivo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1- Revisar el algoritmo de detección de las ITU con los resultados de la tira y el sedimento en el programa informático: julio 2018
2- Establecer un método de conservación de la muestra. Pilar Robres:julio 2018
3- Implantar el procedimiento de solicitud del cultivo. septiembre 2018
4- Plan de comunicación al personal del Laboratorio: septiembre 2018
5- Comunicación externa a los facultativos de Urgencias y Atención Primaria: septiembre 2018

Proyecto: 2018_1032 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA ENLABORATORIO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_1241 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO EN LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA SOPENA MURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TAPIA LANUZA AMADO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· LALANA GARCES MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· FONTAN ABAD ADRIAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PORTOLES CARDONA MARIA PILAR. TEL. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La desaparición de Consorcio de Alta Resolución de Aragón (CASAR) ha conducido a que los centros sanitarios que eran gestionados por éste hayan pasado a depender de las respectivas gerencias del sector sanitario en el que están ubicados. Es un objetivo de la Dirección del Hospital de Barbastro que los servicios de éste asuman el control del funcionamiento de los correspondientes servicios del CAR de Fraga. Hasta noviembre de 2017 la prestación analítica de ese centro estaba adjudicada por concurso público a un laboratorio privado de Jaca. El Hospital de Barbastro venía soportando el gasto de reactivos, pero la responsabilidad facultativa recaía en la empresa adjudicataria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Gestionar desde el servicio de Análisis Clínicos y Hematología del Hospital de Barbastro, tanto desde el punto de vista de la prestación analítica como de la económica, el funcionamiento del laboratorio del CAR de Fraga:
Mejorar la calidad de la información integrando los datos en la base de datos de Barbastro.
Mejorar la calidad analítica implantando un programa de control de calidad.
Actualizar el tipo y características de las pruebas disponibles
Mejorar la gestión económica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Actualizar la versión del sistema informático del Laboratorio (LIS) de Barbastro para que permita el trabajo en modo multicentro.
2-Incorporar la base de datos del laboratorio del CAR de Fraga a la de Barbastro para integrar los datos demográficos de pacientes y los resultados y poder hacer una gestión a distancia de los mismos.
3-Implantar un sistema de aseguramiento de la calidad, mediante la incorporación de controles a la actividad analítica para garantizar los resultados y proceder a su validación facultativa.
4- Actualizar el catálogo de pruebas disponibles adecuándolo a las necesidades clínicas del CAR de Fraga
5- Mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Visualización y gestión del 100% de las analíticas efectuadas en el CAR de Fraga desde el SIL del Hospital de Barbastro.
2- % de analíticas con validación facultativa: objetivo > 90 %
3- Disponer de gráfica de controles para el aseguramiento de la calidad en el 100% de las técnicas implementadas en el CAR de Fraga.
4- Visualización desde el CAR de Fraga de un catálogo de pruebas en octubre de 2018.
5- % de disminución del gasto tras la incorporación al laboratorio del Hospital de Barbastro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los puntos 1 y 2 (actualización de la versión del sistema informático del laboratorio y la integración de la base de datos del laboratorio CAR de Fraga a la de Barbastro) ya ha sido realizada a fecha 31 de mayo de 2018.

3-Implantar un sistema de aseguramiento de la calidad, mediante la incorporación de controles a la actividad analítica para garantizar los resultados y proceder a su validación facultativa: octubre 2018

4- Actualizar el catálogo de pruebas disponibles adecuándolo a las necesidades clínicas del CAR de Fraga: octubre 2018

5- Mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos. Debido a que la realización de este punto depende de la realización de un concurso público establecemos el plazo en diciembre de 2018.

Proyecto: 2018_1241 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO EN LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0237 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONSTANZA ARANA LENIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD SANZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BENTUE OLIVAN LUCIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GALLEGO FRANCO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· HIDALGO MENE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS
· HUICI GERMAN ALBERTO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAVARRO CASTAÑ HERMINIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANCHEZ URIA LUCIANO VALENTIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
ES LA LEY 14/1986,DE ABRIL,GENERAL DE SANIDAD, LA PRIMERA QUE HA REGULADO LA EXIGENCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DERIVA DE LA PROMULGACION DE LA CONSTITUCION ESPAÑOLA DE 1978.EN ESE MOMENTO CAMBIA LA CONDICION DEL PACIENTE DE PARA SER CONSIDERADO USUARIO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, CON EL CONSECUENTE DERECHO A LA INFORMACION SANITARIA. BAJO ESTE PRECEPTO ES DE SUMA IMPORTANCIA LA ACTUALIZACIÓN Y UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESICO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
UNA VEZ ACTUALIZADO Y UNIFICADO EL CONSENTIMIENTO ANESTESICO INFORMADO SERA PUBLICADO EN LA INTRANET DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SERA DE USO OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PACIENTES A QUIENES SE LES VAYA A REALIZAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE REQUIERA ANESTESIA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizaremos los siguientes procedimientos
1-Revisión sistematizada de la legislacion actual con respecto a la normativa vigente con respecto a los consentimientos informados
2-Revisión y unificacion del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, anestesia regional y sedación
3-Publicacion del consentimiento informado unificado en la intranet del Hospital de Barbastro
4-Socialización del consentimiento anestesico unificado mediante comunicacion a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro
5-Implementación del uso del consentimiento anestesico unificado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1-Publicación,en la intranet del Hospital, del consentimiento e implementación de su uso . La evaluación de este indicador la realizaremos mediante la siguiente medición: Nº de pacientes programados para intervenciones quirurgicas vistos en la consulta preanestésica en un periodo de 6 meses despues de la implementación del proyecto/Nº pacientes programados para intervenciones quirurgicas vistos en la consulta preanestésica en un periodo de 6 meses despues de la implementación del proyecto que firmaron el consentimiento anestésico unificado X 100;

2-Verificación de la socialización del consentimiento anestésico unificado mediante acuse de recibo de las comunicaciones enviadas a los diferentes jefes de servicio mediante acuse de recibo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1-Revisión sistematizada de la legislacion actual con respecto a la normativa vigente con respecto a los consentimientos informados.Mayo 2018
2-Revisión y unificacion del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, anestesia regional y sedación.Mayo 2018
3-Publicacion del consentimiento informado unificado en la intranet del Hospital de Barbastro. Previa autorización por parte del comité de historias clínicas.Junio 2018
4-Socialización del consentimiento anestesico unificado mediante comunicacion a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro.Junio 2018
5-Implementación del uso del consentimiento anestesico unificado .A partir de julio de 2018-Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIAS QUIRURGICAS

Proyecto: 2018_0237 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0238 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONSTANZA ARANA LENIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD SANZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BENTUE OLIVAN LUCIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CARRASQUER PUYAL AURORA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PALLARES SEGURA JOSE LUIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· HUICI GERMAN ALBERTO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAVARRO CASTAÑ HERMINIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La valoración preanestésica es el protocolo de estudio que permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente para establecer un plan anestésico de acuerdo con su análisis y, de ser posible, respetar la preferencia del paciente. Para realizar la valoración,según se indique,deberá contar con exámenes de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación), Rx de tórax y electrocardiograma, que son estudios realizados al paciente antes de la administración de la anestesia,cuyos resultados deben quedar registrados en dicha documento, para evaluar el estado físico y riesgo al que estará expuesto.
La informatización de la valoración preanestésica nos permitirá optimizar recursos, ahorrar tiempo, pero sobre todo nos permitirá dar una mejor calidad en la atención al paciente por cuanto la información de su historia clínica quedará plasmada con claridad y homogeneidad en la intranet del hospital para disposición de todo el que la necesite.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Revisión, optimización e informatización del formulario de valoración preanestésica del Hospital de Barbastro y la implementación de su uso en todos los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Realizaremos una revisión detallada de los formularios de valoración preanestésica que se están utilizando actualmente en los diferentes servicios de Anestesiología y Reanimación del país con el fín de extraer la información que mejor se adapte a nuestros pacientes y procedimientos quirúrgicos y asi lograr optimizar el formulario que utilizamos en este momento en el Hospital de Barbastro
2-Una vez desarrollado el formulario lo enviaremos al Comité de Historias Clínicas para la autorización de su implementación .
3-El proceso de informatización del documento lo realizaremos de la mano del departamento de Informática del Hospital de Barbastro quines se encuentran en este momento en el desarrollo de un software para tal fín.
4-La socialización del documento la realizaremos mediante comunicación escrita a los jefes de servicio del hospital, incluyendo el departamento de enfermería.
5-Para la implementación del uso del formulario solicitaremos al Departamento de Informática del Hospital de Barbastro una capacitación de los anestesistas y personal de enfermería de consulta externa en los temas informáticos relevantes para dicho fin.
Una vez terminada la capacitación iniciaremos el proceso de diligenciamiento de la valoración preanestésica en la intranet.
6-Realizaremos un primer análisis de datos recogidos
7-Divulgaremos los resultados obtenidos
8_Estableceremos planes de mejora

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Porcentaje de pacientes cuya valoración preanestésica se realiza en el documento informatizado:

Nº de pacientes con valoración preanestésica informatizada/ Nº Total de pacientes vistos en la consulta preanestésica X 100

Nº de pacientes con valoración preanestésica informatizada/ Nº Total de pacientes vistos mediante hoja de consulta X 100

-Porcentaje de pacientes con la valoración preanestésica informatizada perfectamente cumplimentada

Proyecto: 2018_0238 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- -Verificación de la socialización del documento mediante acuse de recibo de las comunicaciones enviadas a los diferentes jefes de servicio y departamento de enfermería del hospital.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1-Revisión y optimización del formulario actual de la valoración preanestésica. Mayo 2018
2-Autorización de la implementación del formulario por parte del comité de Historias Clínicas.Junio 2018
3-Proceso de informatización del documento.Julio-Octubre 2018
4-Socialización del documento. Noviembre 2018
5-Implementación de su uso en todos los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico.Diciembre 2018-Mayo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1088 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GABARRE ORUS DOMINGO. TCAE. H BARBASTRO. URPA/CMA
· PLANA COSTA MONSERRAT. TCAE. H BARBASTRO. URPA/CMA
· ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA
· IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA
· PASCUAL GABARRE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA/CMA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La hipotermia (temperatura < 36 ºC) durante la fase intra-operatoria tiene una incidencia superior al 60%. Las complicaciones más importantes de la hipotermia son: aumento de los eventos cardiacos mórbidos, aumento de la infección quirúrgica, estancia hospitalaria prolongada, y aumento significativo del sangrado quirúrgico. El mantenimiento de la normotermia en el periodo perioperatorio mejora el confort del paciente y disminuye las complicaciones. En el Servicio de URPA/CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), se observa que los pacientes refieren haber pasado frío en quirófano y/o continúan teniéndolo al ingreso en URPA/CMA. Se toma la temperatura axilar al ingreso y se coloca manta convencional. En la mayoría de las ocasiones el paciente queda conforme, pero la temperatura no siempre llega a valores normales. La medición y recuperación de la temperatura corporal de los pacientes no está protocolizada, por ello, en ocasiones los pacientes no llegan a recuperar la normotermia y aunque debería ser criterio de alta en URPA, en ocasiones, son dados de alta con temperaturas inferiores a 36º

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana:Pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA/CMA
Objetivo principal:Obtener confort térmico en el periodo postoperatorio inmediato. Objetivos secundarios: Determinar la incidencia de hipotermia postoperatoria. Medir la normotermia al final del periodo postoperatorio inmediato. Protocolizar acciones encaminadas a recuperación de la temperatura corporal

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida
Recogida de datos previos para conocer situación de partida
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario
Realizar protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en el paciente intervenido quirúrgicamente
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo
Recogida de datos postintervención
La finalidad de este proyecto es mantener en todo momento el confort térmico de los pacientes consiguiendo la recuperación de la temperatura corporal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en un espacio breve de tiempo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La fuente de información serán los registros de la temperatura corporal de los pacientes al ingreso y alta de la URPA/CMA y como método de evaluación se utilizara un test de satisfacción de confort térmico.
Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en los Servicios de URPA/CMA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin.Los indicadores de medida serán:
1.Personal sanitario disponible para realizar la actividad.Indicador: % trabajadores URPA/CMA disponibles para realizar la actividad.Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
2. Disponibilidad material.Indicador: % calefactores, mantas desechables, mantas convencionales y termómetros disponibles.Estandar: No menos de 4 calefactores y 2 termómetros.
3.Protocolo de recuperación térmica en el postoperatorio inmediato.Indicador: Existencia de protocolo validado para recuperación de temperatura corporal en los pacientes postoperados.Estandar: SI
4.Formación del personal de la URPA/CMA.Indicador: % de trabajadores en URPA/CMA formado en el protocolo de recuperación térmica.Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
5.Aplicación del protocolo de recuperación térmica.Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo.Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE que ha sido formada.
6.Pacientes hipotérmicos al ingreso en URPA/CMA.Indicador: % pacientes con temperatura corporal axilar < 36ºC.Estandar: > 50%
7.Recuperación de temperatura.Indicador: % pacientes que recuperan la temperatura corporal previa a intervención quirúrgica.Estandar: = 80%
8.Pacientes con nomotermia al alta en URPA/CMA.Indicador: % pacientes con temperatura corporal 36-37ºC al alta en URPA/CMA.Estandar: = 80%

Proyecto: 2018_1088 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

9.Confort térmico.Indicador: % pacientes que están satisfechos o muy satisfechos en un test de confort térmico.Estandar: = 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades,junio-febrero
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio,junio-febrero
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida,junio
Recogida de datos previos para conocer situación de partida,octubre
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario.junio-septiembre
Realizar protocolo de actuación,septiembre-octubre
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo,octubre
Recogida de datos postintervención,noviembre-diciembre
Análisis y elaboración de la memoria,enero-febrero

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1403 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GABARRRE ORUS DOMINGO. TCAE. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PLANA COSTA MONSERRAT. TCAE. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ESCOLANO HURTADO CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PASCUAL GABARRE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· MINGUILLON ARANDA LUIS. TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. H BARBASTRO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· PUY FORADADA JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el Servicio de URPA/CMA se vienen produciendo accidentes en los trabajadores sanitarios, golpes, pellizcos, atropello de pies. También lesiones tipo contracturas musculares. En este Servicio el personal recibe a los pacientes en camilla procedentes del quirófano tras una intervención quirúrgica en estado de postanestesia inmediata, por ello el traslado de los pacientes camilla- cama, debe ser rápido y sin posibilidad de colaboración por parte del paciente, la rapidez es primordial. El trabajar rápido y la no adecuación del mobiliario repercute en los accidentes. El personal sanitario accidentado rara vez coge baja laboral, pero le ocasiona dolor y golpes sobre todo en brazos, frente y cabeza y dedos de los pies.
La seguridad de los trabajadores debería ser un asunto relevante a estudiar y prevenir en todas las empresas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana
- Personal sanitario trabajador del servicio de URPA/CMA
Objetivo principal
- Prevenir los accidentes en el puesto de trabajo
Objetivos secundarios
- Conocer los riesgos más relevantes de los trabajadores del servicio URPA/CMA
- Establecer una adecuada planificación preventiva

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos
- Ejecutar las medidas preventivas
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Proceso
o Criterio: Evaluación de riesgos
Indicador: Existencia de una evolución de riesgos laborales del servicio URPA/CMA. La medida sería SI/NO
Estandar: SI
o Criterio: medida de prevención seleccionada
Indicador: Realización de la medida de prevención elegida. Medida SI/NO
Estandar: SI

- Resultado
o Criterio: Personal sanitario del servicio URPA/CMA que presentan accidente de trabajo
Indicador: % trabajadores URPA/CMA que sufren accidente de trabajo en el periodo de tiempo de octubre 2018 a 28 febrero2019
Estandar: 0

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA (junio)
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes (junio)
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos (junio)
- Efectuar los adecuados controles periódicos (agosto-septiembre)
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad (octubre-febrero)
- Elaboración de la memoria

Proyecto: 2018_1403 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0022 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... EMMA PARDENILLA VIÑUALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUEYO VICENTE YOLANDA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. BLOQUE QUIRURGICO
· COSTA BRUALLA CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. BLOQUE QUIRURGICO
· BOIX GONZALEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. BLOQUE QUIRURGICO
· MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. BLOQUE QUIRURGICO
· ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. BLOQUE QUIRURGICO
· PORTABALES PEREZ MERCEDES. TCAE. H BARBASTRO. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los casos de pacientes alérgicos al latex han aumentado en los últimos años y el personal de quirófano(enfermeros,técnicos auxiliares de enfermería,celadores) no tenemos una linea clara de actuación ante estos pacientes.
También es sabido que uno de los grupos que más sensibilidad tiene al látex son los trabajadores sanitarios y en concreto el personal de quirófano.
Existe material que contiene latex y hay que actuar con celeridad en el caso de un paciente con una posible alergia al latex que vaya a ser intervenido.
El material de quirófano está cambiando constantemente debido a la innovación y a los continuos cambios de casas comerciales que nos suministran.
Por todo esto pretendemos dotar de conocimientos necesarios y una guía clara de actuación al servicio de quirófano del Hospital de Barbastro así como la eliminación de todo el material que pueda ser sustituido por uno libre de latex .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estandarizar y unificar cuidados, aumentando el conocimiento del personal del servicio de quirófano, sobre como actuar ante posibles pacientes alérgicos al latex que vayan a ser intervenidos.
Eliminar el material de quirófano que contenga látex y cambiarlo por material exento de látex siempre que sea posible y si no es asi saber como resolver la situación.
Actualizar los listados de material que contenga látex.
Mejorar la calidad del trabajo del personal del servicio de quirofano ante un paciente alergico al latex.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar protocolo de actuación en pacientes alergicos al latex ante una intervención quirurgica.
Imprimir hojas del protocolo.
Sesión formativa al personal del servicio quirúrgico.
Realizar un registro de los pacientes alergicos al latex intervenidos quirurgicamente.
Análisis de la situación y acciones para mejorar las actuaciones ante estos pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolo realizado : (SI - NO)
Listado de pacientes alérgicos al latex : (SI / NO)
Actualización en la historia clínica : (SI / NO)
Número de sesiones:
Número de asistentes:

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realizar protocolo de actuación en pacientes alergicos al latex ante una intervención quirurgica……. Marzo 2018
Imprimir hojas del protocolo…….Marzo 2018
Sesión formativa al personal del servicio quirúrgico….De marzo a septiembre 2018.
Realizar un registro de los pacientes alergicos al latex intervenidos quirúrgicamente…..De enero a diciembre del 2018
Análisis de la situación y acciones para mejorar las actuaciones ante estos pacientes….Enero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0022 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0535 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL ECG EN EL H DE BARBASTRO. ECG 30/30

2. RESPONSABLE ..... GUSTAVO FRANCISCO ANGULO BALDUZZI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROJAS FAVIO ANIBAL. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· PONS MATEO MONTSERRAT. MIR. H BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ MARQUEZ MARIA. MIR. H BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ CASTILLON JAVIER. MIR. H BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· BRAVO TRICAS IRENE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· ALIAGA OBENSA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· SANMARTIN LOBERA PAULA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El ECG es una técnica de diagnóstico difundida en el mundo, sencilla y de bajo coste, ampliamente disponible. El ECG es de importancia para realizar el diagnostico de una patología tanto para iniciar como también guiar su tratamiento. Enfermería se encarga de la realización del mismo y el médico lo interpreta en base a especificaciones técnicas. La correcta interpretación del ECG exige criterios básicos comunes internacionalmente definidos como lo son la preparación de la piel, la cuidadosa colocación de los electrodos, puesta en marcha del electrocardiógrafo, confirmación del resultado, la impresión de la imagen y su posterior difusión en la red informática. Es una técnica coste beneficiosa si se realiza conforme a lo expuesto .Los diagnóstico ECG son milimétricos, por cada cm de mal posición de los electrodos las ondas del ecg se modifican en 1 mm. La cooperación mutua entre el médico y enfermería es fundamental para poder realizar un ECG de calidad. Resultados obtenidos hasta el momento. Entre Octubre de 2017 y Marzo de 2018 se llevó a cabo una fase preliminar (muestra de 39 pacientes) del proyecto de ECG 30/30 realizado en los sectores de electros pre-quirúrgicos(20 %), 5 ta de especialidades(33 %) y CE Monzón(44 %) a cargo del Dr G. Angulo. Las precordiales estuvieron en un 90 % mal colocadas (V1-V2-V3), la de los miembros fueron correctamente colocadas. Solo el 31 % de los registros fueron de buena calidad, siendo la mala posición de las precordiales, falta de limpieza de la zona (solo el 2 % correctamente preparados) y las condiciones ambientales, los motivos de una deficiente calidad. Con los respectivos talleres se logró una mejora del 72 % de una correcta colocación de precordiales y una mejora del 81 % en una correcta preparación para obtener un registro de buena calidad mejorando esta última en un 66 % .Ha quedado demostrado que la realización de ECG en el H de Barbastro es deficitario lo cual trae aparejado problemas de diagnóstico (sobrevaloraciones de cardiopatías isquémicas, congénitas, adquiridas y hereditarias) con el consiguiente gasto sanitario. La realización de talleres prácticos ha demostrado ser una herramienta útil para mejorar los niveles de calidad del ECG . Si bien este trabajo es una muestra parcial, el problema es generalizado. Estos resultados generan la necesidad de llevar a cabo un proyecto de mejora con participación de cardiología, enfermería y los médicos en formación (MIR de familia).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Talleres prácticos de ECG por lo menos al 30 % de las enfermeras involucradas .Mejora de al menos de 30 % en la calidad .población diana 560 pacientes en 4 grupos(cada grupo de 70 pacientes pre y post talleres).Servicios involucrados en el proyecto : cardiología, mir de familia y enfermería. Servicios Diana: urgencias, UCI, Cardiología, plantas de hospitalización y electrocardiogramas prequirúrgicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Reunión de los miembros del equipo para unificar criterios 2-Creación de un protocolo de diagnóstico,la realización de talleres prácticos por lo menos al 30 % de las enfermeras involucradas 3- definir las áreas de trabajo (urgencias y CE de cardiología, incluida CEM, enfermería de prequirúrgico, UCI, 3, 4, 5, plantas izquierdas y derechas 4 asignación de sectores de trabajo(medico y enfermero por sector) estando cargo de cardiología las CE.5-Cada equipo realizara 70 casos (pre y post talleres)con una muestra total de 560 casos. 6-El objetivo de los talleres son los aspectos técnicos y metodológicos, incluyendo derivaciones especiales. Posterior a cada taller se entregará una planilla plastificada como protocolo y un lápiz dermográfico para el seguimiento de pacientes hospitalizados.7-Cada caso se registrará en la planilla Excel y se dejará constancia de 7 ítems 1) fecha 2) posición de precordiales 3) posición de las der. de los miembros 4) sector d 5) foto 6) limpieza 7) calidad . 8-Cada planilla Excel estará vinculada a una carpeta virtual con fotos de precordiales (pre y post-taller) y del ECG 9-Crear una base de datos del H Barbastro. I

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de cambio de limpieza % de mejora de colocación de precordiales % de mejora colocación de deriv. de los miembros % de pacientes con foto % de pacientes con lápiz dermográfico (urgencias, hospitalización y Uci) % de mejora en la calidad (considerando los ítems previos).Incremento en el 30 % de talleres a las enfermeras involucradas. Incremento del 30 % en la calidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
MAYO reunión del equipo .MAYO-JUNIO inicio de protocolo JUNIO-JULIO talleres prácticos SEPTIEMBRE –OCTUBRE protocolo post-taller NOVIEMBRE análisis de datos DICIEMBRE conclusiones

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0535 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL ECG EN EL H DE BARBASTRO. ECG 30/30

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0655 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

2. RESPONSABLE ..... DANIEL GRADOS SASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD SANZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· REINOSO RODOLFO EDUARDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· ROJAS FAVIO ANIBAL. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· MARTINEZ HUGUET CLAUDIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El desfibrilador automático implantable (DAI) es un dispositivo antiarrítmico, cuya principal función es proteger al paciente de la muerte súbita cardíaca arrítmica, debida a arritmias ventriculares que el aparato puede tratar de manera efectiva.
Los pacientes con cardiopatías, en especial los pacientes que padecen disfunción ventricular izquierda severa, corren el riesgo de sufrir una parada cardíaca a consecuencia de una arritmia ventricular (taquicardia ventricular o fibrilación ventricular). El DAI ha demostrado aumentar la supervivencia de manera significativa cuando se implanta en aquellos pacientes en los que está correctamente indicado, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica. El desfibrilador puede presentar alteraciones en su normal funcionamiento a consecuencia de los efectos de otros dispositivos presentes en el medio hospitalario (interferencias). En el quirófano el electobisturí puede generar interferencias y ocasionar que el DAI administre terapias y descargas inapropiadas. Es por ello que en este contexto se recomienda desactivar las terapias del desfibrilador y reactivarlas en el posoperatorio.
Cada vez es mayor el número de pacientes portadores de estos dispositivos en nuestro hospital y es también cada vez más frecuente que estos pacientes deban ser sometidos a procedimientos quirúrgicos.
Se han detectado por parte de Anestesiología y Cardiología casos repetidos de pacientes con desfibrilador que se enfrentan a una intervención quirúrgica sin una planificación adecuada previa del manejo de su dispositivo antiarrítmico. Se considera también fundamental aumentar el conocimiento y la concienciación de los profesionales sanitarios en nuestro hospital acerca del DAI y su correcto manejo perioperatorio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Casuística: Proyecto dirigido a la atención en el perioperatorio de los pacientes portadores de desfibrilador en el Sector de Barbastro
Resultados:
- resultados sobre la salud: mejora de la seguridad del paciente, prevención de complicaciones, mejora de la calidad de vida del paciente
- resultados en gestión: disminución de número de intervenciones pospuestas/demoradas en pacientes con DAI, reducción del número de ingresos por complicaciones, optimización de los recursos aplicados en estos pacientes, disminución del número de interconsultas a cardiología y de pruebas diagnósticas innecesarias
- resultados en los profesionales: aumento del conocimiento de los profesionales sanitarios del desfibrilador, incremento de seguridad y disminución de incertidumbre cuando se atiende a estos pacientes, implicación de diversos profesionales de distintas especialidades, mayor satisfacción en la atención prestada, mejora de la asistencia y control de los pacientes con DAI, continuidad asistencial del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividad: las actividades a desarrollar se fundamentan en:
-Información a profesionales sanitarios sobre el DAI y la importancia de su adecuado manejo y funcionamiento
- Control de pacientes portadores de DAI que deben ser intervenidos quirúrgicamente
- Creación de un algoritmo de actuación específico por parte de los profesionales sanitarios
- Recomendaciones generales de manejo perioperatorio y específicas en función del tipo de DAI

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración de documento informativo para profesionales sanitarios sobre del DAI y su funcionamiento
Número de intervenciones quirúrgicas en pacientes portadores de DAI
Número de complicaciones perioperatorias en relación al DAI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio proyecto en el segundo semestre 2018.
Plan de comunicación al hospital por medios de difusión internos
Plan de comunicación con especialidades quirúrgicas

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0655 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

Los pacientes portadores de DAI propuestos para cualquier tipo de cirugía programada (excepto la cirugía de cataratas) deberán ser derivados directamente a otros centros de referencia que cuenten con un Servicio de Cardiología donde dispongan de medios para la programación de los desfibriladores.
Los pacientes portadores de DAI que se deban intervenir de urgencia serán valorados por el servicio de Anestesiología que decidirá en función del tipo de cirugía.
Se crea una hoja informativa del DAI para profesionales sanitarios

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0898 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

2. RESPONSABLE ..... DANIEL GRADOS SASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESCAPA LAPLANA ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· RODRIGUEZ GUALDA CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· REINOSO RODOLFO EDUARDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· ROJAS FAVIO ANIBAL. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· PONS MATEO MONTSERRAT. MEDICO/A. H BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Un gran número de pacientes son derivados a consulta de Cardiología para estudio de dolor torácico y esto supone una carga de trabajo importante para nuestro servicio. El dolor torácico es un síntoma asociado a patologías potencialmente mortales como la cardiopatía isquémica. En otras ocasiones el dolor torácico tiene orígenes distintos y es necesario en estos pacientes descartar una enfermedad cardíaca como causante de los síntomas. Por ello, un adecuado manejo de esta entidad deberá basarse en una estratificación del riesgo del paciente y en alcanzar un equilibrio entre las pruebas invasivas innecesarias en pacientes de bajo/moderado riesgo (con ahorro de costes y de yatrogenia asociada) y las pruebas imprescindibles para un estudio adecuado y de calidad del paciente que lo precisa, de acuerdo a las guías de práctica clínica de Cardiología.
Las pruebas que es preciso solicitar en la mayoría de los casos son en primer lugar, un estudio de imagen cardíaca con ecocardiograma en reposo para descartar la presencia de cardiopatía estructural y en segundo lugar una prueba de detección de isquemia miocárdica (ergometría o prueba de esfuerzo). En función del riesgo del paciente además las guías recomiendan realización de prueba de esfuerzo con imagen en pico de esfuerzo o en postesfuerzo inmediato (ecocardiograma de esfuerzo: sensibilidad del 80-85% y especificidad del 80-88% frente al 40-50% de sensibilidad y 85% de especificidad de la ergometría convencional sin imagen)
Las particularidades geográficas de nuestro sector, con una población dispersa hace que los pacientes deban realizar viajes en muchas ocasiones largos para la realización de las pruebas diagnósticas y es preciso reducir el número de visitas en la medida de lo posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proyecto dirigido a la atención de los pacientes con dolor torácico estable en el Sector de Barbastro.
Se pretende realización de ecocardiograma y ergometría en una sola visita al hospital. Comunicación de los resultados al paciente y toma de decisión (alta o solicitud de coronariografía) en la misma visita

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividad: las actividades a desarrollar se fundamentan en:
- Realización en una única visita de 1) ecocardiograma basal, 2) ergometría (bien con eco en esfuezo o bien ergometría convencional y 3)toma de decisión y solicitud de pruebas invasivas si es el caso.
- Permitiría realización de prueba de detección de isquemia con imagen (ecocardiograma de estrés) en los casos que lo precisan (aquellos con una probabilidad pretest de cardiopatía isquémica del 66 al 85%) de acuerdo con las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR Y ESTÁNDAR
Número de ecocardiogramas realizados en esta consulta (número de ecocardiogramas que se libera de la lista de ecocardiograma convencional)
Número de días hasta realización de ergometría
Resultados:
- resultados sobre la salud: mejora de la seguridad del paciente, mejora de la calidad de vida del paciente, incremento de la satisfacción y calidad percibida
- resultados en gestión: disminución de número de visitas, reducción del número de ecocardiogramas pendientes. Se estima una reducción de 10-15 ecocardiogramas por semana (40-60 al mes)
- Disminución de la demora en la realización de la prueba de detección de isquemia.
- Resultados en los profesionales: aumento de la satisfacción de los profesionales sanitarios, aumento de eficiencia del trabajo realizado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio proyecto en el segundo semestre 2018.
Plan de comunicación al hospital por medios de difusión internos

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0898 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

Se pretende agilizar el proceso diagnóstico. Se pretende aumentar la satisfacción de los pacientes, incrementando la comodidad (resolución en una visita al hospital) y reducción del número de desplazamientos que tienen que realizar.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0986 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FERROPENIA EN INSUFICIENCICA CARDIACA

2. RESPONSABLE ..... FAVIO ANIBAL ROJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· GRADOS SASO DANIEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· REINOSO RODOLFO EDUARDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· MARTINEZ HUGET CLAUDIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· OLIVAR ORTEGA LORENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
· SAMITIER PUY MARIA JOSE. TCAE. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La insuficiencia cardíaca (IC) es la principal causa de ingreso hospitalario y de coste sanitario en los países desarrollados, sobre todo en pacientes ancianos. La IC genera en España más de 100.000 ingresos al año y supone aproximadamente el 2% de las visitas a urgencias, con una mortalidad anual del 10%. Los costes asociados a la IC alcanzan los 2.500 millones de euros anuales, que se consumen mayoritariamente en la hospitalización. La deficiencia crónica de hierro (Fe) con o sin anemia se ha asociado a peor pronóstico, disminución de la capacidad de esfuerzo y a daño potencial de los miocardiocitos. El hierro además de ser necesario para la eritroposyesis normal, es un constituyente de la mioglobina, que se halla tanto en el músculo esquelético como en el cardíaco. Actúa como reservorio de oxígeno facilitando la contracción muscular y recientemente, también se le adjudica un papel regulador de la función mitocondrial. El déficit de hierro no solo produce anemia sino que también afecta de forma adversa al metabolismo oxidativo, la carga energética de las células y al sistema inmunológico. Además, en pacientes con IC se han detectados niveles elevados de hepcidina, que regula el metabolismo del Fe; su aumento contribuye a reducir su absorción en el intestino. En un estudio reciente el déficit de Fe se estimó entre el 32 % y 52% en pacientes con IC, sin anemia. Dos estudios demostraron beneficio con aporte de hierro ev en pacientes con IC, con o sin anemia, con mejora de la capacidad de esfuerzo, la calidad de vida, reducen la hospitalización y reducción de los niveles de citocinas y NT-proBNP. En el estudio FAIR-HF, 459 pacientes con IC por disfunción sistólica (FE<40%), en CF II-III de la NYHA y déficit de Fe (ferritina <100 microg/L o entre 100 y 299 microg/L, si la saturación de transferrina era <20%), y Hb de entre 9,5 y 13,5 g/L, recibieron de forma aleatorizada, 200 mg de carboxymaltosa férrica ev semanal durante 6 meses o placebo. El aporte de ev de Fe se asoció a mejoría de la clase funcional de la NYHA y de la valoración personalizada de los síntomas de IC que eran el objetivo primario del estudio, y a mejoría de la capacidad de esfuerzo valorada con el test de 6 min y de la calidad de vida (objetivos secundarios). Un análisis secundario del estudio CONFIR-HF confirmó que el Fe iv reduce el riesgo de hospitalización en pacientes con IC con fracción de eyección disminuida. Las guías mencionan la posibilidad de tratamiento con Fe ev, para mejorar los síntomas, cuando se detecta déficit de Fe en pacientes con las características descritas en el apartado anterior.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende optimizar el tratamiento de la ferropenia en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección disminuida según las guías de insuficiencia cardiaca de la Sociedad Europea de Cardiología y la recomendación de expertos de la Sociedad Española de Cardiologia, y medir el impacto en hospitalización y calidad de vida.
También se pretende conocer la cantidad total de pacientes atendidos por el servicio de Cardiología que padecen ferropenia. Se estiman unos 30 casos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los pacientes visitados en consultas u hospitalizados en cardiologia con diagnostico de insuficiencia cardiaca y criterios de ferropenia según las guías de insuficiencia cardiaca de la Sociedad Europea de Cardiologia del año 2016 se trataran con hierro carboximaltosa según la recomendación de expertos de la Sociedad Española de Cardiología. La siguiente consulta externa programada del paciente se realizará con una analítica control y se completará el cuestionario.
Se realizará una revisión de historias clínicas en diciembre de 2018 para conocer las hospitalizaciones y se completará una base de datos para su posterior análisis.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se analizará el número de hospitalizaciones en los pacientes tratados.
Se analizará la respuesta subjetiva de los pacientes con un cuestionario simple diseñado ad hoc.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto en mayo de 2018
Reunión de inicio mayo de 2018
Finalización de inclusión de pacientes en diciembre de 2018
Carga y análisis de los datos desde enero y febrero de 2019
Comunicación en marzo de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0986 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FERROPENIA EN INSUFICIENCICA CARDIACA

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0129 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LAS HEMORROIDES MEDIANTE LIGADURAS ELASTICAS

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS PALLARES SEGURA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS
· CARRASQUER PUYAL AURORA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CUSTARDOY MOTILVA ANGEL LUIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CASALS GARRIGO RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GAVIN BERCERO JOSE MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CAMPO GALLARTA CESAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad hemorroidal representa una enfermedad de gran prevalencia en nuestro medio, próxima al 5%, y se acompaña de diversos síntomas que determinan un alto consumo de recursos en forma de consultas y tratamientos. El abanico terapéutico es amplio, desde medidas higienicodietéticas hasta tratamientos quirúrgicos, con una justificada fama de dolorosos. A medio camino se encuentran las técnicas instrumentales ambulatorias, y la ligadura elástica es una de las más empleadas en la actualidad. Esta técnica, aún poco difundida en los servicios de cirugía de nuestro entorno, ha demostrado su eficacia y reproducibilidad, y en una revisión Cochrane se sitúa como la técnica de primera elección en pacientes con hemorroides
grado I y II; así como grado III con comorbilidades. Las hemorroides grado I son aquellas de pequeño tamaño que no prolapsan pero suelen sangrar. Se consideran que son las más frecuentes. Las hemorroides grado II sobresalen al defecar pero se reintroducen espontáneamente, con el cese del esfuerzo y las grado III salen al defecar, y el paciente debe reintroducirlas manualmente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es ofrecer el tratamiento mas eficaz y con menos comorbilidad a los pacientes con hemorroides grado I y II que acudan a consultas de cirugía general. Realizando el diagnostico en la primera visita e iniciando el tratamiento mediante ligaduras. Requiriendose al menos dos sesiones de ligaduras por paciente de media.

La aplicación de este proyecto implicaría:
- Solución del problema sin requerir cirugía
- Menor morbilidad
- Menor perdida de calidad de vida
- Minimización del coste sanitario.
- Solución del problema de manera ambulatoria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El tratamiento habitual de la patología hemorroidal en nuestro centro es la quirúrgica. Se pretende completar la oferta con la inclusión del tratamiento mediante ligaduras de las hemorroides grado I y II.
Recursos necesarios:
- Valoración por un cirujano general.
- Consentimiento por parte del paciente.
- Anuscopia.
- Ligaduras de la marca: haemoband©. Rapidez y sencillez de uso.
- Sistema de aspiración.
- Valoración mediante encuesta previa y posterior al tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores serán:
- Porcentaje de ligaduras realizadas. Sesiones de ligaduras necesarias para completar el tratamiento.
- Mejoría de los sintomas, evaluados mediante encuesta previa y posterior al tratamiento. Cumplimentado los siguientes apartados:
o Dolor defecatorio: 1. Nunca; 2.Ocasionalmente; 3. Regularmente; 4.Habitualmente.
o Prolapso hemorroidal: 1. Nunca; 2.Ocasionalmente; 3. Regularmente; 4.Habitualmente.
o Sangrado: 1. Nunca; 2.Ocasionalmente; 3.Regularmente; 4.Habitualmente.
o Ensuciamiento: 1. Nunca; 2.Ocasionalmente; 3. Regularmente; 4.Habitualmente.
o Prurito: 1. Nunca; 2.Ocasionalmente; 3.Regularmente; 4.Habitualmente.

o Recomendación postligadura: ¿Recomendaría este procedimiento a otros pacientes afectados por patología hemorroidal? Si / No.

- Complicaciones: dolor incapacitante, sangrado abundante, trombosis.. que condiciona consulta en urgencias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se inicia en Febrero 2018 con una duración prevista de 1 año. Se incluirán los pacientes visitados

Proyecto: 2018_0129 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LAS HEMORROIDES MEDIANTE LIGADURAS ELASTICAS

en la consulta de cirugía general por patología hemorroidal susceptibles de dicho tratamiento. Coordinador: Jose Luis Pallares Segura.
El proyecto se evaluará y se comunicará en la Memoria del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital de Barbastro 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0218 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE UBIERGO MUNBIELA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ MURO SHEILA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PINTADO TORRECILLA MARINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· TRICAS CRAVER BEGOÑA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LAVIÑA LARDIES SONIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· FERRER MATEO SARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SALAMERO UBIERGO GEMMA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El aumento del número de pacientes portadores de estomas en los últimos años, ha generado la necesidad de crear un plan de actuación específico.

La instauración de una estoma produce una serie de reacciones en el paciente que comportan cambios importantes en su vida cotidiana, que conllevan alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, ritmo intestinal), cambios psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) por eso es importante acompañar durante todo el proceso a este tipo de usuarios para ayudarles adaptarse a esta nueva situación.

Ha quedado demostrado en diferentes estudios que la atención coordinada de enfermería entre los diversos niveles asistenciales mejora la adaptación y manejo de esta nueva situación por parte del paciente y/o cuidadores. Una ostomia es un largo proceso que comienza antes de la intervención quirúrgica y continúa hasta después de que las heridas han cicatrizado.

Ayudar a desarrollar esta capacidad de auto cuidado será primordial para que estos usuarios tengan mejores resultados en salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Crear una consulta de enfermería de estomaterapia para el control del paciente ostomizado en el Sector de Barbastro.

2. Establecer los criterios de derivación y / o inclusión a la consulta de enfermería de estomaterapia.

3. Revisión de los registros de enfermería hospitalarios que se realizan en los pacientes portadores de estoma.

4. Formación y coordinación con AP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Elección de un espacio donde se pueda visitar a los pacientes con estoma.
• Elección de una enfermera para desarrollar la consulta de estomaterapia.
• Crear una agenda para poder citar a los pacientes. Determinar que días se pasa consulta, cuanto tiempo se precisa para cada cita,etc..
• Crear una derivación en OMI (como proceso terapéutico) para que los profesionales puedan derivar a sus pacientes.
• Elección de criterios para incluir a los pacientes, cada cuanto se realizaran las visitas, el contenido educativo en cada una de las visitas,….
• Revisión de las guías en el cuidado de estoma y y determinar una guia para la educación de los pacientes.
• Revisión de las hojas de registro en planta de cirugía, para poder hacer una buena recogida de datos. Se prevé ponerse en contacto con la comisión de Historias clínicas del Hospital de Barbastro para poder validar la hoja resultante.
• Revisión del plan de cuidados del pacientes ostomizado.
• Abrir la consulta de enfermería para pacientes con estoma.
• Información/Formación a los profesionales de AP para que conozcan el nuevo servicio, formas de acceder a él, cuando pueden llamar para resolver dudas,……
• A los dos meses de la puesta en marcha de la consulta de enfermería para pacientes con estoma, se realizará una evaluación del servicio prestado en ese tiempo.
• Se iniciará un registro de los pacientes que se les realiza un estoma digestivo durante 2018.
• Análisis y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Nª de pacientes ostomizados atendidos en la consulta de estomaterapia.

Proyecto: 2018_0218 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

- Nº de de pacientes vistos primera visita en la consulta de estomaterapias.
- Nº de consultas telefónicas atendidas en la consulta de estomaterapia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo-18: Elección del espacio y la profesional
Abril-18: Creación agenda y derivación OMI (2 meses)
Mayo - septiembre -18: establecimiento de criterios, revisión de guias, registros y plan de cuidados.
Octubre-18: Puesta en marcha de la consulta.
Diciembre-18: información de la consulta en AP y evaluación del funcionamiento de la consulta.
Febreo-18: Evaluación del plan de mejora
Durante todo el año se registrarán todos los nuevos estomas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0320 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ESMERALDA FRANCES RAMI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SEIRA LLEDOS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GARCIA HIRALDO ISABEL MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· VALERO ASCASO EVA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LORENTE AIBAR MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANTOS BELINCHON CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CORTES BORBON LOURDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Consultando la legislación vigente que compete con nuestro trabajo diario de planta, nos encontramos con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.
Apartado o) El informe clínico de alta siempre que haya hospitalización.

En la planta de cirugía, hay varios procesos que se repiten frecuentemente a lo largo del tiempo, como pueden ser las hernioplastias, colecistectomias por laparoscopia, hemorroidectomias,.....El contar con un documento que de antemano ya enumerara los cuidados básicos que necesita cada proceso, acortaría mucho los tiempos de realizar un informe de cuidados de enfermería al alta y a unificaría el trabajo de las enfermeras en la planta de cirugía.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Unificar las recomendaciones que se dan en el informe de cuidados de enfermería al alta, en las patologías quirúrgicas más frecuentes en la planta de cirugía del Hospital de Barbastro.
Facilitar el trabajo de enfermería, al tener escritos de antemano los consejos en el informe de cuidados de enfermería al alta de los pacientes quirúrgicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Decidir en que procesos quirúrgicos se estandarizan el informe de cuidados de enfermería al alta
Revisión bibliográfica de las últimas recomendaciones,en cada uno de los procesos en los que se decida trabajar por parte del grupo de mejora .
Consensuar con el grupo de participantes que consejos se incluyen en el documento.
Junto con el servicio de informática del Hospital de Barbastro incluir dicho consejos, acordados por el grupo de mejora, en el documento.
Realizar charla informativa al resto del personal de enfermería de la planta de cirugía.
Tras la puesta en marcha de los informes de cuidados de enfermería al alta,con los consejos parametrizados, valorar la inclusión de nuevos procesos .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
aumento de un 20% del nº de altas de enfermería en la planta de cirugía durante 2018, en relación al nº de altas de enfermería realizadas en 2017.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Febrero de 2018: Constitución del grupo de trabajo para realizar la parametrización del informe de cuidados de enfermería al alta. Incio de la revisión bibliográfica en relación a los consejos que se dan a los pacientes.

Abril de 2018: Juntar todas las revisiones encotradas y acordar que consejos se incluyen para cada proceso .

Mayo de 2018: Junto con el servicio de informática del Hospital de Barbastro. Generar los archivos en HP- doctor para que todos los profesionales de enfermería puedan utilizarlo en la práctica diaria.

Junio de 2018:Charla informativa al resto de los profesionales de enfermería de la planta de cirugía para dar a conocer el contenido de las nuevas altas.

Julio de 2018 : Hacer un corte para valorar o no el aumento de las altas de enfermería en relación a las que se habían hecho en ese mismo periodo el año anterior.

Noviembre de 2018 hacer un segundo corte para valorar nº de altas realizadas. Valoración de los resultados obtenidos.

Proyecto: 2018_0320 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Diciembre de 2018:Valorar la inclusión de nuevos procesos quirúrgicos en las altas de enfermería.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que precisan intervencion quirurgica programada
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0232 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO D4EL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

2. RESPONSABLE ..... LAURA ALONSO AYERBE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUYAL MELE ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIRECCION
· CAMPO SIN ALICIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
· PUY FORADADA JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· GARCIA CLAU SUSANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
· BALLARIN GIMENEZ MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
· SATUE ARMENGOL OLIVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GRAU SANZ MARIA SOLEDAD. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La protección y seguridad para el trabajador, inoculación accidental, es una de nuestras áreas de mejora. Ya en noviembre de 2008 distintas organizaciones europeas comunicaron a la Comisión Europea su deseo de entablar negociaciones, con arreglo al artículo 138, apartado 4, y el artículo 139 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, con objeto de celebrar un Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario.
En el mes de julio de 2009 los interlocutores sociales europeos firmaron el texto del Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario.
Con posterioridad se han aplicado otras directivas respecto a la utilización de objetos punzantes o cortantes; como la directiva 2010/32/UE del consejo, de 10 de mayo de 2010, que aplica el acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. La Orden ESS/1451/2013, de 29 de Julio. Trasposición al ordenamiento jurídico nacional de la Directiva europea. La guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios, publicada 31 de Agosto 2015 por el ministerio de Sanidad.
Una de las medidas para evitar estos accidentes es el uso de sistemas de conectores cerrados sin agujas.
Por otro lado la disminución de las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter (CRBSI)
Según la GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION DE INFECCIONES RELACIONADAS CON EL CATETER INTRAVASCULAR (Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011 CDC)
Las válvulas para la inyección de medicamentos, administración de infusiones intrave¬nosas y recolección de muestras de sangre representan una posible puerta de entrada para los microorganismos en el acceso vascular de catéteres, estas válvulas deben taparse cuando no se usan. En general, los sistemas de acceso de catéter cerrado se asocian a menos CRBSI que los sistemas abiertos, y debieran usarse preferentemente.
El uso de los conectores de catéteres o válvulas mecánicas parece ser más eficaz, para re¬ducir la colonización del conector, que las llaves de paso y tapas. La recomendación de los fabricantes de este tipo de conectores es que deben usarse los desinfectantes apropiados para evitar la transmisión de micro¬bios a través de los conectores. La limpieza de estos conectores con una gasa impregnada en solución antiséptica es fácil, pero el exceso de trabajo y la falta de información podrían impedir el correcto funcionamiento de estos dispositivos.
La implantación del uso de conectores cerrados sin agujas en todo el hospital así como su correcto uso es el fundamento de este proyecto de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Implantar en todo el Hospital el uso de conectores libres de agujas
-Formación a todo el personal implicado en su uso correcto
- Disminuir el número de accidentes por instrumentos cortantes y punzantes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? -Análisis de la situación Abril 2018
? -Recoger datos previos sobre inoculaciones accidentales Consulta al Servicio de salud Laboral .Abril 2018
? -Formación a todo el personal relacionado con el uso de conectores libres de agujas (indicaciones, uso correcto, desinfección) mediante talleres realizados por el especialista en producto de las casas comerciales adjudicatarias. Mayo 2018
? -Refuerzo en la práctica diaria, del uso de estos dispositivos, en las diferentes unidades por los componentes del grupo de mejora. Mayo 2018
? -Elaboración de un póster para el correcto manejo de los dispositivos se colocaran en los cuartos de medicación de las plantas quirófanos urgencias CMA, radiología, Hospitales de Día, farmacia. Junio 2018
? -Implantación del uso de los dispositivos libres de agujas Mayo-Junio 2018
? -Diseño de un cuestionario para personal sobre el manejo de los dispositivos para evaluación de conocimientos y satisfacción. Junio2018
? -Se realizaran 2 cortes presénciales en todos los servicios donde se ha implantado el dispositivo, para realizar el seguimiento del correcto uso de los dispositivos. Septiembre y Diciembre 2018.
? -Recogida de datos tras la implantación de las inoculaciones accidentales Consulta al Servicio de Salud Laboral y análisis comparativo. Enfermera salud Laboral. Diciembre 2018
? -Análisis de resultados y diseño de acciones de mejora Febrero 2019
? -Difusión de los resultados Febrero 2019

Proyecto: 2018_0232 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO D4EL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? -Porcentaje de Unidades en las que se ha implantado el uso de sistemas de conectores cerrados. Resultado 100%
? -Enfermeras formadas en el uso de los conectores/total enfermeras usan estos dispositivos. Resultado= 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración y fechas previstas para llevar a cabo cada actividad están detalladas junto con las actividades propuestas en el apartado correspondiente a las mismas.
La duración del proyecto desde Abril del 2018 a Febrero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Engloba a todos los pacientes ingresados
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1019 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA USON ARQUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BIBIAN GETINO CLARA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ALONSO AYERBE LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PELEATO GISTAU PABLO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BORREL BORREL EVA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCES BIELSA SONIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FERNANDEZ FELIX MAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El paciente que analizamos se dibuja como un paciente de edad avanzada, pluripatológico, con alta mórbida/mortalidad, que suele presentar una situación de anemia crónica previa al ingreso, que se agrava debido al sangrado de la fractura ósea y a la posterior intervención quirúrgica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Disminuir la morbi/mortalidad de este grupo de pacientes, asociada a la anemia pre-fractura y peri-operatoria.
-Disminuir la morbi/mortalidad relacionada con el número elevado de transfusiones que se realizan en este grupo de pacientes, disminuyendo el número de transfusiones necesarias debido a un correcto tratamiento hospitalario de la anemia.
-Homogeneizar el control y tratamiento hospitalario de la anemia en este grupo de pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Realización de un protocolo de tratamiento de la anemia que se inicia al ingreso del paciente, conjuntamente los Servicio de Traumatología, Geriatría, Hematología y la unidad de Enfermería del Servicio de Traumatología. El protocolo de tratamiento dependería del valor de hemoglobina al ingreso del paciente:
Si la Hb>12:
-ácido fólico 5mg/24 horas VO durante el ingreso
-Ferinject 50mg dosis única
Si la Hb<12:
-Ácido Fólico 5mg/24 horas VO durante el ingreso
-Ferinject 50mg dosis única
-Eritropoyetina Beta 10.000 UI Subcutánea dosis única

-Sesiones informativas acerca del protocolo a los Servicios implicados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Valores de hematocrito y hemoglobina al ingreso del paciente.
-Valores de hematocrito y hemoglobina post operatorias.
-Valores de hematocrito y hemoglobina al alta del paciente.
-Número de transfusiones y nivel de Hematocrito y Hemoglobina en los que se realizan.
-Reacciones adversas relacionadas con las transfusiones realizadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-El protocolo de comenzó a instaurar en Julio de 2017 de forma paulatina.
-Fecha de inicio de control Julio 2018 hasta Diciembre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Fractura osteoporótica de cadera
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0287 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... PILAR SANCHEZ SALAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA CAZAÑA TAMARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. DERMATOLOGIA
· LUEZA LAMPURLANES CRISTINA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
· ARIÑO ALDABO CRISTINA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Con el objetivo de potenciar un sistema de asistencia y derivación directa desde Atención Primaria hasta el nivel hospitalario para pacientes con lesiones dermatológicas, el Hospital de Barbastro (Huesca) dispone de la Unidad de Teledermatología que, fue creada en el año 2007 y cuya actividad se ha implantado progresivamente con todos los centros de salud del Sector.
Una aplicación indiscutible es la utilización de la Teledermatología como método de cribado o selección de los pacientes con patología dermatológica no resuelta por el médico general y que le plantea a este último serias dudas en cuanto a que el paciente pueda esperar a la consulta ordinaria o que precise de una consulta urgente por el dermatólogo.
La Teledermatología evita desplazamientos de los pacientes y reduce los tiempos de espera para las consultas especializadas.
La Teledermatología es un tipo de consulta satisfactoria para los pacientes que se han sometido a ella. Asimismo, satisface a los médicos generales que solicitan las consultas especializadas a través de este sistema y constituye un buen sistema de comunicación y colaboración de los médicos de Atención Primaria con los de Especializada.
Creemos que el modelo de teleconsulta en Dermatología, dada las características demográficas y orográficas de nuestro Sector, puede mantenerse con rentabilidad y eficiencia clínicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos del proyecto son dar continuidad a la implementación de la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.
Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Aínsa, Castejón de Sos, Lafortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón…hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinenza, y próximamente Binéfar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Análisis diferido de imágenes.
El médico de Atención Primaria, desde los Centros de Salud seleccionados para este servicio, cumplimenta un formulario prefijado junto con varias imágenes clínicas y dermatoscópicas del paciente, dependiendo del tipo de lesión.

El dermatólogo revisa el caso y emite un informe con su opinión diagnóstica y/o terapéutica, que estará a disposición del médico consultante. Igualmente puede solicitar nuevos datos, exámenes complementarios, o visita convencional con el paciente si lo considera oportuno.
b) Teleformación.
Utilización de los sistemas de telecomunicación para la formación de los profesionales sanitarios e, incluso, de pacientes.
c) Formación presencial.
Presencia del dermatólogo y/o responsables del servicio de Informática en los centros de Salud para la formación clínica o técnica requerida en la implantación y seguimiento del sistema.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de teleconsultas que se resuelven sin visita presencial.
- Ratio número total de teleconsultas/ teleconsultas resueltas en un único acto médico, en general y también evaluado por centros de Salud.
- Tiempo medio de espera desde la petición de la teleconsulta hasta su realización.
- Concordancia entre el diagnóstico de sospecha emitido por el médico de Atención Primaria y el diagnóstico del especialista, como marcador de formación continuada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Evaluación de teleconsultas por el dermatólogo diariamente, según demanda, dentro de su jornada laboral.
Elaboración de informes para Atención Primaria de forma inmediata.
Jornadas de formación según requerimientos de los especialistas de Atención Primaria.

Proyecto: 2018_0287 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0778 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE HEPATITIS C DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... YAMAL HARB SAID
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTELLAR OTIN ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIRECCION
· AZNAR MUÑOZ ROBERTO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· BUSTOS MORELL CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· AURED DE LA SERNA ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· LALANA GARCES MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
· VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
reducir la aparición de nuevos casos de hepatitis C

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
realizar el abordaje diagnóstico-terapéutico de los casos aflorados con viremia positiva en nuestro sector sanitario, acorde al circuito definido en la estrategia autonómica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
equipo de trabajo multidisciplinario, creación de base de datos de pacientes con cualquier serología positiva vhc de nuestro laboratorio, contactar con los pacientes y ofrecerles la forma de contactar con el grupo de trabajo mediante correo o teléfono y la posibilidad de recibir tratamiento con agentes antivirales directos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
reuniones periódicas del grupo de trabajo(al menos trimestral) y evaluación de resultados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
inicio del programa en septiembre-octubre de 2018 sin fecha fija de finalización

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1514 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

2. RESPONSABLE ..... ISABEL AURED DE LA SERNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARELLANO CARRERA ROCIO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· COSCOJUELA QUIROGA ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· HARB SAID YAMAL. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Para cuantificar la fibrosis hepática el procedimiento que se utilizaba es la biopsia hepática,sin embargo ahora disponemos de otras opciones no invasivas para cuantificarla, como lo es el fibroscan o elastografía de transición (ET), las cuales son capaces de determinar el grado de fibrosis hepática y el estado de rigidez del hígado
En el Hospital de Barbastro disponemos de un fibroscan en préstamo cada 2-3 meses por parte de la industria farmacéutica. Anteriormente el paciente se desplazaba hasta Zaragoza para su realización en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. El resultado del fibroscan se registrará en la intranet lo que permitirá ver el resultado desde cualquier hospital de la comunidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La elaboración de un documento accesible en la intranet evitará tener el resultado en un papel térmico, en el cual la tinta desaparece con el tiempo y además puede ser causa de extravío ya que tiene unas dimensiones reducidas que facilitan su pérdida.
Así mismo se evitará repetir la prueba de forma innecesaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de un documento que valore los distintos grados de fibrosis con respecto al resultado obtenido en la prueba, fácilmente interpretable por cualquier médico que acceda a él.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Resultados informativos en la intranet: 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Julio-Agosto-18: realización de una plantilla estandar
-Septiembre-Octubre-18: contacto con el servicio de informática
-Noviembre 18: implementación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0067 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

2. RESPONSABLE ..... ELENA CASTELLAR OTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ MONTES FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· GUIRAL FERNANDEZ NURIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· BOLEA LADERAS LAURA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· GRADOS SASO DANIEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· PESQUER VILAS ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· PEYRET FERRER INMACULADA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
la Insuficiencia Cardiaca (IC) es un problema de salud de primer orden, de alta prevalencia, y de continuo crecimiento en el momento actual. El envejecimiento progresivo de la población es uno de los factores clave, y el gran impacto en la supervivencia de los procedimientos terapéuticos cardiacos, hacen que cada vez más personas sobrevivan a eventos cardiacos antes letales, pero pagando el precio de cifras de IC crecientes, y siendo una de las principales causas de dependencia y fragilidad.
Los ingresos hospitalarios por IC también son cada vez mayores, llegando a cifras de entre 10-15% del total de la patología médica, sobre todo en ancianos. Además, 1/3 de los reingresos son antes de los 90 días del alta. Suponen más de un 2% de las visitas a Urgencias. Por último, pero muy importante, la mortalidad de la IC es del 50% a los 5 años del diagnóstico.
Resaltar que la atención sanitaria de la IC se ve fraccionada entre niveles cuando se aplican las GPC en pacientes ancianos y/o con comorbilidades y pluripatología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- resultados sobre la salud: mejora de la calidad de vida del paciente, mejoría o mantenimiento de su clase funcional, mejora de la atención paliativa de la enfermedad
- resultados en gestión: disminución del número de visitas a Urgencias, reducción del número de ingresos por IC, reducción del número de reingresos, optimización de los recursos aplicados en estos pacientes, disminución del número de pruebas solicitadas innecesarias, uso eficiente de la medicación de hospital de día
- resultados en los profesionales: implicación en el proyecto que permite mayor satisfacción en la atención prestada, así como posibilidad de investigación y formación continuada, y por supuesto mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, sin pérdida de continuidad asistencial del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- control de pacientes que deben ser valorados en consulta de Medicina Interna (diagnóstico etiológico confirmado, no criterios de control en Cardiología, y pluripatología médica o más de 2 factores de riesgo cardiovascular que requieran control global)
- control de pacientes que deben ser valorados en consulta de Cardiología (afectación valvular y/o coronaria con previsible indicación quirúrgica, miocardiopatías hasta que se descarten de manera potencial técnicas específicas de tratamiento)
- consulta específica de Enfermería (recogida de la información, vigilancia de la adherencia al tratamiento, educación en hábitos de vida, educación en el autoajuste del tratamiento, etc)
- consulta telefónica y disponibilidad telemática
- asistencia en hospitalización cuando se requiera ingreso
- asesoramiento conjunto cuando la IC avanza a fase paliativa, así como apoyo al pacientes y familiares/cuidadores llegado el momento
- circuitos establecidos entre Atención Primaria y Atención Especializada para la derivación de pacientes, con papel de Enfermería. En las distintas UICs que ya funcionan en España hay protocolos y vías clínicas muy bien establecidos al respecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR y ESTÁNDAR
- Elaboración de documento informativo para pacientes y/o familiares sobre el funcionamiento y la normativa de la Unidad: SI
- Realización de actividades de prevención y promoción de la salud en la Consulta específica de Enfermería de forma periódica: mensual
- Desarrollo de un plan de medidas de instrucción al cuidador: SI
- Nº visitas a Urgencias por diagnóstico principal Insuficiencia Cardiaca: Reducción 30% respecto año previo
- Medida con escala validada de la gravedad del episodio de descompensación cuando acude a Urgencias : 90%
- Pacientes con mejora de calidad de vida (aumento de clase funcional NYHA): SI
- Existencia de algoritmo de coordinación y derivación de pacientes con Atención Primaria: SI
- % reingresos <30 días con diagnóstico principal de descompensación de insuficiencia cardiaca: Reducción 15%

Proyecto: 2018_0067 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

- % Consulta telefónica de Enfermería para control evolutivo al alta (test validado): 85%
- Sesiones conjuntas Medicina Interna/Cardiología: semanal

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio primer semestre 2018, continuación todo el año.
Evaluación trimestral y anual.
Plan de comunicación al resto del hospital por medios de difusión internos, y comunicación a Atención Primaria.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0945 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

2. RESPONSABLE ..... ANA LIDIA MEDRANO NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BURGASE ESTALLO IRENE MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS
· MENA GIMENO VIRGINIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS
· OLIVAR ORTEGA LORENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
· LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
· SAMITIER PUY MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
· NASARRE GER ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La mayoría de las determinaciones hormonales en endocrinología presentan peculiaridades derivadas de su composición, de su patrón de secreción, de la interferencia que sobre éste tienen en otras patologías, mientras que otras son atribuibles a la diversidad de metodologías utilizadas para su determinación y que comportan en muchos casos una gran disparidad en los valores de referencia para una misma hormona.
Todo ello junto con la posibilidad de valorar algunos elementos de los ejes hormonales, ha hecho que durante mucho tiempo los endocrinólogos tuvieran que recurrir a la realización de pruebas dinámicas para explorar la causa de una patología determinada.
En la actualidad el número y la diversidad de estas pruebas ha disminuido por varias razones: mejora de los métodos de medición, acortamiento del tiempo de respuesta de los resultados, implementación de nuevas pruebas de imagen que han facilitado la localización del origen de la patología, puesta apunto de nuevas herramientas diagnósticas.
Sin embargo algunas de estas pruebas siguen siendo imprescindibles para el diagnóstico y seguimiento de algunas patologías y en este sentido se ha decidido hacer una puesta al día de las más utilizadas, con el fin de facilitar un protocolo, su interpretación e inconvenientes y contraindicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Elaboración y actualización de los protocolos de pruebas funcionales en endocrinología.
- Aumentar la seguridad y disminuir riesgo de complicaciones y efectos secundarios en pruebas funcionales endocrinológicas.
- Optimizar el uso de las pruebas funcionales.
- Mejorar la información al paciente sobre la prueba funcional que se va a realizar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actualización y selección de pruebas funcionales que requieren su realización en la consulta diaria de endocrinología
Definición de indicaciones clave de las pruebas.
Elaboración de protocolo de cada una de las pruebas funcionales endocrinológicas.
Elaboración de consentimiento informado de nuevas pruebas funcionales.
Realización de reuniones informativas para el personal de enfermería del hospital de día donde se van a realizar cada una de las pruebas funcionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Elaboración y actualización de los protocolos de pruebas funcionales en endocrinología. ESTANDAR : Si
- Elaboración y mejora de los consentimiento informados de cada una de las pruebas funcionales y la información recibida por el pacientes. ESTANDAR: SI
- % De pacientes informados sobre la prueba funcional que se va a realizar: ESTANDAR > 80%
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/ total de profesionales por unidad : ESTANDAR > 80%
- Registro de reacciones adversas. ESTANDAR: SI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Realización de protocolos de pruebas funcionales endocrinológicas que se adjuntan en anexo 1: mes de marzo 2018-Septiembre 2018.
- Realización de reuniones informativas a personal sanitario de Hospital de día durante mes de Septiembre 2018.
-Implantación y puesta en marcha de nuevos protocolos a partir de septiembre-Octubre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0945 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1329 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

2. RESPONSABLE ..... FIDELA SOFIA MORA ALINS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LANAU SAZATORNIL PILAR. TCAE. H BARBASTRO. ESTERILIZACION
· FERNANDEZ GIL MARIA. TCAE. H BARBASTRO. ESTERILIZACION
· SOPENA PUYUELO ROSA. TCAE. H BARBASTRO. ESTERILIZACION
· LOPEZ REYES ELISA. TCAE. H BARBASTRO. ESTERILIZACION
· BUETAS CARRUESCO PAZ. TCAE. H BARBASTRO. ESTERILIZACION
· LAFUENTE MONZO BELEN. TCAE. H BARBASTRO. ESTERILIZACION
· DIAZ PEREZ JOSEFA DE LOS REYES. TCAE. H BARBASTRO. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Central de Esterilización es un servicio muy específico, en el que se precisa de personal adiestrado para mantener la calidad y seguridad en el trabajo, situación que nos exige además la norma ISO-9001. Por este motivo pensamos que es necesario la creación de un Manual de Acogida para el personal de nueva incorporación, en el que se detalle la distribución de las tareas de los diferentes procesos que se llevan a cabo en el servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad del trabajo realizado
Disminuir la rotación del personal inexperto en el servicio.
Utilizar los recursos de forma eficiente.
Garantizar la seguridad del paciente.
Disminuir la variabilidad en el trabajo.
Mantener la Certificacion ISO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración del Manual de Acogida
Elaborar un cronograma de tareas.
Elaboración de guías de Actuación de todos los procesos realizados.
Sesiones formativas para el personal
Diseño encuesta de satisfaccion.
Analisis de resultados y puesta en marcha de acciones de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración de Manual SI/NO
Elaboración de Guías SI/NO un cronograma de tareas
Nº personal nuevo en la Central
Nº de personas formadas/ Nº de total incorporadas
Indice satisfaccion del personal nuevo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Documento elaborado y colgado en la intranet. Oct 18
Sesiones formativas. Oct-18 a Enero-19
Satisfacción de los profesionales mediante encuesta. Febrero 18

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No patologia, contrato programa.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1078 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DELHOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ELISA MARIA SAHUN GARCIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUERA AGRAZ JAIME. TECNICO ANALISTA EN SISTEMAS DE LA INFORMACION. H BARBASTRO. INFORMATICA
· GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· GOMEZ RIVAS PAULA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· BUSTOS MORELL CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· FLORIAN GERICO JESUS. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El proyecto se enmarca en la participación del Hospital de Barbastro en la filosofía de la Red de Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios de Aragón, y en particular en las funciones de la Comisión de Información y Actualización en Farmacoterapia de Aragón:
- Proporcionar y difundir información de forma ágil, periódica y actualizada, basada en la evidencia científica, sobre el uso racional del medicamento y de los productos sanitarios al conjunto de profesionales y estructuras de la Red.
- Colaborar en el diseño y mantenimiento de las bases de datos que soportan las herramientas de ayuda a la prescripción en los sistemas corporativos de prescripción electrónica asistida del Servicio Aragonés de Salud.
Los constantes cambios y actualizaciones en la información de que debe disponer un profesional sanitario en su trabajo habitual hacen necesario un sistema ágil de acceso a la misma.
Desde el Servicio de Farmacia se detecta dificultad a la hora de buscar información cotidiana sobre fármacos disponibles, forma de administración, dosificación en poblaciones especiales, compatibilidad, dispensación extrahospitalaria, si ésta es con o sin visado, normativa al respecto, acceso a formularios, desabastecimientos y alertas.
Asimismo, cuando un paciente acude al Servicio de Urgencias, el médico que lo atiende precisa disponer de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital a mano para poder conciliar la medicación ambulatoria con la disponible en el Hospital.
Esta problemática también se ha suscitado en la Comisión del Sector de Barbastro para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios. Además, una de las funciones de esta comisión es difundir todos los acuerdos y actuaciones que sobre el Uso Racional del Medicamento se establezcan en el Sector, así como las decisiones y acuerdos que se adopten en la Comisión para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios de Aragón, y en la actualidad no se dispone de un cauce organizado para llevar a cabo dicha difusión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Facilitar el acceso a la información relacionada con la farmacoterapia, tanto científica como administrativa.
- Optimizar los recursos informáticos, disminuyendo el tiempo invertido en acceso a los mismos.
- Establecer un sistema ágil de difusión de la nueva información que pueda resultar de interés.
- Difundir las respuestas a las consultas más destacadas recibidas a través del Centro de Información del Medicamento (CIM) del Servicio de Farmacia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Elaboración de una plataforma unificada de acceso a la información farmacoterapéutica. Para ello será necesario:
- Recopilar y organizar todos los documentos y accesos relacionados con la farmacoterapia.
- Establecer coordinación y trabajo conjunto entre el Departamento de Informática y el Servicio de Farmacia: que la información esté disponible desde Intranet Sector Barbastro.
- Proceso dinámico: Se procederá a renovar los documentos y adjuntar nuevos a medida que sea necesario, de forma que todos los profesionales accedan a la información actualizada.

• Difundir toda la información entre los profesionales sanitarios mediante talleres o sesiones informativas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración de la plataforma SI/NO

Nº documentos insertados en la plataforma / Nº documentos actualmente dispersos

Nº Talleres/Sesiones de difusión con los distintos servicios

Nº de visitas a la plataforma

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Segundo trimestre: Recopilación y organización de los documentos y accesos. Elaboración de la plataforma.

Proyecto: 2018_1078 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DELHOSPITAL DE BARBASTRO

- Tercer trimestre: Difusión de la información.
- Cuarto trimestre: Evaluación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1081 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

2. RESPONSABLE ..... JUAN FRANCISCO GASTON AÑAÑOS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAHUN GARCIA ELISA MARIA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· GOMEZ RIVAS PAULA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· BUSTOS MORELL CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Sector Barbastro se caracteriza por la alta dispersión de la población atendida. Una proporción considerable de los pacientes del Sector precisan tratamientos con medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros). Este tipo de medicamentos, en general, de elevado impacto económico, de alta complejidad, y con necesidad de seguimiento especializado, solamente pueden ser dispensados en el Servicio de Farmacia del Hospital, según la legislación vigente.
Los pacientes por tanto deben desplazarse al Hospital para recoger sus medicamentos y recibir una atención especializada.
En Fraga cuentan con el Centro Sanitario Bajo Cinca, pero carece de las condiciones materiales y de personal requerido para el establecimiento de un Servicio de Farmacia, por lo cual dispone de un Depósito de Medicamentos, entre cuyas funciones no se encuentra legalmente contemplada la dispensación a pacientes externos.
Recientemente, dicho Depósito de Medicamentos ha pasado a depender del Servicio de Farmacia de Barbastro, donde se viene atendiendo históricamente a un relevante número de pacientes de la Comarca del Bajo Cinca, muchos de los cuales de carácter crónico.
Se pretende mejorar la satisfacción del usuario, en este caso el paciente, al acercar la Atención Farmacéutica Especializada, incluyendo la dispensación de sus medicamentos, a su lugar de residencia y evitar el actual y necesario desplazamiento hasta Barbastro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Facilitar el acceso a los pacientes de la Comarca del Bajo Cinca a la Atención Farmacéutica Especializada utilizando los recursos del SALUD, en este caso las instalaciones del Centro Sanitario Bajo Cinca y el personal del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro.

Mediante la apertura de una Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos en Fraga, atendida por personal farmacéutico especialista, extensión legal del Servicio de Farmacia de Barbastro, se atendería a los pacientes externos de la zona de Fraga ya en tratamiento, así como a los que lo inicien en adelante. Se comenzaría con 2 consultas mensuales, y se evaluará posteriormente si esta frecuencia se adapta a las necesidades de los pacientes.
Los pacientes se beneficiarían de una Atención Sanitaria Integral, puesto que además de recibir sus medicamentos, la dispensación se vería complementada con una entrevista clínica por parte de un farmacéutico especialista en la que se realizaría:
- Información sobre su patología y su tratamiento. Educación sanitaria sobre la forma de administración, la importancia del tratamiento o las posibles reacciones adversas.
- Conciliación de los nuevos medicamentos con su tratamiento habitual, incluidos los medicamentos sin receta o plantas medicinales. Detección de interacciones antes del inicio del tratamiento y recomendaciones sobre el mejor régimen posológico.
- Resolución de las dudas farmacoterapéuticas.
- Detección de efectos adversos y valoración de su gravedad.
- Comprobación de la adecuación del tratamiento acorde con los parámetros analíticos.
- Coordinación con los profesionales médicos, para valoración y seguimiento de incidencias que pueden surgir.
- Promoción y seguimiento de la adherencia al tratamiento para conseguir los mejores resultados en salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Apertura de una consulta de Atención Farmacéutica Especializada en el Centro Sanitario Bajo Cinca.
Dispensación de medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros), en el Centro Sanitario Bajo Cinca a los pacientes que por proximidad a su domicilio decidan ser atendidos allí, por personal Farmacéutico Especialista del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro, tal como indica la legislación vigente.
Coordinación con Admisión, para la gestión de una agenda de citas en la consulta.

Adecuación de las instalaciones y organización del aparato logístico para poder llevarlo a cabo.

Difusión de la información entre los pacientes y profesionales sanitarios

Proyecto: 2018_1081 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº consultas/año.

Nº dispensaciones/año.

Nº pacientes atendidos/año.

Encuesta de satisfacción de usuarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Segundo trimestre: Implantación de la consulta
- Tercer trimestre: Difusión de la información
- Cuarto trimestre: Evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIAS QUE PRECISAN DISPENSACION DE TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0808 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO FERRANDO LACARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde la unidad tratamos de mejorar las prácticas en cuidados paliativos y ser referencia tanto en el hospital como en el medio extrahospitalario de la atención a estos pacientes. Se trata de una necesidad creciente por la longevidad y elevada carga de morbilidad en nuestro medio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es registrar los pacientes valorados, evaluar la asistencia prestada y el seguimiento al alta desde primaria y ESAD, así como el adecuado registro de cara a futuras intervenciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Fomentar el conocimiento de la unidad mediante la comisión hospitalaria de cuidados paliativos. Detección de pacientes. Elaboración de informe de soporte de cuidados al alta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos, valoración geriátrica integral, soporte social, necesidades al alta, vía subcutánea, valoración por ESAD, reingreso, fallecimiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Registro del año 2018 completo. Primer trimestre de 2019 evaluación de resultados. Difusión de los mismos en comisión hospitalaria de cuidados paliativos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías en fase final de enfermedad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1316 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA (CONTINUACION)

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GRANDE MANJON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRANDO LACARTE IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
· GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO BAJO CINCA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El sd. fragilidad identifica a pacientes con riesgo de dependencia funcional. Se trata de pacientes que presentan una o varias enfermedades crónicas estables, autónomos para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) y autónomos o con algún tipo de dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (Índice Lawton y Brody).
Presentan un riesgo elevado de caídas y dependencia funcional.
Valoración mediante criterios clínicos, sociales, funcionales, detección de riesgo de caídas, desnutrición, polifarmacia, deterioro cognitivo, trastorno afectivo asociado.
Una vez identificados, se realiza plan de actuación mediante recomendaciones nutricionales, disminución de riesgo de caídas, polifarmacia y revisión de psicofármacos, ejercicio físico multicomponente (aeróbico, flexibilidad, fortalecimiento muscular, estabilidad).
Con este proyecto se pretende mejorar la actuación sobre este tipo de pacientes y de este modo mantener el mayor grado de autonomía y calidad de vida el mayor tiempo posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Detección de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría y cumplen criterios de sd. fragilidad
Registro de los mismo y descripción de datos sociodemográficos y clínicos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Identificar riesgo social - domicilio
o Valoración funcional para detectar riesgo o dependencia funcional mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.
o Valoración cognitiva/afectiva: Test Pfeiffer/MEC/escala depresión Yesavage.
- Realización analítica de sangre con parámetros nutricionales, función renal, hepática, metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina Definitivo, PTH, hemograma.
- Criterios clínicos (Fried)
- Valoración riesgo de caídas y test de ejecución.
- Material: Test citados previamente, analítica de sangre.
- Prescripción: ejercicio físico multicomponente, suplementación nutricional si está indicada, recomendaciones para minimizar riesgo de caídas, ajuste de psicofármacos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes detectados que cumplan criterios de sd. fragilidad.
- Valoración funcional en la primera consulta externa y controles sucesivos.
- Identificar número de visitas a urgencias u hospitalizaciones, así como institucionalización.
- Valorar polifarmacia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tras la experiencia de detección en 2017 recogida de pacientes suceptibles en consulta externa que cumplan criterios de sd. fragilidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0222 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

2. RESPONSABLE ..... PEDRO JOSE PAUL VIDALLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ROMERO QUEZADA LORIS LENDY. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· YUS CEBRIAN MARIA FLOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CORED NASARRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ESTEVE MORLAN MILAGROS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes anticoagulados con Sintrom requieren, con cierta frecuencia, extracciones dentarias o procedimientos dentarios menores.
Habitualmente estos pacientes son derivados desde su odontólogo o médico de atención primaria a Hematología para suspender temporalmente el tratamiento anticoagulante oral y realizar terapia puente con heparina de bajo peso molecular.
La suspensión del tratamiento anticoagulante oral comporta un aumento del riesgo trombótico, sobre todo en los pacientes de alto riesgo (prótesis mecánicas, trombofilias...).
Las guías internacionales actuales recomiendan NO SUSPENDER el tratamiento anticoagulante oral ante procedimientos de bajo riesgo hemorrágico (extracción dentaria única, limpieza bucal, etc...).
En el momento actual: el paciente va al dentista, es derivado a Hematología, donde se realiza pauta de suspensión y paso a HBPM, enviándola al Centro de Salud. El paciente debe acudir al centro de salud a recoger la pauta, y posteriormente al Hospital el día de la extracción para control INR. Finalmente se realiza la extracción.
Se pretende que el paciente, al acudir al dentista, reciba la pauta y únicamente se realice el control de INR en el centro de salud, 1 o 2 días antes de la extracción.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Evitar la suspensión temporal del tratamiento anticoagulante oral en pacientes que no lo requieren, disminuyendo de esta manera el riesgo trombótico asociado.
- Aplicar un documento consensuado con el Colegio de Odontólogos de Aragón para el manejo de estos pacientes.
- Disminuir la carga asistencial del Servicio de Hematología, de los Médicos de Atención Primaria y de los propios odontólogos; así como evitar viajes y consultas innecesarias a los pacientes anticoagulados.
- Ahorro económico al evitar la administración de HBPM cuando realmente no se precisa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se pretende elaborar un documento para el manejo de pacientes anticoagulados con Sintrom que precisan procedimientos o extracciones dentarias en nuestro sector sanitario, consensuado con el Colegio de Odontólogos pertinente.
Dicho documento debe incluir instrucciones sencillas sobre el procedimiento a seguir (no suspender Sintrom, cuándo realizar control de INR, medidas hemostáticas locales a realizar, precauciones y signos de alarma...), para su aplicación en el día a día por parte de los Odontólogos, sin tener que remitir a los pacientes al Servicio de Hematología o a Atención Primaria.

Una vez realizado el borrador del documento, se debería presentar a los Odontólogos de nuestro sector (breve charla, presentación de diapositivas), de manera que se pudiera establecer una comunicación bilateral para poder solventar dudas y escuchar aportaciones de los mismos.
Una vez aprobado el documento final, se remitiría a las Clínicas Odontológicas, Centros de Salud y/o pacientes de cara a su utilización en la práctica habitual.
Tras un periodo de aplicación, realizar una encuesta a los Odontólogos valorando el grado de cumplimiento del documento, el grado de satisfacción y las dudas/problemas que hayan surgido durante dicho periodo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de reducción del número de pacientes que acuden a Hematología para obtener pauta de Sintrom ante procedimientos dentales menores ((nº pacientes año estudio – nº pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
- Número de pacientes que presentan complicaciones en el procedimiento.
- Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores arriba señalados), los resultados de la encuesta realizada a los Odontólogos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración y calendario
- 2 meses: revisión bibliográfica y elaboración del borrador del documento.
- 2 meses: presentación del borrador a los odontólogos y Colegio de Odontología para consensuarlo y solventar dudas.

Proyecto: 2018_0222 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

- 6 meses: aplicación del documento en la práctica habitual.
- 2 meses: encuesta de satisfacción a Odontólogos y elaboración de un informe con los resultados obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

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

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2018_0263 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

2. RESPONSABLE ..... MARIA FLOR YUS CEBRIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ROMERO QUEZADA LORIS LENDY. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARTINEZ LAZARO BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ESTEVE MORLAN MILAGROS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes anticoagulados con Anticoagulantes antivitamina K (AVK) en ocasiones presentan multitud de dudas sobre el tratamiento, que normalmente solventan en la consulta de Hemostasia, pero consideramos que es importante que las principales cuestiones que les puedan surgir las tengan solventadas en una hoja informativa. Creemos que es fundamental que los pacientes anticoagulados con AVK conozcan los siguientes:

- La decuada toma de AVK y otros fármacos que deben tomar por procesos crónicos o intercurrentes. Los pacientes no deberían suprimir o añadir medicamentos sin el consentimiento de un facultativo.

- Debe ser de máxima importancia que los pacientes anticoagulados con AVK tengan claro que la dosis que deben de tomar es la indicada y solamente esa dosis. Deberían conocer que es peligroso aumentar o reducir la dosis sin instrucciones expresas de un facultativo.

- Los alimentos que pueden tomar. Muchas veces objetivamos que los pacientes evitan tomar verduras u otros alimentos ricos en vitamina K por miedo a que los controles no sean adecuados. No deberán efectuar cambios de importancia en su régimen alimenticio por el hecho de que se encuentren en tratamiento con AVK.

- Los pacientes deberían estar informados de los riesgos de tomar otros antiagregantes y anticoagulantes. También deberían estar atentos ante cualquier pérdida anormal de sangre (por encías, epistaxis incoercible, hematuria, melenas o rectorragia, grandes hematomas en la piel). En caso de apreciar alguno de los anteriores síntomas, debería acudir a su centro de Atención primaria o a Urgencias del hospital.

- En caso de enfermedad, con o sin fiebre, la presencia de diarreas, deberá indicarlo a su médico de atención primaria, o a su Hematológo.

- No deberían abusar de bebidas alcohólicas si se encuentran en tratamiento con AVK.

- Siempre que sea necesario que sean sometidos a procedimientos invasivos, deberán indicar que se encuentran en tratamiento anticoagulante, de manera que se les realice una pauta para la retirada del fármaco.

- No deberán administrarse inyecciones intramusculares por el riesgo de hematomas musculares, y si fuera preciso debería realizarse subcutáneo profundo.

- Si la paciente tuviera intención o se queda embarazada, debería indicarlo inmediatamente a su médico de Atención Primaria o Hematólogo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en tratamiento con AVK, disminuyendo la dependencia hospitalaria de estos pacientes.
- Evitar los riesgos derivados del desconocimiento de un adecuado manejo de AVK, y solventar todas las dudas potenciales en una hoja informativa que el paciente podrá tener en su domicilio.
- Intentar que el paciente no consulte otras fuentes no fidelignas que pueden conducir a riesgos para su salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- En la primera vista realizada a los pacientes que inician anticoagulación, el DUE encargado de la sección de Hemostasia, además de explicar al paciente el tratamiento con AVK, les facilitará una hoja informativa donde puedan solventar las principales dudas que puedan surgirle en su domicilio y en su día a día.
- Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes, que consistirá en la creación de una hoja informativa, que sea de fácil lectura y que sea comprensible por todos los pacientes, sean jóvenes o ancianos, con estudios básicos o universitarios.
- Se realizará un cuestionario de satisfacción a los pacientes del proceso.

Proyecto: 2018_0263 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de reducción del número de pacientes que presentan eventos adversos por la toma de AVK ((nº pacientes año estudio – nº de pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
- Número de pacientes que presentan complicaciones con el procedimiento.
- Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores anteriores), los resultados de la encuesta de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 1 meses: revisión bibliográfica y elaboración de un borrador sobre el procedimiento.
- 1 mes: presentación del borrador a Enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas.
- Junio-Agosto de 2018: Inicio del programa.
- Dos meses después del inicio del programa: Realizar un cuestionario de satisfacción en el que se evalúe la utilidad de la Hoja informativa.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0349 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... LORIS LENDY ROMERO QUEZADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· YUS CEBRIAN MARIA FLOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARTINEZ LAZARO BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· QUINTILLA BARBAJI MARIA JOSE. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ROMERO ARPA MILAGROS. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· OLIVA ARMISEN JOAQUIN. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los autoanalizadores de Hematimetría del Hospital de Barbastro se instalaron hace 5 años.
Durante el último año han precisado intervención por parte del Servicio Técnico con una frecuencia media de 3 veces al mes.
Pese a que el Servicio Técnico acude ante cualquier requerimiento de avería existe el riesgo, como ha ocurrido de modo excepcional, de avería simultanea de los autoanalizadores disponibles.
Existen actualmente versiones de autoanalizadores que aportan mayor información sobre patología hematológica y no hematológica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el equipamiento y los reactivos para realización de los hemogramas de todo el sector de Barbastro.
Mejorar la calidad de la información aportada por el autoanalizador para la valoración de anemias, detección de procesos hematológicos y no hematológicos.
Reducir el coste económico para la realización de dicha determinación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elaborará el pliego de especificaciones que deben cumplir las casas comerciales que opten al suministro de los autoanalizadores y reactivos.
Publicar las especificaciones requeridas.
Estudio de las características técnicas y su adaptación a las necesidades de nuestro Sector.
Realización del informe técnico.
Realización de cursos de formación de facultativos, técnicos y personal de enfermería del Laboratorio.
Implantación de los nuevos autoanalizadores.
Conexión al sistema Informático del Laboratorio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de reducción del número hemogramas que precisan repetición por errores de lectura.
Porcentaje de reducción de incidentes o averías que precisan asistencia técnica.
Reducción de costes por hemograma.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En el mes de mayo elaboración de las especificaciones técnicas
En junio comprobar las características de los autoanalizadores.
En julio-agosto elaborar un informe técnico con las conclusiones.
En octubre- noviembre implantación de los nuevos autoanalizadores y cursos de formación del personal.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda la patología que precise realización de hemograma
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0349 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Proyecto: 2018_0443 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ MARTINEZ LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARBERA PEREZ PAULA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· YUS CEBRIAL MARIA FLOR. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ROMERO QUEZADA LORIS LENDY. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GUARDIA DODORICO LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La transfusión de hemoderivados es una práctica frecuente en la práctica clínica, siendo indiscutible su beneficio.

A pesar del alto nivel de seguridad logrado con innovaciones técnicas incorporadas en cada fase de la cadena transfusional, no está exenta de riesgos (errores, reacciones transfusionales, sensibilizaciones, transmisión de enfermedades...). Es necesario considerar en cada caso los riesgos/beneficios de la transfusión.

Los hemoderivados son bienes escasos, y la práctica transfusional puede llegar a ser problemática ya que no existe un verdadero consenso acerca de sus indicaciones y éstas pueden variar en función de la condición clínica del paciente.

Se ha demostrado que el empleo de guías de transfusión favorece un uso óptimo de la misma, disminuyendo el número de unidades transfundidas de forma innecesaria y mejorando la atención al paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Unificar la práctica transfusional en los distintos servicios del Hospital.
- Consolidar y mejorar el nivel transfusional alcanzado.
- Seleccionar en cada caso el componente más adecuado.
- Evitar transfusiones innecesarias.
- Mejorar el manejo de las reacciones adversas transfusionales más frecuentes (agudas y tardías).
- Aumentar la tasa de notificación estandarizada de las reacciones transfusionales.
- Convertir esta guía en una herramienta habitual del trabajo diario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de Guía basada en evidencia científica disponible sobre transfusión de hemoderivados.
- Presentación de la Guía a nivel hospitalario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Evaluar la adecuación de la práctica transfusional a la guía de indicaciones realizada: nº hemoderivados transfundidos según la guía/nº hemoderivados totales.
- Determinar las reacciones adversas notificadas y si su manejo ha sido el adecuado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 2 meses: revisión bibliográfica y elaboración del borrador del documento.
- 1 mes: presentación y revisión del borrador a la Comisión de Transfusiones.
- 1 mes: elaboración de la versión definitiva del documento.
- 1 mes: Publicación de la Guía en Intranet y presentación en Sesión Hospitalaria.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CUALQUIER PATOLOGIA QUE PRECISE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0443 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS

Proyecto: 2018_0053 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

2. RESPONSABLE ..... ANA NASARRE GER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FABREGAS CANALES MARIA DOLORES. MEDICO/A. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA
· PINA SALVADOR JOSE MANUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA
· CHARRO CALVILLO MARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· SANCHEZ SALAS PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. DERMATOLOGIA
· BURGASE ESTALLO IRENE MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· BUSTOS MORELL CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· CASTELLAR OTIN ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto sociosanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinares (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,
- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada

Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:
- metodología clínica
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración
- consulta asistencial telefónica
- gestión de efectos adversos
- incidencias y adherencia terapéutica

El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería.
Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería
con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional
de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional
de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Proyecto: 2018_0053 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido
a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar
entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio marzo 2018.
Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HdDAM)
Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0212 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GRASA LANAU
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENDIARA BERBIELA YOLANDA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· SANZ CARDIEL ALICIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· CABRERO MAISONE NATALIA. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· CALVERA CALVERA ALICIA. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· ABADIA ORTIZ ESTER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El delirio es un problema tradicionalmente minusvalorado en el enfermo crítico, pero se presenta en un elevado número de pacientes ingresados en UCI y es, probablemente, la manifestación más frecuente de disfunción aguda del SNC. Las consecuencias del delirio, van mucho más allá de las derivadas de las conductas agresivas y autolesiones. Estudios recientes han demostrado que el delirio es uno de los principales factores determinantes de la estancia hospitalaria y la mortalidad a largo plazo de los pacientes ingresados en UCI.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La ausencia de evidencia probada sobre medidas de prevención farmacológica del delirio, hace que las medidas de prevención no farmacológica sean de vital importancia. Estas medidas están basadas en la creación de un ambiente lo menos hostil posible, la movilización temprana, la humanización del trato hacia el paciente y la familia, mantener al paciente orientado en tiempo y espacio y conectado en la medida de lo posible con el mundo exterior y la promoción de medidas para favorecer el descanso nocturno de modo natural. Dentro de este conjunto de medidas, el papel de la familia resulta también muy importante, tanto por la capacidad de colaboración en la prevención, como en la necesidad de que sean conscientes de que el fenómeno del delirio puede aparecer.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por loas miembros del grupo de mejora y en coordinación con la jefatura de servicio y la supervisora de enfermería, para la elaboración de un protocolo de actuación para la prevención el delirio mediante medidas no farmacológicas.
- Realización de sesiones para la formación y concienciación de todo el personal de la unidad, en todas sus categorías (FEA, enfermería, TCAE, celadores), de la importancia de la prevención del delirio.
- Vigilancia, por parte de los miembros del grupo de mejora, del cumplimiento de las medidas propuestas.
- Elaboración de un folleto informativo para las familias de los pacientes, conteniendo información sobre el concepto de delirio, las medidas implementadas por el personal para su prevención y sobre como la familia puede colaborar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Elaboración de un protocolo de medidas de prevención no farmacológicas. ESTANDAR: Si
- Realización de sesiones de formación y concienciación sobre el delirio en el paciente crítico y las medidas de prevención. ESTANDAR: Si
- Numero de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: ESTANDAR >80%
- Elaboración de un folleto informativo para las familias. ESTANDAR: Si
- Número de folletos entregados/numero de ingresos. ESTANDAR >80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración del protocolo: mayo 2018
- Elaboración del folleto informativo para las familias: abril 2018
- Comienzo de reparto del folleto de información a las familias: mayo 2018
- Sesiones de formación y concienciación para el personal de la unidad y presentación del protocolo: mayo – junio 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente crítico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0212 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0351 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MARIA LOPEZ GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· COSCUJUELA ROMAN ELIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· SANZ BERROY ASCENSION. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· ALBAS MAZA RAUL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
· NOGUES GARCIA LAIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las muertes por PCR son un problema de primera magnitud para la salud pública. Se estima que en España cada año son susceptibles de RCP entre un 0,4-2% de los ingresados. Hasta un 50% de las PCR hospitalarias ocurren fuera de las áreas de críticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir la mortalidad y morbilidad que genera la PCR intrahospitalaria.
- Plan de formación de protocolos de RCP y Soporte Vital en los equipos sanitarios y no sanitarios del hospital que puedan actuar como primer intervinientes.
- Detección de pacientes en riesgo de PCR y su prevención
- Definir la cadena de supervivencia y protocolo de asistencia integral.
- Estrategias favorecedoras la desfibrilación temprana

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Programas de formación de SVB, SBA y SVB Instrumentalizado.
- Talleres de uso y manejo de los monitores-desfibriladores en cada campo asistencial.
- Revisión de material del carro de paradas así como las tomas de oxígeno y aspiración adecuadas.
- Unificar protocolos de actuación intrahospitalario ante una situación de PCR
- Reunir en un listado unificado del material necesario para la asistencia de la PCR y soporte vital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº episodios PCR
- Nº exitus / Nº episodios PCR
- Tiempo hasta la desfibrilación en ritmo desfibrilables
- Tiempo en recibir SVA tras activación de equipo de emergencias (intensivista de guardia + DUE de medicina intensiva)
- Nº pacientes con recuperación de la circulación espontánea / Nº episodios PCR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde el 1 Mayo de 2018 hasta el 1 de Diciembre de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Parada Cardiorrespiratoria reanimable
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0062 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MEDRANO MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEYRET FERRER INMACULADA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· BUIL CORONAS SONIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· GUIRAL FERNANDEZ NURIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· MILLAN GARCIA JOSE RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
· ZUERAS BERNAD TERESA. TCAE. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· DOMPER BUIL ASUNCION. CELADOR/A. H BARBASTRO. CELADORES/AS
· ABAD RUIZ ALODIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H BARBASTRO. SALUD MENTAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Necesidad de regular y controlar la indicación y cuidados de las sujeciones físicas .
Debido a las características demográficas de nuestra comunidad Demanda de los profesionales, preocupación sanitaria y responsabilidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
REGULAR EL USO DE LAS SUJECIONES FÍSICAS EN NUESTRO CENTRO HOPITALARIO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y CONDUCTAS DISRUPTIVAS. (Transtorno del comportamiento que puede producir daño o lesión a sí mismo, a otras personas o en el entorno)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión de protocolos de Sujeciones Físicas
Difusión del protocolo y la implementación del mismo
Elaboración de hojas de registro de indicación y cuidados
Recogida de datos pre-implementación o post.
Curso de formación del personal
Difusion de las medidas adoptar y puesta en marcha
Implementación del protocolo
Evaluación del protocolo
El número de reuniones previsibles anuales de todo el equipo serán 4

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fórmula:
Nº de pacientes con sujeciones y consentimiento informado
indicación médica y hojas de cuidados enfermeros _____ X 100
Nº de pacientes con sujeciones
Fuente de datos :
Registro de personal asistencial
Estándar 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración 3 años y medio
Inicio abril del 2015
Fin noviembre del 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0300 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

2. RESPONSABLE ..... LAURA BOLEA LADERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUSTOS MORELL CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· CASTELLAR OTIN ELENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· BAGÜESTE MORAN PATRICIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· PARDINA GARCIA ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· NASARRE CANCER INES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· BALLABRIGA GONZALEZ VIRGINIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El paciente crónico complejo (PCC) es un paciente con múltiples enfermedades crónicas, que presenta frecuentes agudizaciones y descompensaciones de las mismas, lo que genera un alto consumo de recursos asistenciales (numerosas visitas a su centro de Atención Primaria y/o Servicios de Urgencias, ingresos hospitalarios, realización de pruebas complementarias y polifarmacia).
La medicación se considera la primera causa de reacciones adversas derivadas de la asistencia sanitaria, por lo que podría ser adecuado plantear una revisión de la situación enfocada hacia el paciente crónico complejo, que por sus características, puede tratarse de un grupo muy vulnerable en este sentido y por tanto, beneficiarse ampliamente de esta atención. El desarrollo reciente de la Unidad del Crónico Complejo (UCC) en el Hospital de Barbastro pone de manifiesto esta realidad, habiendo detectado con frecuencia diversas situaciones (reacciones adversas a medicamentos, cambios en los objetivos terapéuticos, ausencia de efectividad del tratamiento etc) que hacen necesario un análisis objetivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se realizará una revisión clínica de la medicación a cada uno de los pacientes que realicen seguimiento por la unidad, con al menos 2 o más consultas realizadas en la misma. Esta revisión consistirá en verificar la indicación de cada fármaco en relación con las patologías que tiene el paciente, su adecuación (por edad o condiciones clínicas como la insuficiencia renal) y en la detección de reacciones adversas, todo ello con la finalidad de decidir si es necesario continuar o retirar alguno de estos medicamentos (desprescripción). Además del juicio clínico, se empleará como herramienta explícita los criterios STOPP (Criterios STOPP-STAR).
El objetivo principal será el de mejorar la seguridad del paciente crónico complejo mediante la suspensión de medicación que no necesite así como la detección y resolución de reacciones adversas. Otros objetivos serán los de mejorar la adherencia al tratamiento y su calidad de vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará en la consulta de la unidad ubicada en la 4ª planta izquierda donde a partir de la 2ª consulta, se realizará una revisión clínica de la medicación y detección de posibles reacciones adversas, priorizando la retirada de medicamentos sospechosos de haber ocasionado la reacción adversa o ya no estén indicados. Se elaborará un informe escrito que se facilitará al paciente y/o cuidador principal además de la explicación verbal de los motivos por los que se suspende y los posibles efectos adversos derivados de su suspensión, procurando resolver las dudas que puedan aparecer de esta acción. En las siguientes visitas, se evaluará la situación clínica del paciente con el fin de detectar problemas derivados de su suspensión como un efecto rebote, la reaparición de la enfermedad subyacente o un síndrome de retirada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Porcentaje de pacientes atendidos en la Unidad en los que se ha realizado una revisión de su tratamiento farmacológico con aplicación de los criterios STOPP.
-Porcentaje de pacientes en los que se ha realizado modificación de su tratamiento farmacológico habitual.
-Porcentaje de pacientes en los que se han detectado la aparición de problemas derivados de la modificación de tratamiento.
-Se elaborará un informe que contenga los resultados de los indicadores previamente expuestos y además, los grupos de fármacos que más frecuentemente han motivado su modificación/suspensión

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio el 1 de junio del 2018 con duración de 1 año en total, realizando un primer subanálisis a los 6 meses del comienzo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos

Proyecto: 2018_0300 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades crónicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0890 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO Y PREVENCION SECUNDARIA AL ALTA TRAS UN SINDROME CORONARIO AGUDO

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA MARTINEZ HUGUET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRADOS SASO DANIEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· ROJAS FAVIO ANIBAL. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· BAGÜESTE MORAN PATRICIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA
· REINOSO RODOLFO EDUARDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En todo el mundo la enfermedad coronaria es la causa mas frecuente de muerte y su frecuencia está en aumento. Se ha conseguido reducir la mortalidad mediante terapias de reperfusión, la intervención percutánea coronaria, el tratamiento antitrombótico moderno y la prevención secundaria. La baja adherencia al tratamiento es un impedimento importante para alcanzar los objetivos óptimos del tratamiento y se asocia con peores resultados. El retraso en el seguimiento del paciente ambulatorio tras un IAM lleva a una peor adherencia al tratamiento a corto y largo plazo. Además, durante la hospitalización, el tiempo para implementar medidas de prevención secundaria es muy corto y, por ello, es fundamental la colaboración estrecha entre el cardiólogo y el medico de atención primaria. Los hábitos de vida no son fáciles de cambiar, por lo que la puesta en práctica y el seguimiento de los cambios en el estilo de vida son una tarea a largo plazo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la comunicación mediante información clara, simplificar los regimenes de tratamiento, compartir las decisiones e implementar la monitorización y el seguimiento periódicos es una estrategia que debemos priorizar para mejorar la atención de estos pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión de la literatura y elaboración de recomendaciones concretas en función de las características y comorbilidades de cada paciente. No basaremos fundamentalmente en la guía española de cardiología del año 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizar una plantilla en Hp doctor con las recomendaciones específicas para agregar en el informe de alta la información de forma clara y concisa en base a las características de cada paciente. Posteriormente, realizar una recogida de datos para comprobar si se alcanzan los objetivos mediante la revisión de los pacientes en consultas y comprobar si los pacientes modifican los hábitos de estilo de vida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril 2018 elaboración de la recomendaciones con implantación progresiva en pacientes que ingresen por síndrome coronario agudo. Septiembre de 2018 recogida de datos para comprobar su cumplimiento.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2018_1485 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA MULTIDISCIPLINAR EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA UVEITIS EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... ALVARO CECILIO IRAZOLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUFAS RIBAS MARIA CARMEN. MEDICO/A. H BARBASTRO. OFTALMOLOGIA
· FABREGAS CANALES MARIA DOLORES. MEDICO/A. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La uveítis representa un grupo heterogéneo de enfermedades intraoculares que afectan a úvea, retina, nervio óptico y vítreo. Su prevalencia se estima en 38 casos por 100.000 habitantes. Es particularmente frecuente en pacientes jóvenes (la edad media es de 40 años). Es la cuarta causa de ceguera entre la población en edad laboral.
Dado que el diagnóstico final de la etiología de una uveítis puede comprometer varias especialidades, el retraso en dicho proceso aumenta el riesgo de daños irreversibles. El alto porcentaje de pacientes con uveítis que presentan enfermedades sistémicas o infecciones implica la necesidad del abordaje interdisciplinar para su diagnóstico y correcto tratamiento. ítem más, la distinción entre procesos de origen reumatológico (que pueden precisar tratamiento inmunosupresor) e infeccioso es fundamental para una adecuada resolución de la enfermedad, así como para evitar comorbilidades y efectos secundarios del tratamiento pautado.
Por estos motivos, se considera de utilidad la creación de una consulta interdisciplinar para un manejo de las uveítis con criterios de calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Crear una consulta interdisciplinar de uveítis para abordar el diagnóstico y tratamiento de esta patología de forma integral entre Reumatología, Oftalmología y Medicina Interna-Infecciosas.
• Elaborar un protocolo de actuación para su implementación en la asistencia hospitalaria (urgente y/o programada) en el Sector Sanitario de Barbastro con respecto a esta patología.
• Disminuir la reiteración de consultas externas de las especialidades implicadas en manejo precoz de las uveítis agudas.
• Optimizar el empleo de las técnicas diagnósticas orientadas a esta patología.
• Entrar a formar parte del Equipo de Uveítis de Aragón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión bibliográfica actualizada del manejo diagnóstico y terapéutico de las uveítis.
Consulta mensual específica de uveítis con la participación de los responsables del proyecto.
Actividad de comunicación en distintos ámbitos asistenciales del protocolo creado al respecto: Medicina Interna, Urgencias, Atención Primaria una vez al semestre.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número total de episodios valorados conforme al protocolo por trimestre.
Consumo de recursos estructurales anuales: laboratorio propio, laboratorio externo, pruebas de Radiología, angiografías fluoresceínicas, OCT, pruebas de imagen oftalmológicas en otros centros.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión bibliográfica y generación del protocolo: un mes;
Inicio de la consulta interdisciplinar: duración inicial de 12 meses, reevaluación de los indicadores y prórrogas anuales, estableciéndose como una consulta monográfica de la cartera de Servicios del Hospital de Barbastro.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0154 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

2. RESPONSABLE ..... MONICA VALDERRAMA RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUSTOS MORELL CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
· SAHUN GARCIA ELISA MARIA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente hay un circuito implementado por parte de Medicina Preventiva, Farmacia y Atención Primaria para vacunar a pacientes de riesgo. Cuando hay un paciente susceptible de vacunación según el protocolo de Medicina Preventiva, Primaria y Especializada hospitalaria solicitan valoración a Preventiva, la cual realiza los informes con la información obtenida por intranet hospitalaria e historia clínica electrónica; Farmacia suministra las vacunas a los pacientes directamente como pacientes externos, previamente Primaria confirma la información recogida electrónicamente directamente con el paciente por si hay registros en papel que desconoce Preventiva y, administra las vacunas que Farmacia le dispensa al paciente.
Al no poder historiar al paciente directamente, se han detectado las siguientes incidencias:
1. No se puede contrastar la información ni tomar decisiones teniendo que redactar los informes con instrucciones condicionales, lo que conlleva aumento de la carga de trabajo para Preventiva y Primaria.
2. Farmacia ha visto aumentada su carga de trabajo y no siempre acuden los pacientes con las serologías realizadas previamente a las vacunaciones o con la información cotejada por parte del médico de Primaria.
3. No se tiene la seguridad de que los pacientes conserven la cadena de frío necesaria para que las vacunas no pierdan eficacia.
4. Primaria también ve incrementado su trabajo asistencial así como presenta dudas sobre la administración de vacunas que revierten en consultas a Preventiva tanto telefónicas como telemáticas.
Todo ello hace que se hayan detectado oportunidades de mejora a todos los niveles si se implanta consulta de vacunación en nuestro hospital.
El incremento de pacientes en estado de inmunosupresión, bien por patologías o por prescripción de tratamientos inmunosupresores, cada vez más agresivos, y la necesidad del resto de especialistas de cumplir con las indicaciones de vacunación recomendadas tanto por parte de los laboratorios productores de dichos fármacos y sus sociedades médicas, ha hecho que se incremente la solicitud de vacunación, y pasemos en 2016 de 120 informes realizados, a 230 en 2017, aproximadamente el doble.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con la implantación de la consulta se conseguiría:
1. Una mejora de la gestión del proceso en el paciente, ya que sería una gestión integral por parte de Medicina Preventiva, controlando todo el proceso, desde la prescripción hasta la administración y controles posteriores.
2. Una mejora en seguridad del paciente respecto a la conservación y suministro de las vacunas, manejo de las administraciones, así como supervisión de los controles analíticos.
3. Un incremento y mejora de la oferta de la cartera de servicios del hospital, ya que el Hospital de Barbastro junto con el Hospital Provincial de Zaragoza son los únicos hospitales de agudos del Salud que no tienen consulta de vacunación –el Provincial de Zaragoza los remite al Hospital Royo Villanova- mejorando por ende la imagen del hospital.
Población diana: toda la población del Sector de Barbastro en riesgo de inmunosupresión, por patología o por fármacos, susceptible de vacunación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Implementar consulta de vacunación en el Hospital con la colaboración de Farmacia, valorando necesidades de cobertura y almacenamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador de monitorización de proyecto:
- implementación de consulta. Estándar SI
Indicador de resultados:
- porcentaje de pacientes con gestión integral del programa de vacunaciones: nº de pacientes que concluyen el programa de vacunaciones en consulta de Preventiva / nº de pacientes que inician programa de vacunaciones en consulta de Preventiva. Estándar >90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implementación en 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0154 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías y prescripciones susceptibles de producir inmunosupresión
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1171 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

2. RESPONSABLE ..... MARIA SAGRARIO BALDA MANZANOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· ARAZO SOLANA EVA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· BUIL TORO MARIA LUZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· CORONAS JUSTE MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· GAIRIN NICOLAU OTILIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· LARRAMONA BALLARIN RITA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· RASO BUERBA TERESA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) tienen mayor riesgo de hospitalización por infecciones que la población general, y en España las enfermedades infecciosas son las causantes del 15% al 20% de las muertes de enfermos en diálisis. Entre las infecciones que presentan mayor riesgo para estos pacientes se encuentran algunas que son prevenibles mediante vacunas, como la hepatitis B, las infecciones neumocócicas y la gripe.
La vacunación de pacientes en insuficiencia renal debe enmarcarse dentro de las estrategias de vacunación de los adultos. De modo genérico, el ámbito natural de vacunación de los adultos es la atención primaria de salud; sin embargo, no deben desaprovecharse otras oportunidades para mejorar las coberturas mediante la vacunación en otros ámbitos. En el caso de pacientes con patologías de cierta complejidad como son aquellos con insuficiencia renal crónica avanzada, que es posible que precisen diálisis o trasplante renal, la inmunización en el ámbito de la atención especializada resulta necesaria para conseguir mejores coberturas y seguimiento.
La vacunación precoz de pacientes con deterioro progresivo de la función renal tiene capital importancia, por las siguientes razones:
• La respuesta a la vacunación es mejor si se realiza en estadios más precoces de ERC por una más favorable situación del sistema inmune.
• Protección frente a potenciales situaciones de riesgo, como es la exposición en el ambiente hospitalario y en el de hemodiálisis.
• Posibilidades de empleo de vacunas atenuadas, genéricamente contraindicadas tras el trasplante renal, que se realizará en buena proporción de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar la respuesta a las vacunas y establecer una prevención estructurada en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, que serán potencialmente subsidiarios de recibir diálisis o trasplante renal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades del FEA Nefrología-Preventiva:
• Establecimento del calendario vacunal apropiado y prescripción de vacunas para cada paciente, en función de sus susceptibilidades y en previsión de su posible terapia renal sustitutiva futura.
• Evaluación de la respuesta inmunológica y necesidad de recuerdo de vacunación.
• Evaluación del registro de base de datos.
Actividades de Enfermería
• Administración de vacunas prescritas
• Registro del calendario vacunal en la historia del paciente y en base de datos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de actividad realizada con periodicidad trimestral en base de datos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Mayo 2018
Fecha de evaluación: periodicidad anual.

9. OBSERVACIONES.
Dada la limitación del número de componentes del equipo de mejora, no ha sido posible incluir al personal de enfermería de hemodiálisis completo, que participará en el proyecto.
Serán componentes participativos: CAROLINA LACORT CASTRO, MARIA JESUS LATORRE SANVICENTE, CONCEPCIÓN DAGARRA NADAL Y LAURA MORA ROLDÁN, en addición de los previamente incluidos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2018_1171 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1474 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ..... LAURA MORA ROLDAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· RASO BUERBA TERESA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· RAMOS ESPAÑOL PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEFROLOGIA
· LACORT CASTRO CAROLINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· GAIRIN LACAMBRA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· SAMPER ENCINAS NURIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La utilización de catéteres venosos centrales (CVC) ha aumentado progresivamente en los pacientes en hemodiálisis (HD); sin embargo, van asociados a mayores complicaciones, tanto trombóticas como infecciosas. Por eso es necesario y recomendable, de acuerdo con las guías nacionales, el manejo y seguimiento por personal especializado en hemodiálsis, que realice los cuidados pertinentes, tanto diarios como de las complicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Evitar y detectar de manera temprana las infecciones asociadas al catéter central en los pacientes de hemodiálisis en el Servicio de Hemodialisis de Barbastro.
- Elaborar y validar un sistema de gradación sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaborar y validar un sistema de gradación sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis para aplicar en las sesiones diarias y el trabajo en equipo del departamento de hemodialisis.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Densidad de incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter venoso tunelizado (número de bacteriemias relacionadas con el catéter venoso tunelizado/1.000 días de uso del catéter venoso tunelizado)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de inicio Junio 2018.
Fecha prevista de finalización Junio 2019.
Desarrollo del sistema de gradación por Enfermería de Hemodialisis (Junio-Octubre 2018)
Evaluación del tratamiento de infecciones por FEA Nefrologia, hasta fecha de finalización.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0823 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... ERICA LEON SUBIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA CARRASCAL YOJANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· VIÑADO MAÑES CLARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· GARCIA SOLANS MERCEDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· MARTIN ALOS PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes con asma grave no controlada (AGNC) requieren múltiples fármacos y a altas dosis. Supone un gran consumo de recursos. En España, un paciente con asma supone un coste anual de 1950 €/paciente llegando a 2728 € en asma grave.
En los últimos escalones de las guías de práctica clínica está aprobado el uso de terapias biológicas en este grupo de pacientes las cuales han demostrado un buen control de síntomas, mejora en la calidad de vida y además son coste-efectivas. Sin embargo, en nuestro hospital, la cifra de pacientes con AGNC se encuentra infraestimada. Hemos detectado en la práctica diaria, una gran incidencia de esta patología. Realizamos una búsqueda de los pacientes con este criterio no llegando a una n clara debido a falta de codificación de la misma. Por otro lado, contamos con el registro de pacientes con terapias biológicas (2 pacientes con mepolizumab y, al menos, 13 con omalizumab) que se encuentra desactualizado. Del mismo modo, estos pacientes llevan un seguimiento errático.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto radica en filiar todos los AGNC de nuestro área así como reevaluar aquellos en tratamiento con terapia biológica para optimizar la terapia ya que muchos de ellos llevan varios años en tratamiento con seguimiento errático debido a circunstancias organizativas del servicio.
Los resultados que esperamos conseguir son: 1) un “cribado” de AGNC y un ajuste terapeútico de dichos pacientes, 2) reevaluación de todos aquiellos pacientes en tratamiento con terapia biológica y consideración de su continuidad/discontinuidad, efectividad o no., 3) creación de una consulta específica para pacientes con AGNC como paso previo a derivaciones a unidades de referencia de esta u otras comunidades.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para alcanzar los objetivos propuestos, queremos citar a todos aquellos pacientes en tratamiento con terapias biológicas, realizar una reevaluación desde 0 y realizar un correcto ajuste terapeútico. También queremos citar a todos aquellos pacientes con asma en los que sospechamos un asma grave para valorar el inicio o no de terapia biológica.
Hemos creado un modelo de "Primer día" para estos pacientes y establecido un plan de actuación de su seguimiento en la consulta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Queremos filiar (hacer un correcto diagnóstico) a todos los pacientes con asma grave. En cuanto a aquellos con terapia biológica, queremos confirmar la continuación o no de la terapia biológica. Para ello, tendremos en cuenta efectos secundarios, reacciones adversas, nº agudizaciones y/o visitas a urgencias, necesidad de corticoterapia oral.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: junio-julio 2018
Fin: marcado por el nº de pacientes a citar.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0886 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

2. RESPONSABLE ..... CLARA VIÑADO MAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LEON SUBIAS ERICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· GARCIA CARRASCAL YOJANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· SOLANS GARCIA MERCEDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· MARTIN ALOS PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· CASTILLO LASIERRA AMPARO. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El síndrome de apnea – hipopnea del sueño afecta al 20% de la edad adulta. Se trata de una patología infradiagnosticada, aunque en los últimos años, el mayor conocimiento de patologías asociadas al sueño y las evidencias científicas de su trascendencia sobre la salud, han generado un aumento en la solicitud de estudios para su diagnóstico. Inicialmente estas demandas procedían principalmente de la consulta de Neumología pero actualmente, y cada vez más, surgen de otras especialidades tales como Cardiología, Neurología u Otorrinolaringología.

Todo ello nos ha hecho plantearnos de qué modo podemos diagnosticar de forma precoz esta patología e iniciar tratamiento si lo precisa lo antes posible.

Hasta el momento, las poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias en el Hospital de Barbastro eran realizadas por enfermería perteneciente a la empresa Esteve-Teijin, hasta completar un total de 90 estudios al año (lo pactado en el contrato), número que se aleja mucho de la cantidad de peticiones que recibimos en nuestra consulta. El resto, se derivaban al Hospital San Jorge, lo que conllevaba un aumento en la lista de espera de este hospital y la obligación de nuestros pacientes a desplazarse a este hospital, motivo por el cual, muchos rechazaban su realización.

La empresa Esteve-Teijin ha dotado recientemente al servicio de Neumología del Hospital de Barbastro con un polígrafo Alice PDx para que el equipo médico pueda realizar sus propias poligrafías tanto en pacientes ambulantes como hospitalizados.

Nuestro planteamiento es el siguiente: en aquellos ambulantes, el paciente será citado en la consulta de Neumología donde un sanitario le explicará cómo debe ponerse el aparato esa misma noche para un correcto registro en su domicilio; al día siguiente, el paciente deberá devolverlo a la consulta. Se procederá a su lectura, corrección y realización de informe del estudio y seguidamente, se comunicará al paciente el resultado y la decisión de iniciar o no tratamiento con terapias respiratorias domiciliarias si el sanitario así lo considere.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminución de la lista de espera para realización de una poligrafía cardiorrespiratoria domiciliaria.
Priorización de pacientes pendientes de poligrafía, atendiendo a sus características clínicas y socio-laborales.
Disminución del número de consultas para obtención de resultados de la poligrafía, ya que el día de la entrega del aparato se comunicará el resultado del registro.

Disminución de la derivación de pacientes a otros hospitales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Cesión por parte de la empresa Esteve-Teijin de un polígrafo Alice PDx y de los fungibles necesarios para su funcionamiento.
Instalación del software en los ordenadores de la consulta de Neumología.
Obtención de un lector de tarjetas de memoria.
Revisión y priorización de los pacientes en lista de espera.
Historia clínica del paciente, enseñanza del manejo del dispositivo para su correcto registro, descarga de datos al día siguiente y emisión de informe.
Evaluación de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro correcto de datos, válido para la emisión del informe.
Grado de severidad de la patología.
Indicación de tratamiento tras resultado de la prueba.
Especialidad que solicita la prueba.
Reducción de lista de espera.

Proyecto: 2018_0886 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Esta actividad ya ha comenzado con fecha de 2 de Mayo de 2018. No hay fecha prevista de finalización.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0889 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

2. RESPONSABLE ..... YOJANA GARCIA CARRASCAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIÑADO MAÑES CLARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· LEON SUBIAS ERICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· CASTILLO LASIERRA AMPARO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· GARCIA SOLANS MERCEDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La EPOC es una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, producidas por una exposición significativa a partículas nocivas o gases. Los síntomas persistentes son la disnea, tos y expectoración, que suelen instaurarse de manera progresiva. La limitación al flujo aéreo viene reflejada por una disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y de la relación FEV1/capacidad vital forzada (FVC), que se mide mediante la espirometría y que no es totalmente reversible, lo cual se demuestra por la persistencia de una relación FEV1/FVC menor de 0.70 a pesar de realizar una prueba broncodilatadora. Esta obstrucción es habitualmente progresiva, y que está relacionada con la respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos. Con respecto a las partículas o gases nocivos hace referencia al humo del tabaco o los gases de combustión de biomasa.
La EPOC causa al menos 2.9 millones de muertes al año. La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico.
La morbilidad y el uso de recursos sanitarios asociado a la EPOC son elevados. La EPOC es una enfermedad infradiagnósticada y por lo tanto infratratada.
El infradiagnóstico de esta patología y la falta de conocimiento de esta enfermedad en la población general, ocasiona que un gran porcentaje de personas con síntomas respiratorios no solicite atención médica y no intente dejar de fumar.
Por ello, la enfermedad no suele diagnosticarse, hasta que no es clínicamente evidente y moderadamente avanzada.
La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, puesto que los pacientes que fuman o son exfumadores consideran que sus síntomas como la disnea, la tos o la expectoración son secundarios al tabaco, y no consideran que podrían estar relacionados con una patología como es la EPOC.
Es por esto que desde el servicio de Neumología vemos la necesidad de hacer un cribado de EPOC.
El diagnóstico de la enfermedad se fundamenta en presencia de síntomas compatibles, exposición a un factor de riesgo de desarrollo de la enfermedad siendo el más frecuente el tabaco y obstrucción no reversible a los broncodilatadores demostrado por espirometría

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Diagnostico precoz de la EPOC
Educar al paciente sobre la EPOC.
Educar al paciente sobre los efectos nocivos del tabaco.
Inicio de tratamiento médico precoz
Mejor control de la enfermedad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
A los pacientes que son remitidos a la consulta de Neumología por posible EPOC o para estudio de otra patología respiratoria diferente a la EPOC, se les preguntará durante la entrevista clínica si han tenido exposición al tabaco o biomasa y síntomas respiratorios, si tiene estos dos criterios se procederá a la solicitud de espirometría con prueba broncodilatadora, en un posterior seguimiento se valorara el resultado de la espirometría y el diagnóstico o no de EPOC, una vez diagnosticado el paciente se le ofrecerá información sobre la enfermedad y se le educara en el uso de inhaladores si los precisa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC.
Grado de severidad de la patología.
Instauración de tratamiento precoz.
Educación a la población en la relación que existe entre EPOC y el tabaco/biomasa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Esta actividad se lleva realizando desde enero 2018 y se plantea continuar

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0889 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0897 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

2. RESPONSABLE ..... YOJANA GARCIA CARRASCAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIÑADO MAÑES CLARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· LEON SUBIAS ERICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· GARCIA SOLANS MERCEDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· MARTIN ALOS PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
· CASTILLO LASIERRA AMPARO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC es una enfermedad progresiva, frecuentemente infradiagnosticada y con elevada morbimortalidad. Es una de las enfermedades respiratorias de mayor prevalencia e impacto socio-económico y además es la única enfermedad crónica cuya morbimortalidad mantiene actualmente un incremento sostenido, estando su prevalencia e incidencia en continuo aumento.
Es indispensable valorar los distintos elementos que se asocian a una peor o mejor evolución y hacer una clasificación pronostica en función del riesgo futuro de eventos adversos, es decir la probabilidad que el paciente pueda presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad, complicaciones, mayor consumo de recurso sanitarios, o mayor mortalidad.
A mayor gravedad de la EPOC, mas agudizaciones y mayor consumo de recursos.
La gravedad se puede estimar en base a la obstrucción (FEV1), pero existen otras variables como son la disnea o el impacto sobre la calidad de vida del paciente que ayudan a estimar el riesgo de la EPOC. Siendo la EPOC un problema de salud pública nos hace plantear estrategias para su mayor control.
Por todo esto surge la necesidad de un control más riguroso de los pacientes con EPOC severo, con el fin de vigilar de forma más estrecha los síntomas, las agudizaciones y capacidad de esfuerzo, es decir la necesidad de estratificar el riesgo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Conocer los factores pronósticos y su impacto en la frecuencia de exacerbaciones, deterioro funcional o mortalidad de los pacientes con EPOC severo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Intervención farmacológica
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación antineumococcica
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación para la influenza
Aumentar la actividad física mediante gimnasia respiratoria
Educación al paciente en el uso de los inhaladores
Educación al paciente en la importancia de la EPO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Utilización de la escala mMRC (Escala modificada del Medical Research Council) para medición de la disnea.
Utilización del CAT(CORP assessment test) para medición de la calidad de vida.
Ingresos hospitalarios y/o exacerbaciones tratadas por atención primaria.
Mortalidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Esta actividad lleva realizándose desde 2014 y se plantea continuar.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0048 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MORA PUEYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· MILLAN GARCIA JOSE RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· GARCIA ARGUEDAS CAROLINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· BELTRAN MARIN IRENE. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
• La evaluación neuropsicológica es necesaria en muchos de los pacientes atendidos por neurología. En el momento actual se remiten al H. San Jorge de Huesca, pero restringiendo en parte su uso para no sobrecargar dicho servicio. La posibilidad de realizar es nuestro centro evaluación neuropsicológica asistida informática permitirá aumentar el número de pacientes valorados y evitará el desplazamiento del paciente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Ampliar el número de estudios neuropsicológicos, mejorando considerablemente la calidad de la visita neurológica al poder diagnosticar con mayor precisión.
2. Evitar el desplazamiento de pacientes a Huesca para realizar dichos test.
3. Evitar la sobrecarga de la unidad de neuropsicología de Huesca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- IPad con APP NuCog (Test neuropsicológico validado) (aproximadamente 45-60 min).
- DUE entrenado/a para pasar dicho test.
- Despacho / consulta para pasar dicho test (no hace falta camilla ni instrumental).
- Colaboración con informática para vincular los documentos PDF generados por el programa a la historia clínica del paciente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Numero de pacientes atendidos.
• Satisfacción de pacientes y cuidadores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Numero de pacientes atendidos.
• Satisfacción de pacientes y cuidadores

9. OBSERVACIONES.
no

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0377 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA ARGUEDAS CAROLINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· BELTRAN MARIN IRENE. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· RUIZ MONTES FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· EITO CUELLO JUAN JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· PEYRET FERRER INMACULADA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENFERMERIA
· GRACIA NADAL GLORIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENFERMERIA
· ROLDAN MORENO LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El ictus es una patología frecuente con una incidencia de ictus en torno a 150-250 casos por cada 100.000 habitantes. El manejo intensivo de estos pacientes en áreas de ictus durante la fase aguda ha demostrado mejorar las tasas de supervivencia y la recuperación funcional en estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-El objetivo principal es realizar un protocolo actualizado de manejo de pacientes con ictus en fase aguda durante su estancia en el área de ictus.
- Población diana: pacientes con ictus agudo
- Participación de neurología, medicina interna, urgencias y enfermería

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reuniones periódicas al menos semestrales

- Trabajo basado en publicaciones científicas recientes y protocolos actualizados en otros centros de nuestra comunidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización de protocolo consensuado de manejo del paciente en área de ictus

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Fecha de inicio de redacción: Septiembre de 2018
- Fecha de finalización: Septiembre 2019

9. OBSERVACIONES.
En un proyecto posterior se realizará la implementación del protocolo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0378 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA ARGUEDAS CAROLINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· BELTRAN MARIN IRENE. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· RUIZ MONTES FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· EITO CUELLO JUAN JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· CANELLAS SANCHEZ PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· MILLAN GARCIA JOSE RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La incidencia del ictus se estima en 150-250 casos por cada 100.000 habitantes. El tratamiento fibrinolítico y la trombectomía han demostrado mejorar las tasas de supervivencia. En aquellos pacientes ingresados que puedan presentar un ictus agudo es fundamental protocolizar una vía para su manejo de manera que se beneficien de estos tratamientos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Realización de protocolo para establecer la vía de manejo del código ictus intrahospitalario.
- Población diana: ictus agudo intrahospitalario
- Neurología, urgencias y medicina interna.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reuniones periódicas
- Protocolo código ictus Aragón y bibliografía reciente
- uso deTeleictus

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización de protocolo consensuado

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Septiembre 2018
Finalización: Septiembre 2019

9. OBSERVACIONES.
Posteriormente se realizará proyecto de implementación del protocolo

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0430 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

2. RESPONSABLE ..... IRENE BELTRAN MARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· MILLAN GRACIA JOSE RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· GARCIA ARGUEDAS CAROLINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El servicio de neurologia recibe interconsultas de diferentes servicios del hospital, que en muchas ocasiones precisan valoracion en le dia e incluso urgente. Dichas interconsultas son archivadas y nos proponemos revisarlas y en el futuro registraslas prospectivamente para analizar servicio de origen, motivo y resultado de las mismas, haciendo incapie en los cambios que esta valoracion supone para la evolucion del paciente. Evitar ingresos y /o modificar tratamientos, adelantera consultas etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nos proponemos conocer el numero de interconsultas realizadas, motivo de las mismas y resultado de dichas interconsultas para reforzar la utilizad de las mismas evitando ingresos inecesarios y/o dando soluciones inmediatas al paciente desde el servicio de urgencias u otros servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
los datos seran recogidos por parte de todos los miembros del servcio en un excel de forma retro y prospepctiva a lo largo de este año y se analizaran estadisticametne con el programa informatico correspondiente. Nos proponemos detectar aquellos aspectos que mas frecuentemente son motivo de consulta para poder mejorar la formacion en dichos aspectos con los Servicios que mas soliciten nuestra valoracion.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numero de internconsultas/dia. Origen de las mismas y nº de ingresos en neurlogia evitados, y o pacietes en los que se lleve a cabo una modificacion de su tratamietno habitual y/o una priorizacion de su atencion en consultas externas .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duracion prevista es de un año y los responsables seran los facultativos especialistas en neurolgia

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2018_0107 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNOINFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... SARA DEFIOR SANTAMARIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTFORT BUIL MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MATUTE REDRADO MARIA JOSE. TCAE. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HUERVA PLANA MARIA ASUNCION. TCAE. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SATUE SALAMERO ELOISA ELSA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FENES GRASA MERCEDES. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Este servicio dispone desde hace unos años de vías clínicas tanto del parto normal como de Cesárea consensuados entre todo el equipo multidisciplinar que se dedica a la atención de estas pacientes, también fue instaurado con éxito el plan de cuidados de enfermería en las cesáreas, quedando pendiente de realizar el del “parto normal”, al que denominaremos a partir de ahora parto vaginal tanto en via clínica como en el plan de cuidados, por ser más correcto para el uso actual, ya que incluye partos no instrumentados e instrumentados, tipo Kiwi, fórceps, ventosas… . Hemos creído necesaria la realización del plan de cuidados del parto vaginal ya que facilita el trabajo del personal de la unidad, tanto del fijo como el de nueva incorporación, y estandariza los cuidados a realizar de forma consensuada entre todo el equipo multidisciplinar. Supone una herramienta de trabajo muy útil, clara y beneficiosa tanto para pacientes como para el personal implicado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- Crear el grupo de trabajo.
- Consensuar y aprobar el grupo de trabajo.
- Formación entre los trabajadores de la planta.
- Puesta en marcha del plan de cuidados en el servicio de maternoinfantil en el 100% de los partos vaginales
- Proporcionar cuidados adecuados, estandarizados y de calidad
- Servir de guía al personal de nueva incorporación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Propuesta de modificación de la vía clinica del parto normal, denominandola parto vaginal.
- Realización del plan de cuidados basándonos en la vía clínica del parto normal y en los diagnósticos según taxonomía NANDA
- Presentación de la hoja del plan a todo el personal del servicio en sesión clínica.
- Presentación del plan de cuidados a la Subcomisión de protocolos de enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas.
- Puesta en marcha del plan de cuidados. Implementación progresiva.
- Control semanal del seguimiento y cumplimentación del plan. (Los miércoles)
- Reunión del equipo a los tres meses de la puesta en marcha del plan: valoración del plan, puesta en común incidencias, aportaciones y modificaciones y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.
- Presentación de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Plan de cuidados realizado (SI/NO).
- Revisión semanal de la cumplimentación correcta del plan de cuidados de todas las puérperas de parto vaginal (% de registros cumplimentados correctamente). Fuente: La hoja realizada al respecto que se incluirá en la historia clínica. Objetivo: >75%.
- La hoja estará incluida en el 100% de las pacientes de parto vaginal, identificada con etiqueta de paciente y número de historia clínica.
- Habrá un periodo transitorio de adaptación de 6 meses en que se considerará aceptable la cumplimentación de un 75% de los items. A partir de esos 6 meses se considerarán aceptables las que cumplimenten el 100% de los items que incluye el plan.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Realización del plan de cuidados: duración: 2 semanas (Abril) Responsables: Los miembros del proyecto
- Presentación del plan de cuidados a la Subcomisión de protocolos de enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas.

- Presentación de la hoja del plan a todo el personal del servicio: duración: 1 día . Responsables: miembros

Proyecto: 2018_0107 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNOINFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

del proyecto.

- Puesta en marcha del plan de cuidados: duración: 9 meses.(Abril-Diciembre)) Responsables: todo el personal de enfermería del servicio de maternoinfantil.

- Control semanal del seguimiento y cumplimentación del plan. (Los miércoles). Duración: 6 meses, Responsables: miembros del proyecto.

- Reunión del equipo a los tres meses de la puesta en marcha del plan: valoración del plan, puesta en común incidencias, aportaciones y modificaciones. Duración: 1 día . Responsables: los miembros del proyecto y todo el equipo de enfermería de la unidad de materno-infantil.
- Nuevas acciones de mejora.

La duración total será de 9 meses y medio tras los cuales se valorará instauración definitiva tal cual se realizó o con las modificaciones aprobadas en la reunión . La fecha de inicio: el 15 de marzo y la fecha de fin el 31 de diciembre de 2018 .

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0333 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL BERDALA CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LASHERAS ANA JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GUARDIA DODORICO LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CASTELLA SEGARRA MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FENES GRASA MERCEDES. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SATUE SALAMERO ELOISA ELSA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El número de partos asistidos en Barbastro en 2017 ha sido de 599. El porcentaje de madres extranjeras ha supuesto un 35,9% y la edad materna al parto es de 32años. En un 4,67% de los partos los recién nacidos pesan menos de 2,500 gramos y un 5,67% están por encima de 4,500. La tasa de cesáreas ha sido en 2017 del 20,3%, un 3% mayor que el año anterior.

Desde 2013, observamos una tasa elevada en el número de inducciones, por encima del 15% que se recomienda por la OMS, en 2017 se han inducido el 30% de los partos. A pesar de que observamos una complejidad cada vez mayor en las mujeres que se atienden en la consulta de obstetricia, mayor edad materna, mayor número de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida y otras patologías, consideramos que la inducción al parto debe realizarse cuando esté indicada y los beneficios materno-fetales, superen el riesgo de un parto medicalizado. Está descrito que la inducción favorece el incremento de la tasa de cesáreas y complicaciones maternas, como la Hemorragia Obstetrica Aguda, así como el incremento de Riesgo de Perdida de Bienestar fetal en los recién nacidos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO GENERAL
Mejorar la calidad de vida de las mujeres asistidas en el parto y Disminuir el intervencionismo en el parto normal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:
Disminuir la tasa de inducciones
Estudiar los motivos de inducción.
Estabilizar la tasa de cesáreas.
Evitar complicaciones materno-fetales por medicalización innecesaria.
Estudiar el porcentaje de cesáreas en los partos inducidos.
Disminuir la variabilidad clínica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de grupo de trabajo matronas- Ginecólogos
Revisión de todas las inducciones del 2018 .
Revisión en sesión clínica semanal del servicio de las indicaciones de los partos inducidos y resultado perinatal.
Recogida de variables (edad, edad gestacional, paridad, curso gestacional, motivo de la inducción, tipo de parto, PH RN, Hb materna post parto, Método de inducción, Mortalidad perinatal en partos inducidos)
Presentación de los casos susceptibles de inducción en Sesión clínica
Seguimiento estricto de los Protocolos de la SEGO y del Servicio.
Propugnar el alumbramiento dirigido en el 100% de los partos inducidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de inducciones en 2018.
% de inducciones evitables.
% de cesáreas en partos inducidos.
% de cesáreas en el Servicio.
Edad materna de los partos inducidos
% de recién nacidos con PH menor de 7,20.
% de mujeres con alumbramiento dirigido en los partos normales y en los inducidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
3 años

Proyecto: 2018_0333 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Abril 2018. Presentar el Proyecto en el Servicio y formar grupo de trabajo
Diseñar hoja para recogida de variables.
Junio 2018 evaluación de los resultados y sesión clínica con los mismos.
Diciembre 2018 resumen de la actividad anual y presentación de los datos a los facultativos del Servicio.

9. OBSERVACIONES.
Consideramos necesario conocer las causas más frecuentes de inducción y valorarlas en el contexto de la población asistida, para proponer medidas correctoras que nos ayuden a disminuir la medicación del parto normal.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0370 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE HPV PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES ARAGON SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILLANES GALLINAT PATRICIA. MATRONA. CS FRAGA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· ONCINS TORRES ROSA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· JUAREZ CASTELLO PILAR. ENFERMERO/A. CS MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO BERGES RAQUEL. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ ADRIAN AÑA MARIA. MATRONA. CS GRAUS. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· ARAN GIMENEZ PILAR. MATRONA. CS BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· MARTIN HERRERO JAVIER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
A nivel mundial el Cáncer de cuello uterino es un de las neoplasias más frecuentes y letales. En España en 2012 se estimaron 2.511 nuevos casos y 848 muertes. Es el quinto tumor más prevalente en mujeres.La incidencia del CCU en Europa es variable y está relacionada con la implantación de programas de cribado. Rumania tiene la tasa más alta 23,9/100.000 y Finlandia con 4,1/100.000 de las más bajas.
En España la incidencia de CCU se encuentra por debajo de la media de la UE, con cifras similares al Reino Unido y Suecia. En 2012 la tasa fue de 7,8/100.000 y la distribución es diferente según autonomías, siendo la más alta Mallorca con 12/100.000. Se observa un pico de incidencia entorno a los 50 años y un incremento de la mortalidad en función de la edad.
Aragón es de las Comunidades que presentan menor incidencia 5,5/100.000.
Barbastro tiene una tasa de CCU Invasor en los 7 últimos años de 6,5/100.000.
La OMS afirma que la vacunación con alta cobertura y un cribado poblacional con cobertura mayor del 70%, es la estrategia más eficiente para la prevención del CCU.
La infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye un factor necesario para el desarrollo el CCU. La prevalencia de la infección por el VPH es variable según la edad de las mujeres siendo de un 35% en las menores de 35 años y de un 10% en las mayores de 30. En el Sector Barbastro tenemos una prevalencia del 9% en mayores de 30 años.
Está demostrado que el cribado oportunista es ineficiente y no disminuye la mortalidad por CCU. La OMS y Sociedades científicas europeas y la SEGO recomiendan establecer Programas de cribado poblacionales como única forma de disminuir el CCU.
En el Sector Barbastro, trabajamos desde 2006, juntamente con Atención Primaria, para organizar y potenciar el cribado de CCU. Se han desarrollado Proyectos de Mejora de Calidad, formado grupos de trabajo, actualizado y unificado Protocolos y se realiza cribado con el test DNA del VPV en ambos niveles Asistenciales, para ofrecer las mismas oportunidades a todas las mujeres, independientemente del lugar donde residan.
Somos pioneros en España, (inicio en 2011) en instaurar el cribado CCU con el test del DNA del VPH en Atención Primaria.
Durante estos 12 años hemos realizado un control de calidad del cribado realizado y hemos conseguido que el 80% de las pruebas de cribado las realicen las matronas de AP, multiplicar por 6 el número de diagnósticos de lesiones precancerosas, realizando menos pruebas y aumentando cobertura poblacional. Los especialistas en el Sector Barbastro, no hacemos cribado y eso ha permitido que hayamos podido asumir la carga de trabajo originada por el aumento de lesiones derivadas del cribado, incluso en situaciones de falta de personal como es habitual en este Sector.
En 2016 llegamos a una cobertura poblacional del 73,9% en cifras recomendadas por la OMS.
Está descrito que las mujeres de zonas rurales y mayores de 50 años acuden con menor frecuencia a los programas preventivos.
Se ha publicado que el test de cribado más eficaz y seguro es la determinación del VPH y existe evidencia de que la autotoma, es tan eficaz para la detección del VPH de alto riesgo como la toma realizada por los profesionales.
En nuestra Comunidad, no existe un sistema de llamada activa de las mujeres para acudir a realizarse las pruebas de cribado, consideramos imprescindible la implicación de los médicos y enfermeras de AP.
En este Proyecto, consideramos que la implementación de la autotoma por las propias mujeres, en especial en zonas alejadas de los centros de salud y del hospital y la colaboración conjunta con enfermería de AP, puede facilitar la accesibilidad de las mujeres rurales al cribado y potenciar la captación y cobertura poblacional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incrementar la cobertura en zonas rurales.
Implicación de enfermería en la captación de la población diana.
Evitar desplazamientos a las mujeres de zonas alejadas del Centro de Salud.
Facilitar el cribado a mujeres con cargas familiares y laborales.
Potenciar el cribado en mujeres mayores de 50 años.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación de grupo de trabajo, con ginecólogos, matronas y enfermería.
Información sobre cribado y el método de autotoma en los Centros de Salud.

Proyecto: 2018_0370 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE HPV PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

Charlas a las mujeres en las poblaciones del estudio sobre cribado y enseñanza de la utilización de la Autotoma.
Enfermería facilita la muestra para la detección del Test.
Recogida de muestras por las enfermeras y remisión de los datos a matronas para control de calidad.
Control de calidad por Anatomía Patológica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cobertura por del Sector y por Zonas Básicas de Salud. Cobertura por cupo
Número de test de autotomas realizados
% de tests positivos en las autotomas
Número de CIN 3 diagnosticados.
Numero de Ca invasores diagnosticados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 2018 Formación grupo de trabajo.
Sesiones en Centros de salud (Mequinenza, Ainsa, Lafortunada, Castejon de Sos)
Charlas formativas a las mujeres en las mismas localidades.
En Noviembre evaluación del Proyecto.

9. OBSERVACIONES.
A pesar de las mejoras en el cribado realizado en el Sector Barbastro, seguimos diagnosticando un 8% de canceres invasores. También observamos que en estos tumores, un 38,4% los vemos en mujeres extranjeras y no cribadas. Consideramos necesario seguir facilitando métodos seguros y acesibles de cribado a todas las mujeres del Sector, pero en especial a las mas alejadas del hospital.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0317 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

2. RESPONSABLE ..... VERONICA CALDERERO ARAGON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUIRAL FERNANDEZ NURIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· CHARRO CALVILLO MARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· AURED DE LA SERNA ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· ONCINS TORRES ROSA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
· PUJALA TORRALBA MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· PALLARES SEGURA JOSE LUIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· HERNANDEZ GARCIA ALBA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde el comité de tumores digestivos se detecta la necesidad de coordinar y protocolizar, entre todos los especialistas implicados, el proceso diagnóstico-terapeútico completo del paciente afecto de cáncer de colon.
Eso permitirá ajustar cada parte del proceso al mínimo plazo de tiempo posible y a las recomendaciones y guías clínicas nacionales e internacionales.
Se trata de garantizar que el proceso se ajuste a los plazos y estándares establecidos, con una correcta colaboración y coordinación entre todos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Cada especialidad revisará las recomendaciones y evidencia científica correspondiente a su parte implicada en el proceso y desarrollará un circuito práctico, rápido y fácil para aplicar en nuestros pacientes.
Ello debe de agilizar el proceso, dejar establecidos los circuitos de funcionamiento y garantizar el correcto manejo de cada caso, dentro de nuestro área sanitaria y con nuestros recursos disponibles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El desarrollo, reparto de temas, protocolos y circuitos de actuación se harán de forma individual por cada uno de los servicios implicados, pero se revisarán, consensuarán y unificarán a través de comité de tumores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El proyecto final se redactará y se hará llegar a todas las especialidades implicadas (intrahospitalariamente, e incluso atención primaria).
El registro de tumores anual permitirá saber si se han cumplido plazos y estándares establecidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se desarrollará el proyecto a lo largo del 2018.
Cada parte del proceso se redactará por la especialidad implicada, y la coordinación e implantación final se hará a través del comité de tumores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2018_0331 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

2. RESPONSABLE ..... JESUS FLORIAN GERICO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ GARCIA ALBA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· CALDERERO ARAGON VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LORIENTE MARTINEZ CLARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LOPEZ HERNANDEZ MARICELA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· BENITO RUIZ BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· ANDRES ALIERTA MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Evitar el ingreso de pacientes de buen pronóstico, que no se benefician del mismoo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir el numero de ingresos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de una guía de actuación
Presentación del la guía de actuación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración de una base de datos de los pacientes atendidos en Urgencias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en el mes de Junio y sin fecha de finalización
A finales de 2018 se hara una evaluación de los datos recogidos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0383 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... ALBA HERNANDEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FLORIAN GERICO JESUS. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· CALDERERO ARAGON VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· NASARRE GER ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· BUETAS AURE REYES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· VAL BALLARIN ESTHER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· URFANEL SANCHON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· PEREZ AMAYA DOLORES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La finalidad del proyecto es la organización y mejora de la consulta de oncología medica de cara al proceso asistencial del paciente oncológico, con el fin de mejorar la asistencia y que repercuta de forma positiva en la asistencia, la eficiencia del los recursos.
En base a un aumento creciente de la patología oncológica, los nuevos tratamientos así como la complejidad de los procesos diagnósticos-terapéuticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejora del proceso asistencial del paciente oncológico y su proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Diagrama del paciente oncológico en Hospital de Barbastro.
-Organización de consulta en función de tratamiento, revisiones y hospitalización
-Consulta de toxicidades en conjunto enfermera-medico, con el fin de disminuir la asistencia al servicio de urgencias.
-Reuniones del equipo de forma periódica (mínimo 2 veces al mes)
-Formación continuada en toxicidades, de acuerdo a los nuevos tratamientos que van apareciendo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-La evaluación será continuada revisando y mejorando el diagrama de flujo del paciente oncológico en Hospital de Barbastro.
-Desde la consulta de oncología de toxicidad se evaluará cuanto se disminuye la frecuentación a servicio de urgencias.
-Para todo ello se dispone de una base de datos que recogerá los diferentes procesos del paciente oncológico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-La duración es indefinida, y se evaluará de forma trimestral, para establecer puntos de mejora del proceso

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_0365 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROQUE TAVERAS LUCRECIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CORTIZO VAZQUEZ ELOY. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· TERRE FALCON RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La sordera súbita es una hipoacusia neurosensorial con un inicio brusco en menos de 72 horas. Su etiología es desconocida habiendo varias teorías: viral, vascular autoinmune.
Se puede dar en gente joven.
Siempre ha existido mucha controversia sobre los medios a aplicar en esta patología.
Se ha visto que cuanto antes se instaure el tratamiento, mejor es el pronóstico de esta enfermedad.
El tratamiento consistirá en corticoides sistémicos, preferiblemente por vía oral y corticoides intratimpánicos de rescate.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un protocolo diagnóstico y de tratamiento en la sordera súbita

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de charlas con el personal de servicio de Urgencias y Centros de Salud para la detección precoz de esta patología y su derivación al Servicio de ORL ante sus sospecha.
Esto facilitará la instauración del tratamiento cuanto antes.
Se dará prioridad a estos pacientes de cara a las citaciones y realización de audiometrías.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para su valoración se realizará otoscopia, timpanograma, acumetría y audiometría
Se hará un estudio de cada paciente en el momento del diagnóstico una analítica de sangre con marcadores de enfermedas autoinmune (ANAs, ANCAs), RMN CAIS para descartar patología tumoral, y la realización de varias audiometrías postratamiento de control en los días 15, 30, 90.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este estudio se realizará desde Mayo 2018 a Mayo 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0565 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA PARALISIS FACIAL EN EL AMBITO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ..... ELOY CORTIZO VAZQUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ROQUE TAVERAS LUCRECIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· BLASCO PALACIO JULIA CAYETANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· GUALLAR LARPA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La parálisis facial es una patología frecuente que cursa con pérdida de la movilidad de la musculatura facial por distintas causas.
Si bien el manejo es bien conocido tanto en la Atención Primaria como en la Especializada los continuos avances y nuevas técnicas ponen de manifiesto la necesidad de actualizar los protocolos para poder ofrecer una mejor atención a la población.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un protocolo de actuación para agilizar el tratamiento y controles evitando demoras innecesarias, los criterios de derivación y petición de pruebas, y las opciones terapéuticas si no existe mejoría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de charlas con el personal del Hospital y Centros de Salud, marcandos los cauces de derivación y manejo de las complicaciones más frecuentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará exploración neurológica para confirmar que la lesión es periférica, exploración otológica con audiometría.
En la evolución podrá ser necesario la realización de pruebas de imagen, estudios neurofisiológicos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo de 2018 a Mayo de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0622 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

2. RESPONSABLE ..... LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CORTIZO VAZQUEZ ELOY. MEDICO/A. H BARBASTRO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· MILLAN GARCIA JOSE RAMON. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
· BONAGA SERRANO BEATRIZ. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Una voz que funciona bien es una herramienta esencial para un tercio de la fuerza de trabajo (1,2). Los problemas de voz entre los usuarios de voz profesional tienen un gran impacto negativo, comparado con la población general, ya que afectan en su capacidad de trabajar, en su sentido general de bienestar, y a veces en el propio sentido de sí mismo (3). Los usuarios profesionales de voz incluyen no sólo cantantes y actores, sino también clérigos, profesores, recepcionistas, personal de ventas, médicos y cualquier otra persona cuya capacidad de ganarse la vida se ve afectada negativamente por la pérdida de calidad vocal y resistencia (4), por eso yo en lo particular y en mi opinión personal creo que profesionales de la voz somos todos.
Los trastornos de la voz ocupacional constituyen la categoría de enfermedades profesionales más frecuentemente certificadas, por ejemplo en Polonia representa aproximadamente el 20% de todos los casos (5).
Villanueva-Reyes A. (2011); Realizó un estudió en profesionales de la voz, estudiando las siguientes variables: sexo, edad, ocupación, posibles riesgos laborales, diagnóstico y tipo de tratamiento. Los resultados revelaron que el 81% de todos los casos de trastornos de la voz encontrados durante el estudio eran mujeres. La edad media de diagnóstico de los diferentes trastornos de la voz fue de 42 años. Los problemas vocales fueron reportados con mayor frecuencia por los maestros de primaria y secundaria (72%). Las quejas más comunes fueron el uso excesivo de voz relacionado con el trabajo (30%) y exceso de polvo en el lugar de trabajo. Los diagnósticos médicos más frecuentes relacionados con trastornos de la voz fueron rinofaringitis (27%), varios tipos de laringitis (21%) y laringofaringitis (10%). La modalidad de tratamiento más frecuente para los problemas de la laringe y la voz fue la prescripción de la medicación. Concluyó que el factor más relevante de los trastornos de voz para los usuarios de voz profesional es la sobrecarga vocal durante su trabajo, recomendando implementar programas de prevención de trastornos de la voz debido a la alta tasa de disfunción vocal entre estos profesionales (6).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar un protocolo de actuación en pacientes con disfonía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un protocolo de actuación en pacientes con disfonía.
Generar formularios de anamnesis y exploración física para paciente con disfonía con la finalidad de facilitar la elaboración de una historia clínica más completa.
Garantizar una mejora en el proceso de interconsulta entre los servicios involucrados como son el servicio de Otorrinolaringología, Neurología y Rehabilitación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolo de actuación realizado.
La realización de encuestas y formularios de anamnesis y exploración física.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
3 de Septiembre 2018: reunión interservicio.
1 de Octubre de 2018: búsqueda de referencias bibliográficas.
7 de Enero : elaboración de formularios y protocolos.
6 de Mayo: Inicio de aplicación de protocolo y formularios creados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2018_0622 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Órgano fonatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0093 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

2. RESPONSABLE ..... CAYETANA VERASTEGUI MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARBERA PEREZ PAULA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· MONTORI AYALA CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· LANAU LACORT ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· GIRON GARCIA PAZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· FACI ALCALDE ELENA. PEDIATRA. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La hipoglucemia es la alteración metabólica más frecuente en el periodo neonatal: 30-40% en hijos de madre diabética y 10-15% en recién nacidos a término. El mantenimiento de la normoglucemia durante el periodo neonatal va a depender de la presencia de reservas de glucógeno y de grasa adecuada, de una glucógenolisis y gluconeogénesis efectiva y de la integración de los cambios adaptativos endocrinos y gastrointestinales con el ayuno y la alimentación. Es más frecuente que se produzcan hipoglucemias en las primeras 72 horas. En nuestro hospital se realizan controles sistemáticos de glucemia a hijos de madre diabética, independientemente de si está controlada con insulina o con dieta a la 1,3,6,12,24 horas de vida. Al resto de neonatos según clínica. Dada la importancia de diagnosticar y tratar prezcomente las hipoglucemias neonatales asintomáticas, por sus consecuencias neurológicas a medio y largo plazo, es preciso actualizar las indicaciones de determinación de glucemia, según diferentes factores de riesgo, y reducirlas en aquellos casos que no precisen un control tan estrecho, para evitar acciones cruentas innecesarias en los neonatos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estandarizar los neonatos que precisan monitorización de los niveles de glucosa y el número de mediciones sistematizadas según sus factores de riesgo:
- Neonatos hijos de madre diabética insulinodependiente (gestacional o pregestacional): Glucemias a la 1-3-6-18-24 horas de vida, pretoma. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.
- Neonatos hijos de madre diabética controlada con dieta: solo si clínica sugestiva (cambios en el nivel de conciencia, letargia, apatía, flacidez, apnea, llanto débil, temblor, irritabilidad, pobre succión, vómitos, taquipnea, apnea, cianosis, convulsiones y coma)
- Embarazo sin controlar, O`Soullivan desconocido, Grande o Pequeño para edad gestacional (según tablas de percentiles >p90,<p3) o neonato pretérmino tardío (34-37SEG): Glucemias cada 3 horas durante 8 horas. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán charlas informativas durante 1 mes, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) los cambios relacionados con los factores de riesgo a tener en cuenta para la nueva sistematización de monitorización de los niveles de glucosa de los neonatos.
Los cambios previstos son eliminar el número de mediciones de glucemias en los hijos de madre diabética no insulinodependiete y cribar a aquellos neonatos con los factores de riesgo arriba descritos para detectar hipoglucemias antes de que sean sintomáticas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Cribado de hipoglucemia: Total de neonatos asintomáticos con factores de riesgo que se les realiza glucemia/Total de RN con factores de riesgo: >80%
2. No realizar glucemias rutinarias a neonatos hijos de madre diabética no insulinodependiente: >80%
3. Hipoglucemias en Neonatos no incluidos en el cribado: neonatos con hipoglucemia sin factores de riesgo/ neonatos totales sin factores de riesgo: <15%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Charlas informativas durante el mes de Febrero 2018 e instauración inmediata de los nuevos criterios de monitorización de niveles de glucosa. Evaluación de indicadores en 6 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0093 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0111 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ..... MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARBERA PEREZ PAULA MARIA. PEDIATRA. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· FACI ALCALDE ELENA. PEDIATRA. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· ABADIAS CUELLO YOLANDA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· COSTA RODRIGUEZ PAULA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· DEFIOR SANTAMARIA SARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· MONTORI ANAYA CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Ante la ausencia de un protocolo reglado para evitar la ansiedad y el dolor en los pacientes pediátricos ante los procedimientos que tuvieran que practicarse, creemos que es necesario implementar un protocolo para evitar dichos efectos adversos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir/eliminar el dolor y la ansiedad de los pacientes pediátricos en la realización de procedimientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se revisará la farmacopea existente con sus indicaciones y dosis en edad pediátrica en los campos analgesia, sedación y sedoanalgesia. Se elaborará un protocolo que será revisado por el servicio de farmacia hospitalaria. Posteriormente se presentará a los miembros del servicio de pediatría, urgencias y anestesia.
La intención es su introducción paulatina en colaboración con otros servicios (traumatología por ejemplo) para su aplicación de forma rutinaria y su añadidura a la cartera de servicios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Uso de anestesia tópica en procedimientos dolorosos: nº de pacientes sometidos a procedimientos con utilización de anestesia tópica dividido nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de utilizar anestesia tópica x100. Estándar 100%.
- Utilización de sedoanalgesia en procedimientos: nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, en la que ésta se llevo a cabo dividido por nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, x 100. Estándar 80%.
Fuente de datos: documentación clínica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
3 meses para revisión de bibliografía.
1 mes para puesta en común de los datos: nº de pacientes sometidos a procedimientos Con utilización de anestesia tópica dividido por el nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de utilizar anestesia tópica x 100. estándar 100%.
3 meses para elaboración de un borrador y valoración posterior de su adecuación.
1 mes para revisión por el servicio de farmacia y anestesia.
2 meses para correcciones según recomendaciones de los servicios anteriores y nueva puesta en común para elaboración del definitivo.
1 mes para revisión por los servicios indicados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0113 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. DE BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF)

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA LOPEZ ALONSO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BALLARIN BUISAN SUSANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· GIRON GRACIA PAZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· VILCHEZ BRUNED ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· LARROYA DOMPER ANA. TCAE. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· MONTESINOS FRANCO CARMEN. TCAE. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· MORANCHO CASTRO PILAR. TCAE. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· SABES SOLANO ESTHER. TCAE. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El servicio de Pediatría de este hospital ha sido dotado recientemente con una cuna térmica, una incubadora de transporte y oxigenoterapia de alto flujo. Se considera necesario que todo el personal implicado en su manejo conozca su funcionamiento, limpieza y mantenimiento, con el fin de que la atención al paciente pediátrico y neonato se realice de forma eficaz.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Formación del personal sanitario de este servicio en el manejo y limpieza de estos aparatos.
2- Facilitar el aprendizaje al personal sanitario de nueva incorporación.
3- Mejorar la utilización de los recursos sanitarios.
4- Optimizar los cuidados al paciente pediátrico y neonato.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Crear guías de uso, limpieza y mantenimiento de la cuna térmica, incubadora de transporte y OAF
2- Realización de cuatro sesiones teórico- prácticas ; durante el periodo estival se realizará alguna más en función de las nuevas incorporaciones.
3- Soporte escrito y audiovisual que incluya toda la información, accesible a todo el personal implicado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Porcentaje de personal adscrito al Servicio de Materno-Infantil, susceptible de manejarlo, que conoce dicho manejo.
2- Porcentaje de personal eventual en periodo vacacional que recibe formación en el uso y manejo de estos aparatos.
3- El valor a alcanzar será la asistencia a los talleres del 100% del personal. Se evaluará mediante el registro de firmas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se estima una duración de ocho meses, entre abril y diciembre de 2018.
? Abril: crear las guías escritas y audiovisuales, así como una carpeta en la intranet con todo este material, accesible a todo el personal.
? Abril-Mayo:
? Dos talleres teórico-prácticos para el personal habitual
? Junio-Septiembre:
? Dos talleres al inicio del periodo vacacional.
? Repeticiones en función de las nuevas incorporaciones.
? Los talleres prácticos relacionados con la cuna térmica y la incubadora de transporte se realizarán en la sala de partos donde se ubican de forma permanente, siempre que sea posible.
? Mientras se lleve a cabo este proyecto se informará y facilitará a todo el personal el acceso al material escrito y audiovisual creado para este fin.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0113 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. DE BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF)

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. enfermedades del paciente neonato y pediátrico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0268 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

2. RESPONSABLE ..... PAULA MARIA BARBERA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LARROYA DOMPER ANA. TCAE. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· PALACIO LIESA MIRYAN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· ARCAS LALIENA ALBA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· MONTESINOS FRANCO CARMEN. TCAE. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La hiperbilirrubinemia representa la causa más común de reingreso hospitalario en la primera semana de vida. Es una situación clínica común y generalmente benigna en el recién nacido a término y prematuro tardío. En nuestro hospital, la hiperbilirrubinemia es una de las patologías más frecuentes en el recién nacido y puede producir la separación madre-hijo durante los primeros días de vida. Es de vital importancia, el diagnóstico y el tratamiento precoz para evitar posibles complicaciones y prolongar el tiempo de tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Ser capaces de identificar aquellos niños con hiperbilirrubinemia.
-Conocer y utilizar correctamente los distintos tipos de fototerapia.
-Mantener una concentración de bilirrubina sérica por debajo del nivel asociado a encefalopatía.
-Unificar criterios.
-Prevenir los efectos indeseables de la fototerapia: deshidratación, hipertermia o daño ocular, entre otros.
-Fomentar y favorecer la continuación de la lactancia materna durante el tratamiento con fototerapia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha elaborado un nuevo protocolo para el personal de la planta, así como hojas informativas para padres. Además se realizarán charlas informativas durante 1 mes, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) el nuevo protocolo, al haber nuevos criterios de fototerapia, cómo colocar las lámparas y cómo deben ser alimentados los recién nacidos sometidos a fototerapia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Correcta indicación de la fototerapia: 100%.
2. Adecuada información a los padres, haciéndolos partícipes del tratamiento: 100%.
3. Correcta colocación y utilización de las lámparas: 100%.
4. Fomentar la lactancia materna durante todo el tratamiento: 100%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del protocolo y hoja informativas para padres, realizadas durante el mes de febrero. Charlas informativas durante el mes de Abril 2018 e instauración inmediata del protocolo. Evaluación de indicadores en 6 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0328 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA. PEDIATRA. CS BARBASTRO. PEDIATRIA
· DELGADO BUENO ANA. PEDIATRA. CS FRAGA. PEDIATRIA
· JANER SUBIAS ELENA. PEDIATRA. CS BINEFAR. PEDIATRIA
· LAMARCA GAY ROCIO. PEDIATRA. CS MONZON URBANO. PEDIATRIA
· LOPEZ ALONSO BEGOÑA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· PERALTA RUFAS ESTHER MARIA. PEDIATRA. CS GRAUS. PEDIATRIA
· VILCHEZ BRUNED ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La infección del tracto urinario (ITU) se define como la existencia de bacterias en el tracto urinario cuando debe ser estéril. Se trata de una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la infancia. Factores no modificables como edad, sexo y raza influyen en la prevalencia de la enfermedad. Aproximadamente el 7% de los niños menores de 2 años presentarán un episodio de ITU febril. Los pacientes que han presentado una primera infección urinaria presentan más riesgo de recurrencia, la mayoría en los primeros 6-12 meses, siendo el 18% para varones y el 26% para mujeres. Después de este tiempo, en los varones las recurrencias son muy poco probables, mientras que en las niñas pueden seguir produciéndose muchos años después por gérmenes distintos al de la primera infección.
La afectación renal aguda se produce en el 50-80% de los casos, de los que un 15-20% quedará afectación renal parenquimatosa permanente. Las alteraciones obstructivas del tracto urinario (funcionales, anatómicas o neurológicas) y el reflujo vesicoureteral pueden favorecer la aparición de ITU y las complicaciones a largo plazo.

El diagnóstico de ITU se basa en la clínica, los datos del análisis de orina (nitritos, leucocitaria y hematuria), así como del urocultivo el cual nos dará el diagnóstico definitivo. El método de recogida de la muestra de orina es fundamental para evitar los falsos positivos o negativos.

El seguimiento de estos pacientes debe adaptarse a los medios disponibles en cada sector. Los objetivos de dicho seguimiento son: detección de malformaciones del tracto urinario, control de las recurrencias y seguimiento de la nefropatía cicatricial. Todo ello supone visitas médicas repetidas, empleo de múltiples antibióticos y exploraciones complementarias relativamente invasivas. Por lo tanto, es fundamental la coordinación de las actuaciones médicas tanto de Atención Primaria como de Hospitalaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Elaboración de un protocolo consensuado entre el Servicio de Pediatría del Hospital y los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector.
2.- Elaboración consensuada de una hoja informativa sobre “Recomendaciones para la vigilancia domiciliaria en la infección del tracto urinario”.
3.- Elaboración consensuada de una hoja informativa sobre “Recomendaciones de recogida de la muestra de orina”.
4.- Fomentar la comunicación entre los Equipos de Pediatría de Atención Primaria – Nefrología Pediátrica del Hospital en aquellos casos problemáticos o de riesgo, con el fin de ofrecer la mejor asistencia a estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Se realizarán charlas informativas al personal del Servicio de Pediatría y de Urgencias (auxiliares, enfermería y facultativos) sobre la importancia de los métodos de recogida de orina y la selección de pruebas complementarias a realizar durante el ingreso.
2.- Curso formativo práctico, basado en casos clínicos, sobre el manejo del paciente con ITU febril e ITUS recurrentes orientado al personal facultativo, enfermería y auxiliares del Sector de Barbastro

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de historias en el que consta método de recogida de orina/total de número de historias revisadas > 90 %
- Número de historias en las que consta recogida al acecho en menores de 2 años/ total de número de historias revisadas > 80%
- Número de historias en las que consta recogida de urocultivo previo al inicio de antibioterapia/ total de número de historias revisadas > 90 %
- Número de historias en las que consta urocultivo de control/ total de número de historias revisadas < 10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración del Protocolo y hojas informativas antes de Junio 2018
- Implantación de dicho Protocolo a lo largo del resto del año
- Evaluación de indicadores en Enero – Febrero 2019.

Proyecto: 2018_0328 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0760 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNO-INFANTILES

2. RESPONSABLE ..... PAULA LALAGUNA MALLADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MINGUEZ SORIO JULIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· SAHUN OBIS CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· COSCOJUELA SANTALIESTRA INMACULADA. TCAE. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· REMACHA GARCIA MARIA JOSE. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABAD SANZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CANO TOLOSANA MARIO. TCAE. H BARBASTRO. PEDIATRIA
· PALACIO LIESA MIRYAM. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Hospital de Barbastro fue acreditado como Hospital IHAN en 2009. Este reconocimiento implica el cumplimiento de unos criterios de calidad en los cuidados que la madre y el recién nacido reciben durante el embarazo, parto y puerperio, haciendo énfasis en la promoción y apoyo a la lactancia materna. Exige también el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna. Nuestro hospital es el único de Aragón que tiene esta certificación y uno de los 17 que existen en España.
Para el mantenimiento del galardón, es necesario un proceso de reacreditación y superar una auditoría externa de evaluadores de UNICEF que valoran si el hospital sigue cumpliendo los estándares de calidad exigidos. Para superar la evaluación, se requiere una monitorización continua de las prácticas, una revisión periódica de la Normativa de lactancia vigente y de los protocolos asistenciales. También la formación continuada de todas las personas implicadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Obtener la reacreditación IHAN superando la auditoría externa de UNICEF.
Cumplir los criterios IHAN de cuidados de nuestra población maternoinfantil durante el parto y en el puerperio inmediato.
Mantener una tasa de lactancia al alta de maternidad mayor del 75%.
Garantizar la formación del personal de nueva incorporación con el curso de Lactancia que organiza anualmente la Comisión de Lactancia del Sector.
Difundir la importancia del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna entre los profesionales y comprobar su cumplimiento en el Sector.
Revisar y actualizar la Normativa de lactancia y los protocolos asistenciales con unificación de criterios en la atención neonatal y la asistencia al parto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La OMS ofrece una herramienta de autoevaluación estructurada para detectar problemas y mejorar el cumplimiento de los 10 pasos. Esta herramienta contempla la recopilación, actualización y revisión de la Normativa de lactancia y de los protocolos, la evaluación de los programas de formación en lactancia materna y del número de profesionales formados, la valoración de estadísticas relativas a la lactancia y la comprobación del cumplimiento del Código de comercialización de Sucedáneos de la leche materna.
Para llevar a cabo el Proyecto, proponemos la utilización de esta herramienta como método de autoevaluación que facilitará la detección de las deficiencias en el cumplimiento de los 10 pasos.
Según los resultados de la monitorización interna se programarán sesiones con los diferentes servicios enfocadas a mejorar el cumplimiento de los 10 pasos IHAN.
Se programará un nuevo curso de Lactancia Materna que se realiza con periodicidad anual para completar la formación de los profesionales de nueva incorporación.
Recopilación de toda la documentación relacionada con la IHAN, Normativa y protocolos, de forma que estén accesibles y disponibles para todos los profesionales desde la portada de la intranet del Sector.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Evaluación de las encuestas de monitorización de la OMS realizadas a las madres al alta de maternidad y superación de > 80% de los ítems.
- Tasa de lactancia materna al alta de maternidad > 75%
- Porcentaje de profesionales con formación en los servicios implicados que son capaces de superar la herramienta de monitorización > 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración de un año:
Primer SEMESTRE
• Reunión de la Comisión de lactancia para definir plan de acción
• Revisión y actualización de los protocolos y de la Normativa de lactancia
• Monitorización y evaluación de la situación a través de la realización de las encuestas de monitorización de la OMS a madres y profesionales
• Evaluación del cumplimiento del Código de Comercialización de sucedáneos en Sector con el instrumento de

Proyecto: 2018_0760 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNO-INFANTILES

monitorización de la OMS

Segundo SEMESTRE
. Emitir informe de auditoría interna, tasas de lactancia y documentación revisada y elaborada a la IHAN para su evaluación.
• Realización de curso de formación básico para profesionales de nueva incorporación y formación continuada
• Difusión de los documentos y sesiones para mejorar deficiencias detectadas en la evaluación interna
• Solicitud de la auditoría externa para la reacreditación a la IHAN

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1431 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... LUIS MINGUILLON ARANDA
· Profesión ..... INGENIERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VINYAS ORUS ENRIQUE. MEDICO/A. H BARBASTRO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· CUELLO ACIN DANIEL. INGENIERO/A. H BARBASTRO. MANTENIMIENTO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El plan de autoprotección del hospital de Barbastro no está actualizado ni divulgado adecuadamente. En este sentido, se está incumpliendo la legislación vigente, además de que, en el hipotético caso de que ocurriera una emergencia, el personal desconoce las normas de actuación, poniéndose por tanto en peligro, además de las instalaciones del hospital, la integridad física tanto de los trabajadores del hospital como de los pacientes y acompañantes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actualizar y divulgar el plan de autoprotección del hospital.

Formar al personal responsable de actuación en caso de emergencia.

Formar al personal de los distintos servicios del hospital.

El proyecto está dirigido a la integridad de los trabajadores del hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Cooperación con empresa externa para actualizar el plan.

Elaborar normas de actuación para cada servicio del hospital.

Realizar formación específica en cada servicio del hospital.

Realizar formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección.

Realizar simulacro de evacuación en colaboración con bomberos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador: Existencia de plan de autoprotección actualizado.
Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de simulacro
Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de cursos de formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección.
Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de cursos de formación específica en cada servicio del hospital acerca de la parte del plan de autoprotección que es competencia de cada servicio.
Evaluación: La medida sería SÍ/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actualización del plan de autoprotección: junio-octubre 2018.

Realización del simulacro de emergencias: diciembre 2018

Formación específica en cada servicio del hospital: octubre 2018-enero 2019.

Formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección: octubre 2018-enero 2019.

El responsable de todas las tareas es el técnico de prevención del hospital. Colaboradores: médico de salud laboral e ingeniero de mantenimiento.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1431 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No procede
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0892 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA PUEYO VICENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COSTA BRUALLA CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· PARDENILLA VIÑUALES EMMA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· CARRERA ALEGRE ANA JOVITA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· BALLARIN BUISAN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· BELLOSTA PUEYO MERCEDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· ABAD SANZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el servicio de quirófano del hospital de Barbastro tratamos pacientes que presentan dificultades del abordaje de la vía aérea. Para ello disponemos de un carro de intubación dificultosa provisto de materiales y accesorios indispensables para realizar una exitosa intubación. Debido a la elevada oferta de nuevos materiales en el mercado, este carro ha sufrido cambios recientemente, por lo que pensamos que es fundamental actualizar su contenido y que todo el personal lo conozca, ya que se utiliza para la intubación dificultosa de los pacientes descritos anteriormente, para intervenciones quirúrgicas en pacientes con patologías más graves, que anteriormente se derivaban a otros hospitales por no disponer de UCI, y también se utiliza en el servicio de UCI.

Ante estas evidencias pensamos que es necesario la actualización, reestructuración y mejora del carro de intubación dificultosa que existe en la unidad, a la vez que unificar la actuación ante estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Estandarización y unificación de la actuación en pacientes con intubación dificultosa.
2. Reestructurar y organizar el carro de intubación dificultosa, adecuándolo al material nuevo.
3. Divulgación de los nuevos cambios al personal del servicio de quirófano.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Se añadirá el material nuevo al carro de intubación dificultosa y se retirará el que ha quedado obsoleto.
2. Imprimir hojas nuevas de reposición y revisión del contenido del carro.
3. Sesión formativa al personal de quirófano y UCI de los nuevos cambios y las actuaciones a seguir.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Nº de sesiones:
• Nº de asistentes:
• Hojas impresas de contenido y revisión (si/no)
• Listado del material del carro (si/no)
• Hoja de registro de intubación con fibroscopio e incidencias
• Nº intubaciones con fibroscopio
• Nº intubaciones con fibroscopio exitosas / nº intubaciones con fibroscopio total.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Reestructuración y organización del carro: noviembre 2018
• Imprimir hojas de contenido y revisión:noviembre 2018
• Realizar sesiones: enero – febrero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con via aerea dificultosa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0892 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0895 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINA HUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO EN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MONICA BALLABRIGA GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRANCES ROMERO HELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· ESPUÑA GARANTO MERCEDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· BOLEA TOLOSANA SIRA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· ESPIN UTRERA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· BOIX GONZALEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
· BENTUE OLIVAN LUCIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Existen pacientes con deficiencia de factores de coagulación, tanto congénita como adquirida, que precisan una intervención quirúrgica, ya sea programada o urgente, en la que se presenta un riesgo real de hemorragia intraoperatoria que compromete la vida del paciente. Para evitar errores que repercutan en la seguridad de estos pacientes se precisa la correcta preparación y administración de un complejo de protrombina humana de los factores de coagulación II, VII, IX y X, que disminuyan de forma significativa el riesgo de hemorragia de los pacientes afectados por esta deficiencia
Es importante conocer el procedimiento de preparación del complejo, la vía y el tiempo de administración, puesto que se trata de una medicación de uso poco frecuente y con una técnica diferente a las medicaciones habituales. Por eso la necesidad de elaborar una guía que unifique pautas de actuación para el personal del servicio y garantice la seguridad del paciente, que disminuya el riesgo de hemorragia y aumente la supervivencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estandarizar y unificar en el servicio de quirófano los criterios de aplicación de protrombina humana en los casos en los que se precise, aumentando así los conocimientos del personal del servicio sobre la actuación a llevar a cabo, para mejorar el grado de seguridad del paciente con grave riesgo de hemorragia o hemorragia activa intraoperatoria. Divulgar en el servicio la correcta preparación y administración intravenosa del complejo de protrombina

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- realizar guía de pautas de actuación en caso de pacientes que requieran tratamiento con complejo de protrombina humana.
- Elaborar posters informativos con los pasos a seguir, accesibles para todo el personal.
- Sesiones formativas dirigidas al personal

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización de la guía de pautas de actuación (si/no)
- Nº de sesiones formativas
- Nº de asistentes a las sesiones formativas
- Nº de intervenciones quirúrgicas que se posponen por el retraso en la administración del tratamiento
- Nº pacientes en los que ha mejorado el INR / nº pacientes que han recibido tratamiento con prothromplex.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboración de la guía de pautas de actuación en la aplicación de protrombina humana endovenosa: noviembre 2018
- Diseño de poster informativo: diciembre 2018
- Sesiones formativas dirigidas al personal: diciembre 2018 - enero 2019
- Registro de tratamientos aplicados y resultados de INR pre y post tratamiento: de mayo de 2018 a marzo de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2018_0895 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINA HUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO EN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0057 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

2. RESPONSABLE ..... RUTH FERNANDEZ SANCHEZ
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ GONZALEZ ANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
· ARAGON SANZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· REMACHA GARCIA MARIA JOSE. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
CASUÍSTICA:
La prevalencia de disfunciones como la IU varía en los diferentes estudios del 3 al 43% y, según datos del estudio Epidemiology of Urinary Incontinence in Nord-Trondelag (EPINCOT), es más frecuente a partir de los 55 años de edad. Las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, hacen que síntomas como la urgencia miccional o la IUE se expresen más frecuentemente en mujeres.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la atención al usuario que es escuchado y valorado respecto a unos síntomas de gran impacto psicosocial.

Aliviar su sentimiento de frustración, culpa, vergüenza y pérdida de autoestima y confianza en sí mismo.

Favorecer la relación interdisciplinar de los profesionales implicados en la Unidad de SP

Promover actividades de formación de los sanitarios implicados

Promover la educación para la salud, mediante técnicas de prevención de disfunciones posteriores al parto.

Disminuir la incidencia de desgarros perineales en la fase de expulsivo.

Aumentar el grado de satisfacción de las pacientes embarazadas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACTIVIDADES
Incorporar la consulta de PDP a la Cartera de Servicios del hospital.

Crear la consulta de suelo pélvico específica

Crear grupo de trabajo interdisciplinar
".Consulta de suelo pélvico:Dirigida al diágnostico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Tratamiento individualizado y/o grupal.

.Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior."

Oferta formativa a través de programa focuss

Curso "Preparación perineal en embarazadas"
Sala de tratamiento individualizado .
Sala de tratamiento grupal.

FORMACIÓN-INVESTIGACIÓN:
Estudio sobre la neuromodulación del nervio tibial posterior.

Controversia entre aplicación transdérmica y percutánea.

Estudio sobre el masaje perineal en la prevención de desgarros durante el parto y su relación con otras

Proyecto: 2018_0057 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

variables como la posición materna durante el parto, edad materna, dirección del pujo o no y aplicación de calor o lubricante.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR Y ESTÁNDAR
Realización de curso por personal multidisciplinar
“preparación perineal preparto”: SI

Valoración de escala PERF en 1ª visita médica: 90%

Cuestionario de calidad de vida validado a los pacientes,
administrado por personal de Enfermería: 90%

Nº desgarros perineales/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Nº episiotomías/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Embarazadas en consulta de USP/nº total de parto: mejoría respecto año previo

Nº desgarros/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Nº episiotomías/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Administración de encuesta de satisfacción con la USP a embarazadas y puérperas: 80%

Reducción del uso de sistemas de protección (compresas, pañales): SI

Prolapsos no intervenidos quirúrgicamente tras 6 meses de consulta USP: SI

EVALUACIÓN PERIÓDICA:
Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Ratio primeros días/revisiones. Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año. Número de seiones/año. Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, cuestionarios de calidad de vida, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Años 2017 (ya implantado) y 2018.

PLAN DE COMUNICACIÓN:
"Divulgación a los profesionales dentro del programa de las propias acciones formativas.

Comunicación por parte de cada componente del equipo a los profesionales de su correspondiente Unidad.

Sesiones clínicas en los centros de AP.

Participación mediante charlas informativas, aprovechando eventos como las semanas culturales de los pueblos de nuestro Sector.

Talleres dirigidos a estudiantes de secundaria en institutos.

Publicación en blogs "

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0057 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Proyecto: 2018_0719 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARIA MARIN GASPAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ GONZALEZ ANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
· COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
· CASTILLO CORRALES MARIA DE LOS ANGELES. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
· NERIN BUEN NATALIA. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
· LOSCERTALES SESE AGUSTIN. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
· BROTO BESTUE JESUS ANTONIO. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
· BLASCO PEREZ NURIA. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los paciente intervenidos de prótesis total de rodilla presentan una mejor evolución si inician de forma precoz tratamiento rehabilitador;
Debido a la gran dispersión geográfica del sector muchos de estos pacientes no pueden acudir a tratamiento.
Se ha observado en diversos estudios que los pacientes que realizan en su domicilio un programa de ejercicios específicos presentan mejor evolución respecto a los que no, pudiéndose incluso disminuir el gasto sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar un tríptico informativo para pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla en el que se incluyan ejercicios para realizar en domicilio y signos de alarma ante los que acudir al médico.
Dicho tríptico será entregado a los pacientes intervenidos de dicha patología en la primera valoración por el médico rehabilitador.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los distintos miembros del equipo realizaremos reuniones periódicas para realizar la elaboración del tríptico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla primaria valorados por el servicio de rehabilitación a los que se les entrega tríptico respecto el total de intervenidos valorados
Valor a alcanzar superior al 60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comenzaremos a reunirnos de forma periódica para realizar él tríptico durante el mes de mayo. Una vez finalizado lo entregaremos a los pacientes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0759 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOAQUINA CASAS LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARIN GASPAR ELENA MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
· COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
· RODRIGUEZ ESCUDERO PALOMA. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
· RAMON BUISAN ROSARIO. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
· FERNANDEZ SANCHEZ RUTH. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
· FERNANDEZ FERNANDEZ SALOME. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
· PISA MAÑAS JARA. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El linfedema es una enfermedad crónica. En nuestro medio, el origen más frecuente es el neoplásico por carcinoma de mama en la mujer. La atención al linfedema en el Servicio de Rehabilitación, consiste en una intervención precoz, mediante educación sanitaria sobre autocuidados y ejercicios favoreciendo la movilidad articular. Se realiza una valoración sistemática del riesgo de desarrollar linfedema. En el caso de aparecer linfedema, se establece un plan terapéutico y un sistema reglado de acceso a la consulta.
Es preciso para un buen manejo de esta patología, protocolizar y estructurar las intervenciones de prevención, tratamiento y seguimiento. Consideramos también necesario la elaboración de un protocolo de actuación unificado, porque nos permitirá la evaluación de la eficacia del tratamiento

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto se realiza en el Servicio de Rehabilitación, en pacientes diagnosticados de linfedema o susceptibles de padecerlo. Nuestros objetivos son:
-Conseguir la uniformidad en la valoración clínica: anamnesis, exploración física, medición de miembro afecto (circometría), solicitud de pruebas diagnósticas y uso de escalas de valoración de linfedema
-Obtener uniformidad de criterio diagnóstico e iniciar la puesta en marcha de un protocolo de tratamiento según estadificación y postcirugía de linfedema
-Establecer la periodicidad de las revisiones en el seguimiento del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración del protocolo de manejo clínico del linfedema con la implantación de: una plantilla de recogida de datos, un algoritmo de tratamiento, y evaluación con escalas específicas que nos faciliten las decisiones terapéuticas y el seguimiento
-Puesta en marcha del protocolo en nuestra actividad asistencial

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de utilización de la plantilla de exploración física (dentro de la HC) en la que se recogen los datos más relevantes para comparar cambios evolutivos (valor por encima de 80%)

% de cumplimiento del protocolo de tratamiento conservador del linfedema y tras cirugía (valor por encima de 80%)

% de utilización de escalas de valoración de linfedema (valor por encima de 80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Junio: elaboración del protocolo de valoración y tratamiento del linfedema
-A partir de Julio creación y establecimiento en nuestra actividad asistencial con expectativa de implantarse como medida establecida

-Diciembre: memoria y evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. enfermedad del sistema linfático
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0876 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

2. RESPONSABLE ..... ANA MARTINEZ GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
· VELASCO GOMARA SOLEDAD. TCAE. H BARBASTRO. REHABILITACION
· SUELVES MONTES PILAR. TCAE. H BARBASTRO. REHABILITACION
· SUBIAS TRICAS MERCEDES. TCAE. H BARBASTRO. REHABILITACION
· SANMARTIN SATUE CONCEPCION. TCAE. H BARBASTRO. REHABILITACION
· PATIÑO GARCES MARIA CARMEN. TCAE. H BARBASTRO. REHABILITACION
· GRANDE MELCHOR MARIA PILAR. TCAE. H BARBASTRO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Vemos la necesidad de realizar un protocolo de infiltraciones intraarticulares ante la variabilidad de técnicas utilizadas desde la preparación del material, asepsia del campo y del material utilizado y las patologías tratadas. El objetivo es unificar criterios y evitar complicaciones graves.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Crear un protocolo en el que se especifique el material necesario, técnicas de asepsia, instauración de consentimiento informado escrito al paciente y evitar complicaciones derivadas de una incorrecta actuación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
crear un protocolo y hacerlo extensible a todo el Servicio de Rehabilitación (médicos y TCAE). Crear un consentimiento informado para el paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización de un consentimiento informado
- Realización del protocolo y su puesta en marcha

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio:1/6/2018
Finalización: 31/12/2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0647 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL IMPACTO (I) DE LA CONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGIA DURANTE EL AÑO 2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL PINA SALVADOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAMISEL MUR ELENA. TCAE. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La situacion actual de la consulta de Reumatologia presenta grandes demoras por excesivo numero de pacientes que se ven de primer dia, lo que genera disminucion importante de los huecos de agenda para las revisiones de pacientes cronicos y los que estan pendientes de resultados. Se trata de evaluar como la herramienta de la CONSULTA VIRTUAL es capaz de mejorar la gestion de la consulta para solucionar parte de la problematica comentada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos conseguir una drastica reduccion del numero de pacientes que requieran consulta presencial y de esa manera disponer de mas huecos para las revisiones sucesivas (acortando demoras) y los pacientes pendientes de resultados.
SE VALORARAN:
a) DEL TOTAL DE PACIENTES REMITIDOS, CUANTOS HAN SIDO CITADOS PARA CONSULTA DE PRESENCIA FISICA.
b) Nº DE CONSULTAS DE ALTA RESOLUCION, ENTRE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE PRIMER DIA.
c) REPERCUSION EN LA DEMORA PREVIA EXISTENTE DE LAS CONSULTAS SUCESIVAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Utilizacion de la plataforma online de Consulta Virtual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los datos seran recogidos en hoja excel y volcados en programa estadistico, pendiente de concretar, para evaluacion de resultados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De enero de 2017 a 31 de diciembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_0754 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RESULTADOS DEL TEST DE PATERGIA EN PACIENTES HLA-B51 + Y/O SOSPECHA DE S. DE BEHCET

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL PINA SALVADOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NASARRE GER ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. BIOLOGICOS
· NULL NULL LORENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. BIOLOGICOS
· GAMISEL MUR ELENA. TCAE. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA
· OLIVAR ORTEGA LORENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
· LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
· SALAS BALLARIN EVA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
· SAMITIER PUY MARIA JOSE. TCAE. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Aportar al clinico un dato objetivo y fidedigno que ayude al diagnostico de los pacientes con sospecha de enfermedad de Behcet

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se trata de una prueba complementaria de gran ayuda diagnostica para las especialidades medicas que trabajan con pacientes sospechosos de padecer una enfermedad de Behcet (EB).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las enfermeras encargadas de aplicar el test cutaneo deberan adquirir formacion teorico-practica mediante la asistencia a cursos y talleres de enfermedades autoinmunes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se procedera a la consulta de la bibliografia existente sobre el tema.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La aplicacion sera anual y renovable una vez implementada la tecnica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0119 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTE AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL BARBASTRO

2. RESPONSABLE ..... MONICA ZAMORA ELSON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CENTENO OBANDO JUAN JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. UCI
· LISA LOPEZ VICTORIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
· GARCIA CLAU SUSANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
· LLANAS RECH MONICA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
· PLAZA CUELLO ALBA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
· CALVO SARVISE ASUNCION. TCAE. H BARBASTRO. UCI
· FRANCO MONTES MARIA PILAR. TCAE. H BARBASTRO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Es necesario realizar una evaluación nutricional adecuada de los pacientes a su ingreso en UCI. Detectar los paciente que cumplen parámetros de desnutrición o están en riesgo de padecerla. En esto pacientes hay que introducir la nutrición artificial de forma lenta para evitar complicaciones como el síndrome de realimentación. También realizar diferentes escalas de valoración nutricional como son el Nutric-score, IMC, Conut o NRS2002 para saber que escala nos da más información sobre el estado nutricional del paciente al ingreso, y si sus resultados se correlacionan con mayor o menor mortalidad del paciente. También protocolizar el inicio nutrición artificial en cada paciente según sus características y necesidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Comparar las diferentes escalas para valorar nutricionalmente a los pacientes que ingresan en UCI
- Objetivar que pacientes al ingreso están en riesgo de desnutrición
- Valorar riesgo de Sindrome de realimentación
- Protocolizar inicio de nutrición artificial según caracteristicas del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Pesar y tallar al paciente al ingreso
- Analitica al ingreso con parametros bioquimicos
- Calcular los scores nutricionales previstos
- Seguimiento nutricional de los pacientes durante su ingreso en UCI
- Vigilar aparición de Síndrome de realimentación

Sesión docente al servicio para explicar el proyecto
Reuniones bimensuales con el equipo para seguimiento del proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se ha generado una base de datos para recoger los datos indicados en el apartado anterior. Una vez finalizada la recogida de datos se realizara el estudio estadistico correspondiente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se plantea como un proyecto de continuidad. La recogida de datos se ha iniciado en el año 2018. Se recogeran datos durante 2 años para tener mayor base de datos y obtener datos significativos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. patologias que requieran ingreso en UCI
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0244 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PESQUER VILAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PIQUERAS PLA CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· MALO ASO ALEJANDRA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· MUR LASPALAS SARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· OLIVAR ORTEGA LORENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· MARTIN LOPEZ MIRIAM. TCAE. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· ROPERO MAIZ MARGARITA. TCAE. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· MC KINNEY ALBAR SINEAD. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La UCC es un servicio con poco más de un año de antigüedad que se pone en marcha desde cero, sin tener un conjunto básico de normas y rutinas de trabajo comunes. Hay que consensuar y organizar el trabajo diario y nos encontramos, por un lado, un grupo de TCAE con cierta experiencia laboral pero procedentes de servicios diversos y por otro lado, otro grupo con escasa experiencia hospitalaria. Entendemos pertinente este proyecto porque nos permite unificar criterios y ofrecer conocimientos con lo que pretendemos asentar una sólida base de trabajo en una línea común.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Reconocer el material básico para auxiliar a las enfermera en las técnicas básicas y toma de muestras.
- Ser capaz de dar los cuidados necesarios a la diversidad de pacientes: apoyo en la alimentación a los pacientes con disfagia, practicar una higiene adecuada, prevención de lesiones por presión ...
- Actuación ante una PCR en planta y limpieza posterior de los materiales que se hayan utilizado (laringoscopio, ambú ...)
- Necesidades especiales en los pacientes aislados. Conocer los distintos tipos de aislamientos.
- Conocemos a nuestro paciente tipo: EPOC e IC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesiones formativas semanales de 30 minutos de duración impartidas en el mismo servicio para que llegue al 100% de los trabajadores aunque estén en su jornada laboral.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
De cada sesión saldrá una pauta común de trabajo relativa al tema tratado.
Se entregarán por escrito los contenidos de cada sesión a cada participante.
Sensación percibida de mejora de conocimientos por parte de todo el equipo, lo que repercutirá en un trabajo más fluído y organizado y mejor aprovechamiento de recursos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 24 enero: Material básico para técnicas de enfermería: VP, SV y SNG
- 31 enero: Recogida de muestras: técnicas y recipientes
- 7 febrero: Toracocentesis, Paracentesis y Punción lumbar
- 14 febrero: Paciente con disfagia
- 21 febrero: Carro de paros. Actuación ante una PCR en planta
- 28 febrero: Productos de limpieza de material e higiene del paciente
- 7 marzo: Aislamientos
- 14 marzo: Limpieza del ambú
- 21 marzo: Fisiopatología básica del EPOC e IC
- 28 marzo: Material para cura de heridas

Una vez terminado el ciclo de sesiones, se hará una evaluación conjunta de los resultados obtenidos y se propondrán nuevas fechas si hiciera falta repasar algún tema o surgieran nuevas inquietudes formativas, siempre relacionadas con el paciente y las actividades de nuestro servicio.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0244 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

Proyecto: 2018_0401 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y DESCANSO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA ROPERO MAIZ
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALTEMIR PALLARUELO ALICIA. TCAE. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· RODELLAR LINES PURIFICACION. TCAE. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· LARRUY ROMAN DOLORES. TCAE. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· MARTIN LOPEZ MIRIAM. TCAE. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· GUALLAR PADILLA VERONICA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· BALLABRIGA GONZALEZ VIRGINIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hay estudios que confirman que entre los factores que alteran el sueño de los pacientes ingresados en un hospital está el despertarse y acostarse más temprano de lo habitual y las interrupciones nocturnas. Dichas interrupciones suelen ser debidas a la luz excesiva,rutinas y cuidados de enfermería, al paciente o al compañero de habitación, al ruido en la unidad de hospitalización,al dolor, fatiga,miedo o preocupación. A todo esto, se añaden las siestas diurnas propiciadas por el tiempo que deben que permanecer en cama o sentados sin mayor distracción.
Para empezar a mejorar esta situación proponemos adoptar una serie de medidas de fácil implantación, resultado de la revisión de artículos con evidencia científica, es decir, con resultados fiables

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Promover el respeto al sueño de los pacientes,como medida de humanización de los cuidados, visibilizando su importancia y adoptando recomendaciones que reduzcan los factores que intervienen en su interrupción

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La propuesta se basa en dos frentes de actuación:
1. Informar y concienciar a los profesionales de la salud
2. Establecer de un plan de comunicación para que el mensaje llegue a la población en general a través de los profesionales que les cuidan
Se propone actuar en los siguientes campos:
Sobre la luz: estableciendo un fotoperiodo hospitalario que permita diferenciar las horas diurnas y nocturnas, apagando luces que no sean imprescindibles, cerrando puertas y persianas, regulando intensidad de pantallas y monitores, etc.
Sobre el ruido: disminuyendo el tono de conversación y evitar la cercanía a las habitaciones sobre todo en la siesta y la noche
Sobre el ruido del aparataje: revisando su distribución física, sonido de alarmas y luces, sustitución de ruedas ruidosas, etc.
Sobre el paciente: utilizar tapones en los oídos en los periodos de descanso
Organización de los cuidados realizando la evaluación de las características del sueño del paciente controlando los síntomas que puedan interferir en el sueño y facilitar la comodidad en los dispositivos y ambientes favorables: ropa de cama limpia y cómoda si se precisa, cambios posturales antes del inicio del sueño, permitir el uso de pijamas propios,control de tª ambiental evitando extremos, retirada de dispositivos clínicos prescindibles, control de los síntomas relacionados con el proceso de hospitalización, cuidados y tareas individualizadas y centradas en la situación del paciente, emparejar a pacientes en función de sus cuidados, no realizar ingresos ni traslados a partir de las 23:00 horas, y si fuera necesario adecuar el tono de voz, luz, ruidos, etc

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Describir la calidad del sueño en pacientes hospitalizados y los factores que intervienen en su interrupción, mediante una encuesta que se realizará al ingreso
-Así mismo se informará también a los familiares acompañantes como ser cuidadores del sueño
-Evaluar la intensidad del ruido durante el período nocturno que va de 00:00 a 6.30H
-Describir el flujo de tareas que realizan los profesionales sanitarios durante el período nocturno
-Al alta hospitalaria, realizar una nueva encuesta de calidad del servicio en la cual se incluirán nuevamente las vivencias y experiencias respecto al sueño
-Se realizarán evaluaciones periódicas de los resultados obtenidos y se propondrán nuevas actuaciones en el caso de que fueran necesarias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
*1 junio al 30 de septiembre: recogida de datos, explorando las vivencias y experiencias de los pacientes hospitalizados y conociendo su interpretación del “dormir en el hospital”, conociendo sus preferencias a la hora de dormir
*1 al 30 de octubre: implantar en la práctica las actuaciones propuestas, realizando al alta del paciente una

Proyecto: 2018_0401 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y DESCANSO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

nueva encuesta en la que se valore la calidad del sueño
*1 al 30 de noviembre: evaluación de los resultados obtenidos en los tres meses anteriores, basándonos en las experiencias y encuestas realizadas a los pacientes y familiares para así poder realizar las correcciones oportunas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0409 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA ANADON ZULEMA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· AREVALO DURAN MONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LORIENTE GARCIA CLARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· BITRIAN DEL CACHO ANDRES. MEDICO/A. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· PUJALA TORRALBA MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· AGUIRREGOICOA OLABARRIETA IVAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO
· CANAHUIRI AGUILAR JULIO CESAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hoy en día la realización de pruebas diagnósticas de imagen aumentan la demanda, siendo imprescindibles en la práctica clínica habitual. La variabilidad en la utilización y su solicitud puede indicar inadecuación. La sobre demanda asistencial, la dispersión geográfica y el acceso del Médico son factores que influyen en la toma de decisiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Revisar Conjuntamente desde Servicio de Urgencias y Servicio de Radiología las peticiones, indicaciones y el uso adecuado de las Pruebas de imagen. Elaborar un protocolo de uso adecuado, identificando y recomendando la técnica mas adecuada en casa caso, revisando las solicitudes para presentar unos criterios mínimos de justificación y calidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Identificar problema – Evaluación Inicial -Revisión de Bibliografía por componentes.
2.- Charlas-Sesiones en Servicio tres anuales.
3.- Reunión puntos comunes, peticiones, criterios mínimos volantes
4.- Identificar Responsables proceso. Supervisión.
5.- Evaluar Final

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº solicitudes adecuadas por diagnostico final / total de solicitudes
Nº solicitudes cumplimentadas correctamente con criterios minimos / numero total
nº pruebas solicitadas período mismo año anterior, comparación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
del 1 de Junio del 2018 al 31 Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1255 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER MARTINEZ CASTILLON
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AURED DE LA SERNA ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
· GONZALEZ IGLESIAS CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. UCI
· EITO CUELLO JUAN JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· BAGÜESTE MORAN PATRICIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· CAMPO GALLARTA CESAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PONS MATEO MONTSERRAT. MIR. H BARBASTRO. URGENCIAS
· GOMEZ MARQUEZ MARIA. MIR. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro se atienden inicialmente alrededor de 40 pancreatitis agudas (PA) al año. De ellas, un 65 % ingresan en el servicio de Medicina Interna, un 24 % ingresan en Cirugía y un 3 % ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se dibuja así un escenario multidisciplinar en el que, de forma observacional, se ha detectado una heterogeneidad en el tratamiento inicial de la PA en los diferentes servicios implicados en su manejo.
En marzo de 2018, el Comité de Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Gastroenterología publica las siguientes recomendaciones oficiales para el tratamiento inicial de la pancreatitis aguda.
1- Dieta oral precoz. En pacientes con PA la AGA recomienda dieta oral precoz (dentro de las primeras 24h) siempre que el paciente la tolere, mejor que dieta absoluta. La AGA recomienda el uso de nutrición enteral (oral o sonda) comparado con el uso NPT.
2- Colecistectomía. La AGA recomienda la realización de ésta durante el ingreso en aquellas PA de origen biliar, en comparación con una intervención diferida.
3- Intervención breve sobre el abandono del alcohol durante el ingreso de una PA de causa enólica.
4- La AGA sugiere la NO utilización de manera sistemática de una CPRE en aquellas PA de origen biliar sin evidencia de colangitis.
5- La AGA sugiere la NO utilización de antibioterapia profiláctica
Basándonos en el mayor grado de evidencia científica disponible hasta la fecha creemos necesario realizar una puesta en común del abordaje inicial de esta patología, mejorando así la Calidad Científico-Técnica de nuestro hospital en relación con esta patología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal
- Crear un protocolo multidisciplinar para el manejo inicial de la PA en el Hospital de Barbastro
Objetivos específicos
- Actualizar el conocimiento científico sobre el tratamiento de la PA en base a las últimas recomendaciones de la Asociación Americana de Gastroenterología.
- Realizar sesiones clínicas hospitalarias divulgativas fomentando el debate y la expresión de ideas, de cara a la creación de nuevos puntos de mejora durante el año posterior a la implantación del protocolo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se formará un equipo de trabajo multidisciplinar integrado por diferentes servicios hospitalarios. El grupo dispone de un coordinador.
- Se realizará una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes fuentes como PUBMED, EMBASE, SCIELO de trabajos y documentos relacionados con el tratamiento inicial de la PA.
- Se realizará una fase de elaboración del protocolo. Se ha acordado previamente la estructura general del documento y los componentes principales del mismo. Una persona del equipo se ha encargado de realizar un primer borrador, que ha sido revisado y consensuado en varios pases por el resto del equipo hasta su redacción final.
- Se realizará una sesión divulgativa en el Hospital de Barbastro donde se exponga dicho primer borrador. Se invitará a todos los Servicios Implicados en el tratamiento de la PA a su asistencia y debate, con el objetivo de consensuar todas las opiniones y perfilar el primer borrador
- Elaboración de Hoja de registro con el número de profesionales asistentes a Sesión Clínica Hospitalaria
- Se realizará un segundo y definitivo documento con las modificaciones que resulten de la puesta en común del primer borrador, según lo acontecido en la Sesión Clínica Hospitalaria.
- Se realizará una breve conclusión sobre los objetivos logrados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de Servicio y profesionales implicados que acuden a formación
- % de Servicios donde se implanta el protocolo
- % de Servicios que actúan de acuerdo al protocolo instaurado
- Tras la instauración del protocolo, y tras un periodo de funcionamiento de un año, se realizarán reuniones semanales durante un mes, con el equipo multidisciplinar donde cada facultativo aportará información acerca de su Servicio, sobre los logros conseguidos durante este año, así como las dificultades y los problemas

Proyecto: 2018_1255 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

observados durante la implantación del protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración del proyecto: marzo 2018 - Julio 2019
Marzo 2018 a junio 2018
- Creación del equipo multidisciplinar. Búsqueda de bibliografía y recogida de datos
- Reuniones de los facultativos del grupo de mejora para la puesta en común de ideas y diseño preliminar del protocolo.
- Sesión Hospitalaria. (mayo-junio 2018) Será realizada por el coordinador del equipo y por el FEA de Cuidados Intensivos.
- Reunión semanal (Junio 2018) con el equipo de mejora para la creación del protocolo final e Instauración del mismo en el Hospital.

Junio 2018 a Junio 2019
- Implantación del protocolo en los servicios implicados

Julio 2019
- Reuniones semanales. Memoria final del proyecto, donde se recogerá las actividades realizadas, los resultados alcanzados, los problemas observados, y las conclusiones finales.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1374 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES DEL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ELISA VALLES TORRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACOMA ABADIA ANA MILAGROS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· TORRES PENA ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· GARCES CAMPO BEGOÑA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· GONZALEZ GARCIA MAGDA. TCAE. H BARBASTRO. URGENCIAS
· TOA LARDIES ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· RENAU GONZALEZ LAIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· ASPAS ARTIGA CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La necesidad de formación específica y especializada de las enfermeras para cuidar de los pacientes en el ámbito de urgencias, así como una formación continuada para actualizar dichos conocimientos, es fundamental si deseamos ofrecer al paciente una atención integral de calidad y dentro de las prácticas seguras. En las Unidades de Urgencias Hospitalarias, se ofrece atención a pacientes con un elevado nivel de gravedad o con riesgo de sufrir complicaciones potencialmente mortales.
Nuestra propuesta desde la propia Unidad de Urgencias del Hospital de Barbastro, es ofrecer una actualización periódica a los profesionales, tanto de conocimientos teórico como instrumentales, del paciente crítico: PCR y técnicas como intubación, vías venosas centrales y centrales de inserción periférica, intraosea, catéter arterial, medición de presión venosa central y a su vez administración de dedicación en dichas técnicas...

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo general es disminuir la variabilidad y la actualización de conocimientos y habilidades en soporte vital avanzado siguiendo las guías actualizadas en 2015. Nuestro servicio dispone de 2 camas de pacientes críticos, donde se ofrece atención urgente a pacientes críticos. El equipo de enfermería de Urgencias está compuesto por una plantilla fija de enfermería de 21 enfermeras y 10 de reducciones de jornada. La plantilla fija de nuestra unidad, que sí está habituada a la rutina de trabajo y dispone de competencias específicas en la materia adquirida gracias a la experiencia de los años trabajados en la unidad. Al ser un número tan elevado de personal fijo y la incidencia de estas prácticas específicas ser bajo, el personal de enfermería precisa de actualización de conocimientos del paciente con PCR e IOT, para asegurar unos cuidados de alta calidad. En épocas de verano contamos con personal que no trabaja habitualmente en el servicio, por lo tanto no está siempre habituada a las prácticas instrumentales de la unidad y se podrían beneficiar de esta formación continuada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Diseñar un plan de actualización para adquirir conocimientos en algoritmos de Soporte Vital Avanzado según las Guías de 2015 del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar y manejo de vía aérea.
2. Estandarización de las actuaciones ante el paciente con RCP y la IOT en paciente critico en el servicio de urgencias para disminuir la variabilidad.
3. Mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestro servicio de urgencias.
4. Actualización de protocolos disponibles en el servicio de técnicas como vías venosas centrales y centrales de inserción periférica, intraosea, etc.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Constatar la elaboración del plan de formación.
2. Elaborar calendario de formación.
3. Indicadores que se van a utilizar:
- Número de profesionales que reciben la formación.
- Autoevaluación de los conocimientos acerca de las técnicas antes y después de finalizar las sesiones para comprobar la asimilación y nivel de adquisición de los conocimientos impartidos por medio de cuestionarios.
- Encuesta de satisfacción a enfermería sobre las actividades de formación continuada llevadas a cabo tras las sesiones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Se implementará un plan de reciclaje específico de dichas técnicas medicalizadas tanto en la esfera teórica como instrumental y el manejo de los fármacos usados, basándonos en las últimas actualizaciones. (Junio- Septiembre)
2. Se elaborará calendario de formación semestral, tanto para el personal fijo como para los contratados.(Noviembre-Diciembre y Mayo-Junio)
3. De acuerdo al calendario, se impartirán sesiones teórico-prácticos al personal de enfermería.(Noviembre-Diciembre y Mayo-Junio)
4. Actualización de protocolos disponibles en el servicio de las técnicas realizadas.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_1374 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES DEL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

Es un proyecto pensado para los clientes internos, pensamos que va a ser muy util tanto para los trabajadores del servicio como para los componentes del grupo y los pacientes graves atendidos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Personal de urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1417 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LA MEDICACION EN LA SALA DE CRITICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... LAURA GRACIA MARGALEJO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLES TORRES ELISA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· PALACIOS DIAZ VANESA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· OTTO NOGUERO PAZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LORIENTE MARTINEZ CLARA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· MAGALLON PUY JUAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· TORIBIO VELAZAMAN BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· AREVALO DURAN MONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La seguridad del paciente, es una de las bases fundamentales de una atención sanitaria de calidad.
Los errores en la administración de medicamentos son responsables de un 19% todos los eventos adversos de salud.
Los pacientes críticos reciben múltiples fármacos, la gran mayoría potencialmente peligrosos si se administran a dosis incorrectas.
Múltiples estudios avalan la necesidad de mejora y refuerzo en la administración de medicación: Estudio APEAS, Estudio SYREC, Estudio ENEAS...
La actuación del personal en la sala de críticos conlleva un estrés asociado a la actuación urgente, queriendo mejorar así la seguridad del paciente facilitando la no equivocación en la administración de medicamentos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Revisar y actualizar la medicación de la sala de críticos del servicio de urgencias, favoreciendo la calidad asistencial y la seguridad del paciente.
Conseguir una administración correcta de los fármacos, evitando errores de administración, realizando una etiquetación en los cajetines de medicación con simbología.
Aumentar la sensación de control de la situación del personal, consiguiendo darles la seguridad que necesitan en situaciones urgentes para evitar errores que ocasionen daños al paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar y actualizar una guía de administración y pauta correcta de medicamentos revisados en el paciente urgente basándonos en las últimas bibliografías.
Etiquetar los cajetines de la medicación por colores y símbolos que puedan advertir el tipo de administración (perfusión, bolo, tipo de suero, fotosensible...)
Etiquetar en medicaciones concretas usos específicos en el fondo del cajetín.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizar leyenda de la simbología de etiquetado y que este visible en el carro de críticos.
Etiquetado de cajetines correcto con pegatinas correspondientes y notas recordatorias de los fármacos.
Registro de incidencias medicamentosas en la sala de críticos.
Medir la satisfacción del personal por medio de encuestas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre: Protocolo de etiquetado, consenso de actualización de medicamentos y reparto de tareas.
Octubre: Etiquetado de los cajetines y nuevo manual de medicamentos disponible en la sala de críticos y reunión con el personal para explicar el etiquetado.
Diciembre: Evaluación de satisfacción del personal acerca de los cambios realizados. Anualmente revisión anual de las incidencias ocurridas en sala de críticos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1050 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIA CLINICA DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) MEDIANTE MALLA SUBURETRAL (TOT)

2. RESPONSABLE ..... MARIA MATA ORUS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CRESPO MAYOR VICENTE. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· CACHI FUENTES GUIDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· CAUDEVILLA ARNALDA ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· HIDALGO SALLAN VERONICA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· SALILLAS GUILLEN RAQUEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· BORREL BORREL EVA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· GARCES BIELSA SONIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Discrepancias en el manejo postoperatorio de las mujeres intervenidas de incontinencia urinaria de esfuerzo. Manejo postoperatorio variable de una paciente a otra.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Unificar los criterios de manejor postoperatorio de los pacientes con IUE intervenidas en el servicio de urología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desarrollar e implantar una vía clínica para unificar el manejo postoperatorio, que se adjuntará en la historia de cada paciente intervenida de TOT.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cumplimiento de la vía clínica en el 60% de los casos (debido a que se inicia el proyecto). Se considerará al menos necesario la cumplimentación del 50% de los casos, y satisfactorio un límite superior del 75% de los casos. Se entiende que 1 de cada 4 mujeres puede precisar cuidados a parte debido a complicaciones relacionadas (o no) con su enfermedad, como por ejemplo fiebre, alteración de glucemia, infección etc que requiera que nos salgamos de la vía clínica estándar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará el 1 de septiembre de 2018 y tendrá una duración de 1 año, fecha en la que se reevaluarán los resultados para evaluar si es preciso modificar la vía clínica o reforzar conceptos de aplicación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1062 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIDROCELE TESTICULAR EN ADULTO: VIA DE REFERENCIA RAPIDA

2. RESPONSABLE ..... GUIDO CACHI FUENTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATA ORUS MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· LARRAMONA PUEYO CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· SAMITIER DIAGO SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· FIERRO UNSAIN MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· FERNANDEZ FELIX MAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· MATA RIVAS PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Retraso en el diagnóstico y discrepancia en el manejo postoperatorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el diagnóstico de los pacientes con hidrocele y unificar los criterios de manejo postoperatorio de dichos pacientes en el servicio de urología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desarrollar e implantar una vía clínica para mejorar el diagnóstico y el manejo postoperatorio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
cumplimiento de la guía en el 60%. Límite inferior de calidad 50% y límite 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio el 1 de septiembre de 2018. Duración prevista de 1 año, fecha en la cual se procederá a reevaluar la situación del proyecto con el fin de aplicar las mejoras pertinentes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1232 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PROSTATA DE BAJO RIESGO

2. RESPONSABLE ..... PETR DOLEZAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CRESPO MAYOR VICENTE. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· MATA RIVAS PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
· CALDERERO ARAGON VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA MEDICA
· ONCINS TORRES ROSA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Vigilancia activa (VA) es una estrategia terapéutica indicada en pacientes diagnosticados de cáncer de próstata de bajo o muy bajo riesgo cuyo principal objetivo es evitar o demorar los efectos secundarios del tratamiento radical, sin perjudicar la supervivencia de los pacientes. Consiste en un control estrecho de los pacientes con monitorización periódica del PSA y tacto rectal y realización de re-biopsias de próstata. En las últimas actualizaciones de las guías de practica clínica de Urología se recomienda también la realización de resonancia magnética multiparametrica (RMNmp) de próstata de forma periódica.
En el servicio de Urología del Hospital de Barbastro se inició el protocolo de VA en el año 2015 y desde entonces se incluyó un total de 14 pacientes. En la última revisión de nuestra serie de pacientes incluidos en VA se objetivó que el cumplimiento del protocolo de seguimiento fue suboptimo y además dado que la RMNmp no forma parte de nuestro protocolo, decidimos actualizarlo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actualización del protocolo actual de vigilancia activa para conseguir que nuestros pacientes estén controlados y tratados según las últimas recomendaciones. Poner en marcha herramientas para conseguir que el control de estos pacientes se ajuste al máximo al protocolo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Simplificar esquema de seguimiento y facilitar acceso a este esquema a todos los facultativos implicados en el seguimiento.
Implementar RMNmp en el seguimiento de los pacientes icluyéndola en nuestro protocolo para poder realizar re-biopsias guiadas por RMNmp.
Mejorar seguimiento de los pacientes creando una base de datos accesible para los urólogos en la consulta y creando un código de citaciones específico para estos pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Realización de RMNmp en el seguimiento de nuestros pacientes tal como especifica el protocolo.
Explicación 1: RMNmp realizadas / total de RMNmp indicadas según protocolo
Estandár 1: > 70%

Indicador 2: seguimiento en consultas
Explicación 2: numero de visitas de los pacientes realizadas / numero total indicado según protocolo
Estandár 2: >70%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo - Junio 2018: Formalización de la versión definitiva del protocolo de VA. Creación de la base de datos de pacientes incluidos. Creación del código de citaciones especifico para paciente en VA.

Julio 2018 - Febrero 2019: Inclusión de los pacientes en la base de datos y seguimiento en consultas según el protocolo actualizado.

Marzo - Abril 2019: Valoración del cumplimiento de los objetivos. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y modificaciones en cara al año siguiente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0296 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA SANCHEZ MOLINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ LAZARO CAROLINA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ORTE GUERRERO JAVIER. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· TAMAMES CERDA ANA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ LAHUERTA RAMON. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GONZALEZ HERNANDEZ PEDRO. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ROMERO SANTAMARIA ALBERTO. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las enfermedades infecciosas son la patogía aguda más frecuente en atención primaria, tanto en adultos como en pacientes pediátricos. El paciente que padece un cuadro infeccioso agudo, no necesariamente, debe recibir tratamiento farmacológico, y menos aún tratamiento con antibióticos, debido que muchos de ellos, son de origen viral o bien responden a otras causas no bacterianas.
El abuso de antibióticos está generando un grave problema en la actualidad, en gran parte a las altas resistencias, que los hacen cada vez menos efectivos, y a la falta de síntesis de nuevas moléculas, muchas de ellas de uso exclusivo hospitalario.
En Aragón, desde enero-septiembre de 2017, el consumo de antibióticos en DDD en prescripción por receta se distribuye de la siguiente manera:
En AP en un 83.4%, siendo en pediatría del 9.2%.
En atención especializada es del 14.1%.
Se ha producido un incremento del consumo durante este periodo, comparado con el mismo periodo en el año 2015.
Este incremento, no solo supone un importante gasto sanitario, si no como hemos dicho anteriormente puede ser un problema para tratamientos futuros, debido a las resistencias cada vez más frecuentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este proyecto, pretendemos analizar la prescripción de antibióticos en nuestra zona, clasificar por edad y patologías los más usados y valorar si son adecuadas estas prescripciones o por el contrario nos excedemos en su uso.
De esta forma podremos realizar una autocrítica, con la que aprender y valorar como mejorar nuestra práctica diaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará una tabla donde se recogerán los datos de todos los pacientes que acudan a consulta de AP de los centros de salud de Albarracín, Bronchales y El Villar del Cobo, así como en la consulta de pediatría del C.S de Albarracín, y aquellos que acudan a AC, que presenten un proceso infeccioso, subsidiario o no a tratamiento AB.
En la tabla se recogerá el N. historia, edad, sexo, proceso infeccioso, si recibe o no ab,ab prescrito en caso de que lo reciba, si se realiza alguna p. complementaria (tipo cultivo...) y si hay recaída o consulta por el mismo proceso en los días siguientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes que reciben AB: N de pacientes que reciben AB/ n. de pacientes que acuden por patologías infecciosas.
Porcentaje por pacientes que reciben AB en pediatría: N. pacientes entre 0 y 14 años que reciben AB/ n. pacientes total de 0 a 14 que han acudido al c.s con patología infecciosa.
Porcentaje de pacientes que reciben AB adolescentes y adultos jovenes: N. pacientes entre 15 y 30 años que reciben AB/ n. pacientes que han acudido de esa edad.
Porcentaje de pacientes que reciben AB en edades medias: N. pacientes entre 31 y 60 años que reciben AB/ n pacientes han acudido de esa edad con patogía infecciosa
Porcentaje de pacientes que reciben AB mayores de 60 años: N. pacientes mayores de 60 años que reciben AB/ n pacientes que han acudido al c.s mayores de 60 años con patología infecciosa.
Por patologías.
Porcentaje de pacientes que reciben AB con patología respiratoria: n. pacientes que reciben AB que presenta una patologia infecciosa/ n. pacientes totales con patología infecciosa.
Porcentaje de pacientes con patología urinaria que reciben AB: n. pacientes que reciben AB al acudir con patología urinaria/ n pacientes totales con patología urinaria.
Porcentaje de pacientes con patología digestiva que reciben AB: n. pacientes que reciben AB con patología digestiva/ n. total de pacientes con patoloíga digestiva.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Recogida de datos desde mayo de 2018 a diciembre de 2018

Proyecto: 2018_0296 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0309 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

2. RESPONSABLE ..... MANUEL GALINDO DOBON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN CLEMENTE MANUELA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLON ALFAYE IGNACIO. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· ROMEO MARTIN NATIVIDAD. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ LAHUERTA RAMON. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· BLANCO MARCO BEATRIZ. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La FA es la arritmia sostenida más frecuente en la población general, con una prevalencia entre el 3% y el 4.5% según estudios, prevalencia mucho mayor en población de edad avanzada y con factores de riesgo cardiovascular.
La FA es asintomática o paucisintomática en hasta el 40% de los casos
Se estiman en hasta un 20% los casos de FA no diagnosticados.
Con unos datos de 72 pacientes con diagnóstico de FA en nuestra Zona de Salud (2.64%) es de esperar, según la menor o mayor horquilla de prevalencia de los estudios consultados, la existencia de entre 10 y 30 pacientes con FA no diagnosticada. Estudios de cribado previos muestran para España datos de entre el 6% y el 8% de FA oculta que sale a la luz tras implementar programas de cribado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es encontrar pacientes con FA oculta que puedan beneficiarse de un tratamiento antitrombótico que minimice el riesgo de complicaciones graves. El resultado esperado en nuestro trabajo es encontrar entre 4 y 8 pacientes nuevos.
Un objetivo paralelo del programa será revisar las indicaciones de anticoagulacón en todos los pacientes diagnosticados de FA porque, según estudios, hasta un 23.5% de pacientes portadores de FA permanente no están recibiendo ningún tratamiento antitrombótico pese a existir indicación para ello. Esto es una clara oportunidad de mejora.
Debe ser objetivo de Atención Primaria la mayor implicación en el diagnóstico, manejo y seguimiento de estos pacientes, de tal forma que en un futuro cercano se pueda consensuar con cardiología un seguimiento por parte de Atención Primaria de aquellos pacientes ya estudiados y que permanezcan estables y no requieran especiales intervenciones por parte de Atención Especializada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las últimas guías de manejo de la FA recomiendan cribado ocasional (case finding) en pacientes mayores de 65 años, cribado en pacientes con antecedentes de ictus o AITs independientemente de la edad y cribado sistemático en mayores de 75 años.
En este proyecto se pretende realzar un ECG durante 2018 a todos los pacientes mayores de 65 años y a todos los pacientes entre 45 y 65 años que presenten al menos un factor predisponente de FA (HTA, DM, dislipemia, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, valvulopatía, hipertiroidismo, anemia, tabaquismo, obesidad, EPOC o SAHOS) Un reciente estudio de cohortes ha encontrado relación lineal positiva entre puntuación en la escala CHA2DS2-VASc en enfermos sin arritmia y riesgo de futura aparición de FA por lo que se recomienda un esfuerzo mayor en el cribado de esos pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se relacionará el diagnóstico de FA con la presencia o no de sintomatología presente o pasada y los factores de riesgo existentes.
Se estudiarán los posibles motivos de infradiagnóstico e infratratamiento
Dada las características demográficas de nuestra Zona de Salud es factible alcanzar un alto grado de cobertura.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A lo largo del 2018. Recogida de datos durante un semestre y análisis en la segunda mitad del año. Presentación de resultados en noviembre o diciembre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0309 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0352 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL SCRENNIG DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS SORIANO MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN CLEMENTE MANUELA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LORENZ DE LA PUENTE GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LAORDEN ESTEBAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ LAHUERTA RAMON. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· BESER MORTE CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN PASCUAL ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
--AL SER UNA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA CADA DOS AÑOS Y CON VARIOS CAMBIOS DE MEDICOS EN LOS ULTIMOS AÑOS NO SE HAN INCLUIDO EN EL OMI LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS.
--POR ESO PRETENDEMOS INCLUIR TODAS LAS MAMOGRAFIAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA DE DETECCCION DE CANCER DE MAMA EN EL CS ALBARRACIN.
--EL SEGUIMIENTO DE LOS VALORES ANORMALES CON SU DERIVACION A ESPECIALISTAS SEGUN EL CASO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
--INCLUIR EN TODAS LAS HISTORIAS DEL LAS PACIENTES EL RESULTADO DE SU MAMOGRAFIA.
-- OBTENER QUE LAS MUJERES QUE NO SE HAN HECHO LA MAMOGRAFIA POR DISTINTOS MOTIVOS (COMO LAS MUJERES TRASHUMANTES) SE REALIZEN LA MAMOGRAFIA.
--CONTROL DE LAS QUE EL RESULTADO HA SIDO ANORMAL CON SEGUIMIENTO DE SU PROCESO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
--LOS LISTADOS ENVIADOS POR EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA DE LA DGA.
--LOS LISTADOS DE LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS REALIZADAS POR EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA.
--DERIVAR A LAS MUJERES QUE NO SE HICIERON LA MAMOGRAFIA AL SERVICIO PROVINCIAL DE SANIDAD EN TERUEL PARA LA REALIZACION DE LA MAMOGRAFIA.
--CAPTACION ACTIVA DE LAS MUJERES QUE NO PUDIERON HACERSE LA MAMOGRAFIA.
-- CAPTACION ATRAVES DE LAS MUJERES QUE VIENEN HA DARNOS EL RESULTADO DE LA MAMOGRAFIA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
--NUMERO DE MUJERES INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA.
--NUMERO DE MUJERES QUE SE HAN HECHO LA MAMOGRAFIA. -- RESULTADO DE LAS MAMOGRAFIAS CON VALORES NORMALES.
-- NUMERO DE MAMOGRAFIAS CON VALORES ANORMALES.
-- TODOS LOS ANTERIORES RESULTADOS CON SUS PORCENTAJES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
--DESDE MAYO 2018 HASTA DICIEMBRE 2018.
--A FINALES DE JUNIO TENER TODOS LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS INCLUIDOS EN LA HISTORIA DE CADA MUJER.
--EN JUNIO REUNION DE LOS COMPONENTES DEL PROYECTO PARA DEFINIR ALGUNO DE LOS INDICADORES A EVALUAR

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. REGISTRAR EL RESULTADO DE LAS MAMOGRAFIAS EN OMI
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_0705 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

2. RESPONSABLE ..... KATIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ LAZARO CAROLINA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ MOLINA EVA MARIA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· TAMAMES CERDA ANA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN CLEMENTE MANUELA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LAORDEN ESTEBAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LORENZ DE LA PUENTE GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· FABIAN PAULINO JOSE GREGORIO. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Con este proyecto pretendemos mejorar la cumplimientación de indicadores relacionados con las microangiopatias en nuestros pacientes con Diabetes Mellitus.
Eso se haría a través de un listados de pacientes y una programación periódica de meses en consultas médicas y/o de enfermería con citación por carta o teléfono.
Nuestra valoración se haría en función de los hábitos higiénicos dietéticos, la actividad física, la valoración farmacológica, la valoración analítica periódica, la valoración del pié diabético y el cálculo del Filtrado Glomerular.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos:
Mejorar el porcentaje de cumplimentación de los indicadores relacionados a la Diabetes Mellitus.
Detectar alteraciones relacionados a microangiopatia no conocidas.
Población diana: Diabeticos del CS Albarracin

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Revisión de los listados por parte de los profesionales médicos y enfermeros.
2. Solicitud de analíticas en aquellos usuarios sin determinación en el último semestre.
3. Comprobar que todos los diabéticos tengan realizada un ECG anual.
4. Comprobar que todos los diabéticos tengan realizada una retinografia en los últimos dos años.
5. Valoración del pié diabético realizado en el último semestre.
6. Volcado en Historia clínica los resultados de análisis completos solicitados en atención especializada.
7. Si los controles realizados no cumplen con las recomendaciones actuales de la ADA 2017, se citará al paciente en la consulta programada en un plazo inferior a 1 mes.

Recomendaciones de control en una situación estable y con buen control metabólico cada al inicio y cada 3-6 y 12 meses

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
1. % pacientes diabeticos con HbA1C >=7/total de paciente diabéticos con HbA1C realizada.
2. % pacientes diabéticos con FG calculado por CKD-EPI < 60/total de pacientes diabéticos con FG calculado.
3. % de pacientes diabéticos con retinografia realizada en los últimos dos años/total de pacientes diabéticos.
4. % de pacientes con riesgo de píe diabetico calculado/total de pacientes diabéticos.
5. %de pacientes diabéticos con microalbuminúria realizada/total de pacientes diabéticos.
6. % de pacientes diabéticos con ECG realizado en los doce meses previos al final del estudio/total de pacientes diabéticos.
Evaluación:
Se realizará una evaluación trimestral del seguimiento del listado de pacientes diabeticos con incorporación o de pérdida de casos a lo largo del estudio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se realizará una evaluación trimestral del seguimiento del listado de pacientes diabeticos con incorporación o de pérdida de casos a lo largo del estudio.
La duración será de 12 meses, desde abril de 2018 a abril de 2019.
Al fin del estudio se analizarán los indicadores propuestos y se realizarán las conclusiones pertinentes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0705 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_1359 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO CASTILLON ALFAYE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA. PEDIATRA. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LASHERAS BARRIO MONICA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· ESTEVA DE ANDRES HELENA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
DADA LA DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA, HEMOS PENSADO EN LA NECESIDAD DE FORMAR A LOS HABITANTES DE LA SIERRA EN PRIMEROS AUXILIOS, RCP BÁSICO Y USO DEL DESA, YA QUE EN MUCHAS OCASIONES LA ASISTENCIA MÉDICA NO PUEDE DARSE DE FORMA INMEDIATA. EN ESTE AÑO QUEREMOS AMPLIAR ESTE TIPO DE FORMACIÓN A LA POBLACIÓN INFANTIL DE LOS CRAs DE LA SIERRA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
EL PROYECTO VA DIRIGIDO A LA POBLACIÓN ADULTA E INFANTIL DE LA SIERRA DE ALBARRACÍN, SE PRETENDE MEJORAR LA ATENCIÓN EN CASO DE NECESIDAD URGENTE DE RECIBIR PRIMEROS AUXILIOS, HASTA LA LLEGADA DEL PERSONAL SANITARIO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SE REALIZARAN TALLERES CON PRESENTACIONES AUDIOVISUALES EN LAS QUE SE EXPLICA COMO SE REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS BASICOS, EN ALGUNAS SESIONES SE USARÁ UN SIMULADOR DESA Y SE VISUALIZARÁ UN VIDEO DE COMO SE USA EL MISMO. SE EXPLICARÁ LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y LA REALIZACIÓN DE RCP BÁSICA Y SU SECUENCIA. TRAS LA PARTE TEÓRICA SE REALIZARÁN PRÁCTICAS CON MUÑECOS Y ENTRE LOS PARTICIPANTES SE PRACTICARÁ LA POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD Y LA MANIOBRA DE HEIMLICH. EN LOS TALLERES INFANTILES LAS PRESENTACIONES SON ADAPTADAS A CADA EDAD Y SE INTERCALAN CANCIONES Y JUEGOS PARA MANTENER LA ATENCIÓN Y APRENDIZAJE ACTIVO DE LOS Y LAS NIÑOS/AS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
SE REALIZARAN UNAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y UN TEST DE 10 PREGUNTAS PARA VALORAR CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS PRE Y POST SESIÓN. EN LOS TALLERES INFANTILES SE HACE UNA RONDA FINAL EN LA QUE NOS CUENTEN SUS IMPRESIONES Y APRENDIZAJES.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
EL CALENDARIO SE REALIZARA A LO LARGO DE 2018-2019, A PETICIÓN DE LOS PUEBLOS, INSTITUCIONES, IES Y CRAs QUE LO SOLICITEN.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0381 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MARCO CATALAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAMBRA
· Localidad ..... ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABADIA BERNUES CARMELO. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ BRULL FRANCISCO. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· REMIREZ MOLINA ANA MARIA. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· ARMENGOD VALERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN PEREZ NURIA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE PEREZ MANUEL. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Cada año en España se producen más de 25.000 paradas cardiorespiratorias. El funcionamiento de la "cadena de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la parada cardiorespiratoria (PCR).

Ante una situación de PCR, la realización precoz de reanimación cardiopulmonar (RCP) /desfibrilación (cuando esté indicada) constituye el principal factor que determinará la supervivencia.

En una parada cardíaca presenciada, los equipos de emergencias sanitarias suelen acudir en una media de 8 minutos, según la comunidad autónoma estudiada. La aplicación de RCP /desfibrilación en los primeros 3-5 minutos tras la parada puede llegar a producir tasas de supervivencia muy altas (49-75%). Según distintos estudios, por cada minuto que pasa sin tratamiento específico (RCP básica/desfibrilación), disminuye la posibilidad de sobrevivir entre un 7 y un 10%.

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena de supervivcencia", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias). La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca, mientras se consigue acceder a la desfibrilación y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión geográfica, como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento, cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio de estas maniobras por parte de la población. Ello, junto al hecho de que en la actualidad se va a proveer de DESA en diferentes municipios de nuestra Zona Básica de Salud, plantea la necesidad de realizar una formación en RCP básica y en uso de DESA en la población general.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general sobre la importancia de la correcta detección de la PCR y realización de la RCP Y DESFIBRILACION precoz.

-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del EAP de Alfambra y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR.

-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Como primera actividad se realizará una sesión clínica teórica y otra práctica sobre RCP básica y avanzada, así como uso de DESA dirigida a los miembros del EAP de Alfambra.

Posteriormente se impartirán varios talleres dirigidos a grupos de entre 8-10 participantes distribuídos por municipios e impartidos cada uno de ellos por 2 miembros del equipo de mejora. Los grupos estarán preferiblemente formados por participantes con edades comprendidas entre 18 y 65 años.

Se llevará a cabo la difusión de los talleres en cada uno de los municipios de forma verbal y mediante cartelería.

En los talleres se utilizarán medios audiovisuales y posteriormente práctica con torsos de reanimación de adultos y niños. Así mismo se dispondrá de un DESA.

Se elaborarán carteles informativos con la cadena de supervivencia para colocar en sitios sensibles: ayuntamiento, piscinas, centros deportivos, escuela, y a los participantes se les entregará tríptico con la información.

Finalmente, se realizará un test de evaluación de conocimientos, así como encuesta de satisfacción a los docentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
2.- nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.

Proyecto: 2018_0381 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

3.- Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
4.- Encuesta de satisfacción de docentes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el mes de abril de 2018 se han planificado las dos sesiones dirigidas a los profesionales del EAP de Alfambra. Al mismo tiempo se iniciará la difusión de la actividad y la organización de los talleres, que se planificarán para los meses de mayo y junio de 2018. Según el interés suscitado se podrían prolongar para septiembre y octubre de 2018.
En noviembre se realizaría la evaluación del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0389 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

2. RESPONSABLE ..... NURIA ESTEBAN PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALFAMBRA
· Localidad ..... ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARMENGOD VALERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE PEREZ MANUEL. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN MUÑOZ GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ VILLARROYA FRANCISCA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· REMIREZ MOLINA ANA MARIA. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Clásicamente el control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) ha sido una tarea del médico especialista en Hematología y Hemoterapia. En los últimos años y debido al incremento experimentado en el número de pacientes, se han buscado alternativas que permitan el control del TAO sin perder calidad clínica ni analítica. La experiencia en el trato con el paciente y el conocimiento del resto de sus patologías y medicación concomitante, hace que la colaboración con Atención Primaria en este tipo de asistencia sea oportuna y conveniente.
La formación de los profesionales de primaria en todos los aspectos relacionados con el TAO es importante para garantizar la correcta atención al paciente y la eficacia del tratamiento. Partiendo de una buena formación y con la progresiva experiencia se obtienen los mejores resultados de calidad clínica.
La calidad clínica en el control del TAO depende del porcentaje de INR y número de pacientes que se hallan en rango pero también y sobre todo del número de complicaciones asociadas al TAO, tanto tromboembólicas como hemorrágicas. Para conseguir una reducción de complicaciones y la permanencia del paciente en rango, también es crucial una adecuada educación del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo general del proyecto es optimizar el control, la dosificación y el registro del IRN en OMI-AP, así como la información que los pacientes tienen sobre su tratamiento.
Como objetivos específicos pretendemos:
-Mejorar el control INR de nuestros pacientes
-Mejorar la correcta adherencia de estos pacientes al tratamiento
-Mejorar la coordinación médico-enfermera
-Mejorar los conocimientos de la población sobre su tratamiento
-Disminuir el número de complicaciones relacionadas con el tratamiento
-Aumentar la seguridad del paciente
-Mejora en el registro de datos en OMI-AP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Sesión formativa para la actualización de conocimientos para los profesionales
-Elaborar un algoritmo para el registro de INR en OMI-AP
-Sesiones de educación a nuestros pacientes, bien grupales o de forma individual, elaborando un folleto con las dudas más frecuentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Registro de las sesiones realizadas y asistentes

-Indicador del buen control de INR:
pacientes anticoagulados en rango los últimos tres controles / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador del buen seguimiento de enfermería:
pacientes anticoagulados con plan de cuidados de enfermería “riesgo de sangrado” correctamente realizado / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador de captación:
pacientes anticoagulados que asisten a la sesión grupal o reciben folleto / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador de educación grupal/individual (test de conocimientos previos y test al final de la formación):
número de preguntas acertadas pre-test / número de preguntas del test
número de preguntas acertadas pos-test / número de preguntas del test

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2018.
-Se elaborará el contenido del logaritmo de registro antes de Junio de 2018
-Se elaborará el contenido para las sesiones grupales o folletos para los pacientes, antes de Junio de 2018, y

Proyecto: 2018_0389 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

el los test de evaluación, que se impartirán hasta Octubre de 2018.
-Desde Octubre, se realizarán los cálculos de los indicadores, para tener finalizado el proyecto a finales del año 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0379 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRECER CON SEGURIDAD

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMINA LLERA BUESO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALIAGA
· Localidad ..... ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LOZANO AGUSTIN. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN GASCON SONIA. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· CHACON FORNER FELISA. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· VALENZUELA FOVED AMPARO. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· ORTIZ DOMINGUEZ LAURA. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Prevención de accidentes domésticos en niños y adolescentes de la zona de salud.
Promover la prevención y estimular las habilidades relacionadas con la identificación, evaluación y control del riesgo

Dada la resistencia de los adultos a adoptar cambios en hábitos preventivos se hace necesario buscar a los receptores idóneos como son niños, adolescentes, padres, profesores y sanitarios. Intentar que las condiciones de seguridad y preventivas se incorporen en el día a día.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Concienciar a niños y adolescentes sobre accidentes y riesgos de su entorno.
Enseñanza eficaz en materia de seguridad y comportamientos
saludables aportando herramientas funcionales
Conocimiento de productos quimicos peligrosos
Utilización adecuada de diferentes aparatos y materiales habituales en su entorno cotidiano.
Postura correcta
Orden y tranquilidad en caso de emergencias en locales públicos
Señales y símbolos de seguridad con informaciñon y significado.
Protección individual y correcta utilización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dirigidas a toda comunidad escolar
Dirigidas a niños y adolescentes de 3 a 16 años
Profesorado
Madres y padres a través de reuniones y asociaciones juveniles, AMPA etc
Actividades prácticas, participativas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación inicial con exposición para evaluar nivel y existencia
de problemas y falsas creencias.
Evaluación formativa con fichas, juegos,etec y evaluar adaptación de cada niño.
Herramientas para evaluar: trabajar contenidos de carácter conceptual y procedimientos
Observación de actividades y comportamienntos y anotar
Evaluación de experiencias, observacion directa,etc

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración y calendarios:
En colegio desde 7-Enero-18 hasta 20-Dic-18.
Reuniones con profesores 1vez/mes
Reuniones con AMPA y asociaciones culturales 1/
trimestre
Exposición de temas en cada aula del CRA
En C. Salud 1 vez/ 15 días con miembros del proyecto

9. OBSERVACIONES.
Se contara con la colaboración de AMPA, profesores, personal sanitario, guardia civil, bomberos,etc

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

Proyecto: 2018_0379 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRECER CON SEGURIDAD

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0380 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

2. RESPONSABLE ..... CARLOS CASTRO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALIAGA
· Localidad ..... ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTIZ DOMINGUEZ LAURA. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· YUSTE PLUMED MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· LLERA BUESO GUILLERMINA. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA
· SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. CS ALIAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Valoración del estado nutricional en el anciano (>= 75 años) en el CS. de Aliaga.
El progresivo envejecimiento de la población es uno de los factores que influyen en el aumento de la prevalencia de desnutrición, ya que los ancianos son un colectivo de riesgo por sus características biológicas, psicológicas y sociales. A pesar de su alta prevalencia (7,8 % en ancianos de la comunidad), la desnutrición está infradiagnosticada.
La presencia de malnutrición puede intervenir de manera significativa en la evolución de las enfermedades crónicas y agudas de nuestros ancianos. Es un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia y esto podría explicar la fuerte asociación con comorbilidad, fragilidad y aumento de la mortalidad.
Por ello, una valoración nutricional simple y sistematizada, que permita detectar precozmente y de manera sencilla los ancianos en riesgo nutricional, para la posterior valoración completa de estos, debería formar parte de forma protocolizada de la atención asistencial del paciente anciano.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evaluar el estado nutricional de los ancianos >= 75 años de la zona de salud del CS de Aliaga.
Proponer las intervenciones nutricionales necesarias.
Establecer un protocolo consensuado de valoración y seguimiento nutricional en el centro de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Estudio transversal sobre la población anciana >= 75 años de la zona de salud de Aliaga (205 pacientes a 31/12/2016), realizando:
1. Creación del grupo de trabajo para consensuar el protocolo de actuación y formación de sus miembros.
2. Recogida de información mediante la realización del Test Mini Nutritional Assessment (MNA).
3. Valoración nutricional exhaustiva en el caso de haber detectado RMN o MN mediante parámetros bioquímicos, antropométricos y una historia dietética, para determinar después la intervención nutricional necesaria.
4. Análisis de estos datos para la realización de las recomendaciones oportunas y la elaboración del protocolo nutricional en el CS de Aliaga.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Determinación de la prevalencia de pacientes con RMN y MN según Test MNA. El MNA consta de 18 items divididos en 4 categorías: parámetros antropométricos, estado general del paciente, encuesta dietética y valoración subjetiva. Esta prueba clasifica a las personas mayores, sobre un máximo de 30 puntos, en tres grupos: estado nutricional satisfactorio (S) (>= 24 puntos), riesgo de malnutrición (RMN) (17-23,5 puntos) y malnutrición (MN) (< 17 puntos).
Número de nuevos registros de episodios en OMI-AP de desnutrición.
Determinación del porcentaje de pacientes sin intervención, con solo intervención dietética y con intervención dietética más prescripción suplementos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación del grupo de trabajo para consensuar el protocolo de actuación y formación de sus miembros. Abril 2018.
Realización del Test MNA, valoración nutricional e intervención nutricional. Mayo a Octubre 2018.
Análisis de resultados para establecer un protocolo consensuado de valoración y seguimiento nutricional en el centro de salud. Noviembre a Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Proyecto: 2018_0380 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1105 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL CRA "PABLO ANTONIO CRESPO" DE ALIAGA (TERUEL)

2. RESPONSABLE ..... LAURA ORTIZ DOMINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALIAGA
· Localidad ..... ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONZON GRACIA ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
DESDE ATENCION PRIMARIA DEL CS DE ALIAGA SE HA CONSIDERADO CONVENIENTE PROPONER AL CENTRO RURAL AGRUPADO DE ALIAGA LA FORMACION DE LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA QUE ESTÁ EN RELACIÓN CON AQUELLA, EN LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES BÁSICAS PARA ACTUAR, EN SU CASO, ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA Y/O PRIMEROS AUXILIOS. ESPECIALMENTE DURANTE LA INFANCIA, AL ESTIMAR QUE LOS SISTEMAS EDUCATIVOS CONSTITUYEN AMBITOS DE CRUCIAL IMPORTANCIA PARA LA FORMACION DE HABILIDADES PARA EL MUNDO LABORAL Y LA VIDA COTIDIANA. SE APROVECHA ASIMISMO LA INSTALACION DE DESFIBRILADORES EN LA LOCALIDAD, Y SE PROPONE A LA DIRECCION DEL CENTRO QUE SEA INCLUIDA ESTA FORMACION COMO ACTIVIDAD EN LA P.G.A.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Primero: Como objetivo general se plantea la realización de actividades para fomentar la educación y formación básica en temas fundamentales sobre la SALUD
Segundo: Como objetivos específicos, se propone dar a conocer a la población infantil, adolescente y adulta relacionada con la misma, como docentes o monitores, las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia.
Tercero:Asimismo, se propone la adquisición de habilidades para actuar frente a una emergencia y reconocer de manera correcta una situación de emergencia vital, así como saber dirigirse al servicio de emergencias a través del teléfono 112

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-Reunión inicial: Desde el CS de Aliaga se propondrá a la dirección del centro escolar de la localidad la creación del proyecto y en su caso, su desarrollo durante el primer trimestre del curso 2'018-2019.
2.-Concreción del proyecto : Se presentarán las lineas didacticas de la enseñanza de la RCP en los distintos niveles educativos adaptando los contenidos a su estado de desarrollo evolutivo, fisico y mental, e involucrar a los docentes del centro en este proyecto, tanto de forma activa como pasiva.
3.-Posteriores reuniones: Se propondrán posteriores encuentros con todos los alumnos y docentes del centro para captar inquietudes y sugerencias, que serán los encargados de hacer los videos representativos de cada caso propuesto sobre situaciones de emergencias explicados en los talleres.
4.-Contacto con la Agrupacion de Voluntarios de Proteccion Civil de la Comarca Cuencas Mineras: Se llevarán a cabo contactos para el préstamo del material necesario para la realización práctica de los talleres de RCP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.-Encuestas iniciales para determinar el grado de conocimiento previo a la actividad que tienen los alumnos del centro escolar respecto de PRIMEROS AUXILIOS y MANIOBRAS DE RCP,
2.-Encuestas posteriores para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres adaptadas a cada uno de los niveles educativos.
3.-VALORACION POR EL PROFESORADO: Se propondrá al claustro de profesores y a la dirección del CRA la incorporación de estos talleres en la PGA de los siguientes cursos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.-DURACIÓN: Se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso el desarrollo de DOS SESIONES, de 1 hora de duración para EDUCACION PRIMARIA y de 30 minutos para EDUCACION INFANTIL, para ofrecer talleres prácticos de FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP, así como otras DOS SESIONES dirigidas al profesorado de unas 2 horas de duración cada una de ellas, para que así puedan implicarse en l,a impartición de los próximos talleres
2.-CALENDARIO PREVISTO:Se ofrecerá la realizaci´pon de talleres prácticos durante el primer trimestre del curso 2018-2019, a desarrollar en los meses de SEPTIEMBRE A DICIEMBRE, así como su continuidad en los siguientes cursos, recabando el compromiso por parte de la dirección del centro escolar de ser incluidos en la PROGRAMACIOIN GENERAL DEL CENTRO ESCOLAR

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1105 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL CRA "PABLO ANTONIO CRESPO" DE ALIAGA (TERUEL)

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS Y EMERGENCIAS-PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS RCP
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0228 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

2. RESPONSABLE ..... INES OLORIZ RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TERRADO SERRANO ASCENSION. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· CORBATON HERRERO JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO MORENO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO GUTIERREZ ISABEL. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL ASENSIO ANA ROCIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La adquisición de unos buenos hábitos de higiene bucodental son imprescindibles para la prevención de caries y resto de enfermedades bucodentales. Asímismo, aprender a preparar un desayuno saludable, procurará los nutrientes y la energia necesaria para la actividad escolar de nuestros niños. Inculcar estos hábitos desde la edad escolar mejorará la salud de la población infantil y contribuirá a la prevención de enfermedades como la hipertensión, diabetes y obesidad, actualmente de prevalencia creciente, con especial incidencia en la obesidad infantil. Sin olvidarnos el consiguiente aumento del gasto sanitario que conllevan estas patologías.
Continuando con una línea iniciada el año anterior, queremos trasmitir estos hábitos a los niños del colegio público de Báguena, perteneciente al CRA “El Poyo del Cid”, de una manera didáctica y divertida, enmarcándola dentro del ámbito de actividades comunitarias de nuestro centro de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Va dirigido a la población de entre 3 y 12 años escolarizada en el colegio público de Báguena, perteneciente al CRA “El Poyo del Cid”.
Queremos conseguir la adquisición de unos buenos hábitos de higiene bucodental en esta población, así como inculcarles la importancia para su salud de un desayuno saludable, proporciarles herramientas y trucos para realizarlo de una manera sana y divertida, y promover su mantenimiento en el tiempo reforzando conductas. .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Contactar con la directiva del colegio público de Báguena, para concretar fecha para la realización de la actividad educativa.
Realización de muñecos y figuras representativos de los dientes y el cepillo, para explicar como se realiza el correcto cepillado de los dientes y hablarles de las enfermedades bucodentales más frecuentes en los niños.
Entregar un kit con cepillo y pasta de dientes y practicar el lavado dental con ellos. Información sobre el “Programa de atención bucodental infantil y juvenil” (PABIJ).
Presentación de la pirámide alimenticia y como combinar los distintos alimentos para realizar un desayuno saludable.

Entrega de información escrita a los alumnos sobre estos aspectos.
En un plazo de 15-30dias, pactar una nueva sesión, para valorar los hábitos adquiridos por los escolares y reforzar conductas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Alumnos asistentes/ alumnos totales x100. Objetivo: 100%
Encuesta de satisfacción a los alumnos y a los docentes asistentes a la actividad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En el mes de Marzo y Abril preparar, entre todos los miembros del proyecto, los materiales necesarios para su realización (muñecos, figuras de dientes y alimentos, información escrita, kit dental, ...)
Durante el mes de Abril ponernos en contacto con la dirección del centro para acordar las fechas de las dos sesiones previstas.
En Mayo realizar la actividad docente con los alumnos y profesorado del colegio público de Báguena.
A los 15-30 días realizar una segunda sesión para explorar los conocimientos adquiridos y reforzar hábitos.
Posteriormente entregar una encuesta de satisfacción a los alumnos y profesorado asistente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Actividades Preventivas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0228 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0230 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL RUBIO GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLORIZ RUIZ INES. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· MARRUEDO MANCEBO ISABEL. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GRACIA MALO CRISTINA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BERNAL ASENSIO ANA ROCIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La zona de salud de Báguena costa de un cento de salud y 8 consultorios locales. El sistema de cita previa sólo funciona en la localidad de Báguena, por lo que los pacientes de los anejos del centro de salud acuden a las consultas de atención primaria sin cita. Esto condiciona una mala gestión de las consultas, por lo que los profesionales que las atienden no pueden planificar de una manera adecuada su tiempo. También contribuye a un mayor acceso de pacientes desplazados sin haber realizado los trámites correctos para un registro adecuado en el sistema sanitario y su posterior seguimiento.
Por ello consideramos de vital importancia la implantación de la cita previa en todos los puntos de atención de la zona de salud de Báguena, porque una buena organización de la consulta requiere gestionar adecuadamente la demanda y el tiempo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
--Instaurar el sistema de cita previa en los consultorios locales de la zona de salud de Báguena.
--Conseguir que los pacientes desplazados realicen los trámites administrativos antes de acudir a consulta de atención primaria.
--Conseguir una adecuada gestión de la demanda y del tiempo en la consulta de atención primaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Informar a la población, de manera verbal y mediante carteles, de la importancia de la cita previa así como de su instauración.
Colocar de manera muy visible, en todos los consultorios, el teléfono del centro de salud para solicitar cita.
Elaboración de tarjetas informativas con el teléfono al que llamar para solicitar cita previa y los horarios de consulta, para distribuir entre los pacientes.
Colocar carteles informativos sobre los pasos a seguir para realizar el trámite de asignación de médico en pacientes desplazados en la zona de salud.
Realización de una plantilla dónde se registre diariamente, y en cada consultorio, la actividad de la consulta de demanda (pacientes con cita previa y pacientes sin cita). Registrar las incidencias surgidas durante el periodo de evaluación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
--Porcentaje de pacientes que solicitan cita previa (nº pacientes que acuden a aconsulta con cita previa/nº pacientes que acuden a consulta de demanda x100) en un periodo de 6 meses. Estándar: 80-90%

--Incremento bimensual de porcentaje de pacientes que acuden a consulta de demanda con cita previa. Estándar: conseguir en cada fracción bimensual al menos un incremento del 50% respecto al previo.

--Porcentaje de resolución de incidencias: incidencias surgidas/incidencias resueltas x 100. Estándar: 90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril 2018: Información a la población de los nucleos periféricos adscritos al C.S. Báguena sobre la implantación de la cita previa, mediante carteles y tarjetas informativas.
Realización de la plantilla de registro de la actividad en la consulta de demanda.
Mayo 2018: Inicio del sistema de cita previa.
Mayo-Octubre 2018: Recogida de datos.
Noviembre-Diciembre 2018: Análisis de datos y evaluación del proyecto.
Realización de tres reuniones de los participantes del proyecto:
--Reunión inicial para la elaboración del material.
--Reunión a los dos meses de iniciar el sistema de cita previa para contrastar opiniones sobre su funcionamiento y resolver dudas sobre el funcionamiento y los problemas surgidos.
--Reunión al final del periodo de evaluación para análisis de datos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0230 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0231 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA SERRANO MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TERRADO SERRANO ASCENSION. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· CORBATON HERRERO JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
· REDOLAR CHASENAS GEMMA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La gran dispersión poblacional que suscribe el C.S. De Báguena obliga en muchas ocasiones a atender situaciones de urgencia que requieren la administración de oxígeno y, no siempre, la accesibilidad desde el centro de salud al pueblo puede realizarse con coche del centro equipado; máxime cuando el vehículo del centro no está habilitado para el transporte de las bombonas de oxígeno. Para ello, los consultorios deberían estar dotados de oxígeno.
La propuesta establece dos bombonas medianas en cada consultorio para que siempre haya una llena, de modo, que si se requiere en situación de urgencia, el equipo médico pueda acceder al consultorio y hacer uso de ella.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dotar de dos bombonas de oxígeno tamaño medio a todos los consultorios pertenecientes al C.S. De Báguena en colaboración con los ayuntamientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
--Gestión con ayuntamientos para la instalación de dos bombonas de oxígeno por consultorio (escribir carta a ayuntamientos para convocar reunión y dar presupuesto y ver viabilidad)
--Solicitar presupuesto a la empresa de oxígeno.
--Sesiones de formación a los profesionales sobre manejo de la oxigenoterapia y sus accesorios.
--Creación hoja de registro de la sesión clínica de contenido.
--Creación hoja de registro del funcionamiento de la oxigenoterapia de los consultorios de forma bimensual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº consultorios dotados de oxígeno (al menos una)/ nº consultorios totales
Nº bombonas instaladas/ (nº consultorios x 2) x100 (80-100%)
Nº sesiones formativas anuales.
Nº revisiones anuales en consultorios/ (nº de consultorios x 8) x100 (50-100%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante Abril y Mayo realizar las gestiones con los ayuntamientos (enviar carta, reunión con los alcaldes).
Solicitar presupuestos a empresas distribuidoras de oxígeno.
En Junio realizar las sesiones sobre manejo de oxigenoterapia y realizar las hojas de registro de datos.
A partir de septiembre realizar la evaluación con los datos de las hojas de registro.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0253 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM / USMIJ / UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL AT. PRIMARIA SECTOR TERUEL

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GARCES MORERA
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TERUEL CENTRO. TRABAJO SOCIAL
· BLASCO MAS MIGUEL. PSIQUIATRA. USM TERUEL. PSIQUIATRIA
· PEREYRA GRUSTAN LORENA. PSIQUIATRA. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· ALMAZAN CALVE MARIA CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. H OBISPO POLANCO. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde las Unidades de Trabajo Social de At Primaria y desde la Unidad de Salud Mental del sector Teruel observamos la necesidad de establecer un procedimiento formal de coordinación y derivación de casos de pacientes atendidos en Salud Mental que posibilite una mejora en la detección y atención de las necesidades sociales que esta población presenta. Observamos que son pacientes que por sus propias patologías tienen limitado su acceso a información, recursos y participación social, lo que aumenta el riesgo de exclusión social.
Consideramos que establecer cauces formales de coordinación supondrá una mejora en la detección de necesidades y en la atención a las mismas respecto a la coordinación informal que ya se está realizando, máxime cuando la dotación de Trabajadoras Sociales en nuestro sector, tanto en Atención Primaria como en Salud Mental, es claramente insuficiente.

Debido a las características específicas de las personas con problemas de salud mental se requiere un abordaje multidisciplinar, con el objetivo de mejorar la calidad de las actuaciones.

Pacientes que presenten déficits relativos a :

- autonomía personal y autocuidado
- adecuada adherencia al seguimiento en Salud Mental y/o al tratamiento farmacológico
- falta de habilidades sociales
- problemática familiar / entorno comunitario
- formación, empleo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Establecer un procedimiento de derivación de pacientes atendidos por Salud Mental que posibilite el estudio de sus necesidades sociales.

• Garantizar el acceso a información social, laboral y de acceso a recursos y potenciar la participación e integración social.

Dado que todos los Centros de Salud del Sector Teruel no cuentan con Unidad de Trabajo Social, en este proyecto se incluyen exclusivamente pacientes de los siguientes Centros de Salud: Calamocha, Monreal del Campo, Teruel Centro, Teruel Ensanche y Utrillas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Crear flujograma de procedimiento y documento Hoja de Detección de Necesidades Sociales y Derivación de Casos.
• Una reunión al inicio del Proyecto (USM/ USMIJ/ UCE/ TS HOP/ TSs At Primaria)
• Una reunión al año de funcionamiento. Evaluación y detección de aspectos a mejorar.
• Realización desde Unidad de TS de una 1ª entrevista y en su caso entrevistas de seguimiento individual y/ o familiar, incluyendo mínimo una visita domiciliaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Estudio de datos cuantitativos:
Número de pacientes derivados USM. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).
Número de pacientes derivados USMIJ. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).
Número de pacientes derivados UCE. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).
Número de visitas domiciliarias realizadas.
Número de entrevistas realizadas.
Número de derivaciones realizadas a otros recursos (laborales, educativos, de ocio y tiempo libre... etc.)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración de Flujograma de procedimiento y Hoja de Detección de Necesidades y Derivación de Casos: Abril 2018

Proyecto: 2018_0253 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM / USMIJ / UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL AT. PRIMARIA SECTOR TERUEL

Primera reunión de coordinación: Mayo 2018.
Reunión de seguimiento anual. Evaluación. Mayo 2019. *

*Se podrá realizar reunión de revisión a los seis meses si se considera necesario (octubre 2018).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0304 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

2. RESPONSABLE ..... EVA TRILLO CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TUNDIDOR SARASA NURIA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· CASANOVA CASANOVA TERESA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· AISA PASCUAL ANTONIO. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ GALVE LUCIA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Recientemente se está impulsando la realización de actividades para la Comunidad dada su importancia y evidencia en la mejoría de la Salud poblacional.
En el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Calamocha no existe una cultura arraigada de realizar este tipo de actividades, orientadas a promocionar la salud de nuestros pacientes, intentando hacerles partícipes en su proceso de enfermedad.
Pensamos que las características de la Zona Básica de Salud (ZBS) de ámbito rural y la dispersión geográfica hacen que se tienda a realizar actividades educativas principalmente de tipo individual.
Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como empoderar a nuestros pacientes diabéticos y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de enfermedad en nuestra población diabética tipo 2
- Mejorar el nivel de salud en los pacientes diabéticos tipo 2

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Captación:
Se realizará mediante captación activa desde las consultas de los profesionales integrados en el grupo de mejora y a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contendrán información básica con fechas de realización, contenido del taller y forma de inscripción.

Sesiones Programadas
Se van a programar dos sesiones consecutivas de 30 minutos de exposición teórica y otros 30 minutos de diálogo, impulsando una comunicación activa entre pacientes y formadores. Se realizarán semanalmente en horario de 10-11.30h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartidas cada una de ellas por dos miembros del equipo de mejora. Buscaremos un aforo óptimo de 12-15 pacientes para hacer una formación más personalizada. Se hará uso de material audiovisual realizado por el equipo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Con la intención de conocer la educación en diabetes de nuestra población y comprobar la efectividad de nuestro proyecto, pasaremos unas breves peguntas ANTES y DESPÚES de finalizar la actividad. De esta manera podremos saber el punto de partida de nuestros pacientes, como hemos ayudado a mejorar el conocimiento sobre su enfermedad, conocer su grado de satisfacción y detectar posibles líneas de mejora. Además incluiremos un apartado libre de escritura para que los asistentes sugieran líneas de interés para ellos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El organigrama prefijado será:

1ª Sesión: Parte médica. Concepto básicos.
Ponentes: Eva Trillo Calvo, Nuria Tundidor Sarasa, Antonio Aisa y Teresa Casanova
Temática:
¿Qué es la DM y cómo se produce?
¿Cómo se diagnostica? ¿síntomas?
¿Cuántos tipos de DM hay? ¿Cuál es la más frecuente?
Tratamiento farmacológico y hábitos saludables
Hipoglucemias: Qué son y cómo actuar.
Hiperglucemias: Qué son y cómo actuar.

2ª Sesión: Parte de Enfermería ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes?
Ponentes: Manuel López Martín, Pilar Inúñez y Lucia Gómez
Temática:
Cuidarse es…
Dieta equilibrada
Beneficio de la actividad física

Proyecto: 2018_0304 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Cuidados e higiene del pie diabético
Retinopatía diabética
Consejos para viajar con diabetes.
Cómo reaccionan las personas ante la enfermedad.

Fecha prevista de comienzo: A realizar la primera quincena de Junio de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0306 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

2. RESPONSABLE ..... NURIA TUNDIDOR SARASA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TRILLO CALVO EVA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· AISA PASCUAL ANTONIO. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· BAQUERIZO GRACIA ISABEL. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MARTIN MANUEL. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· POLO BLASCO MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Recientemente se está impulsando la realización de actividades para la Comunidad dada su importancia y evidencia en la mejoría de la Salud poblacional.
En el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Calamocha no existe una cultura arraigada de realizar este tipo de actividades, orientadas a promocionar la salud de nuestros pacientes, intentando hacerles partícipes en su proceso de enfermedad.
Pensamos que las características de la Zona Básica de Salud (ZBS) de ámbito rural y la dispersión geográfica hacen que se tienda a realizar actividades educativas principalmente de tipo individual.
Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como empoderar a nuestros pacientes y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de hábitos cardiosaludables
- Mejorar el nivel de salud en los pacientes mediante prevención primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Captación:
Se realizará mediante captación activa desde las consultas de los profesionales integrados en el grupo de mejora y a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contendrán información básica con fechas de realización, contenido del taller y forma de inscripción.

Sesiones Programadas
Se van a programar una sesión presencial teórica de 30 minutos de exposición teórica y otros 30 minutos de diálogo, impulsando una comunicación activa entre pacientes y formadores. Se realizará en horario de 10-11.30h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartida por varios miembros del equipo de mejora. Buscaremos un aforo óptimo de 12-15 pacientes para hacer una formación más personalizada. Se hará uso de material audiovisual realizado por el equipo.
Posteriormente impulsaremos un grupo de "caminatas cardiosaludables" con el fin de empoderar a nuestros pacientes para consolidar este tipo de actividades en la Comunidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Con la intención de valorar los conocimientos de nuestra población sobre hábitos saludables y comprobar la efectividad de nuestro proyecto, pasaremos unas breves peguntas ANTES y DESPÚES de finalizar la actividad. De esta manera podremos saber el punto de partida de nuestros pacientes, como hemos ayudado a mejorar el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular, conocer su grado de satisfacción y detectar posibles temas de abordaje en un futuro. Además incluiremos un apartado libre de escritura para que los asistentes sugieran líneas de interés para ellos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El organigrama prefijado será:
Sesión: Informando y motivando a nuestros pacientes.
Ponentes: Nuria Tundidor Sarasa, Isabel Baqueizo y Manuel López Martín.
Temática:
¿Qué entendemos por Salud?
¿Cómo podemos fomentar nuestra salud y prevenir enfermedades futuras?
Principales factores de riesgo modificables: obesidad, tabaco y sedentarismo.
Motivación para el cambio de hábitos
Mapa de activos
Paciente activo: empoderar y activar a nuestros pacientes

Segunda fase:
Responsables: todos los miembros del grupo de mejora.
Caminata cardiosaludable de 9.30-10.30h, 2 veces a la semana.
Terminaremos con un almuerzo cardiosaludable para aprender la base de un buena dieta mediterránea y mejoras hábitos alimenticios.

Proyecto: 2018_0306 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

De esta manera prentendemos incidir en los principales factores de riesgo modificables: sedentarismo, dieta y obesidad.
Fecha prevista de inicio: mes de Junio de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0397 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL C.S. DE CALAMOCHA

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA MENDEZ CAÑETE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· POLO BLASCO MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· PONS TURO PILAR. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· FALOMIR ROS ROSA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· MARRUEDO MANCEBO ISABEL. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHO ALIJARDE SARA. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ GALVE LUCIA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
SE DETECTA LA NECESIDAD DE MEJORAR EN CUANTO AL TRATAMIENTO CON BRONCODILATADORES EN REAGUDIZACIONES DE ENFERMEDADES CRONICAS RESPIRATORIAS (EPOC Y ASMA). LO HABITUAL ES INDICAR LOS BRONCODILATADORES EN NEBULIZACION EN EL CENTRO DE SALUD, ESTO SUPONE QUE EN EPOCAS DE MAS REAGUDIZACIONES SE ACUMULEN LOS PACIENTES EN ESPERA PARA RECIBIR SU TRATAMIENTO, OCUPANDO DE FORMA CONTINUA UNA CONSULTA Y NECESITANDO A UNA PERSONA DE ENFERMERIA PARA REALIZARLO.ADEMAS MUCHOS HAN DE DESPLAZARSE DESDE LOS PUEBLOS CERCANOS AL CENTRO.
CONSIDERAMOS QUE SI ESTE TRATAMIENTO SE APLICARA EN FORMA INHALADA CON CAMARA EN VEZ DE NEBULIZADO EL EFECTO TERAPEUTICO SERIA EL MISMO Y AHORRARIA RECURSOS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
LOS RESULTADOS ESPERADOS SON DISMINUIR EL NUMERO DE NEBULIZACIONES EN EL CENTRO DE SALUD YCONSEGUIR EL EFECTO DESEADO A TRAVES DEL USO DE LAS CAMARAS DE INHALACION CON LOS FARMACOS BRONCODILATADORES HABITUALES.
LA POBLACION DIANA SON LOS PACIENTES CON EPOC Y ASMA QUE SUFREN REAGUDIZACIONES.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
LAS ACTIVIDADES PREVISTAS SON ENSEÑAR A LOS PACIENTES LA CORRECTA UTILIZACION DE LAS CAMARAS CON LOS INHALADORES QUE MANEJEN.
HOJA DE REGISTRO DE DATOS DEL PACIENTE Y EL TRATAMIENTO UTILIZADO.
LOS CAMBIOS PREVISTOS SON LA MEJORA EN LA UTILIZACION DE LAS CAMARAS Y EVITAR EL TIEMPO, DESPLAZAMIENTOS Y RECURSOS EMPLEADO EN LAS NEBULIZACIONES.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
COMO INDICADORES UTILIZAREMOS LA HOJA DE REGISTRO DE DATOS DEL PACIENTE Y EL TRATAMIENTO.
LOS ESTANDARES SON CONSEGUIR DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES TRATADOS CON NEBULIZACIONES Y AUMENTAR EL NUMERO DE LOS TRATADOS CON INHALADORES.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
LA DURACION PREVISTA ES DE UN AÑO APROXIMADAMENTE.
LOS RESPONSABLES SON EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA (MEDICOS Y ENFERMEROS)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0540 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL ZABALA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ACHA DOMINGUEZ JESUS. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· CALVO HERRERA ENRIQUE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· FALOMIR ROS ROSA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· GARCES MORERA CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS CALAMOCHA. TRABAJO SOCIAL
· GOMEZ GALVE LUCIA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ CATALAN JULIA. ENFERMERO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA
· PONS TURO PILAR. MEDICO/A. CS CALAMOCHA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha observado un mal uso de los usuarios del Centro de Salud, probablemente por falta de conocimiento o desinterés, situación que vamos a tratar de corregir o mejorar con la elaboración de la guía propuesta, programación de consultas de cita previa y uso racional de Servicio de Urgencias/Atención Continuada.
Nos apoyamos en la normativa vigente:
-Decreto59/1997 de Reglamento de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Art.23. Asistencia y programación de consultas.
Art.24. Unificación de criterios.
Art.33. Participación comunitaria.
Art.34. Iniciativas del equipo.
Art.43. Publicación de horarios y servicios.
-Ley de Salud de Aragón 6/2002 de 15 de Abril.
Titulo II Art.5. Deberes.
-Estrategia de Atención Comunitaria, iniciativa del Departamento de Sanidad orientada a promover la salud y el bienestar de las personas en Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Dar publicidad de horarios y servicios.
-Mejorar la gestión de la demanda tendiendo a la cita programada.
-Fomentar un uso responsable de los servicios de Atención Continuada.
-Mejorar la equidad en el acceso, dando prioridad a la cita previa ante los no citados.
-Evitar consumo innecesario de recursos en derivaciones a especializada y transporte sanitario.
-Potenciar la función del médico de Atención Primaria.
-Fomentar la participación del paciente en la gestión del sistema sanitario.
-Mejorar la satisfacción del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración de guía de bolsillo y cartelería.
-Difusión a través del Consejo de Salud.
-Recomendaciones a la población. Educación sanitaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Coeficiente consultas con cita previa/consultas totales.
-Indice de frecuentación.
-Encuesta de satisfacción.
-Índice asistencias en Atención Continuada/Asistencia por su médico de Atención Primaria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Un año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS LAS PATOLOGIAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0602 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RCP BASICA EN LA ESCUELA

2. RESPONSABLE ..... ANA JULIAN MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CEDRILLAS
· Localidad ..... CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SUAREZ CRESPO SUSANA. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ALONSO VALBUENA AINARA. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· COMAS RIBAS EDUARDO. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· MONTERO PEREZ ASCENSION. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SOFFIANTINI LOLA. MEDICO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ RUBIO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS CEDRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
CON UNA ACTUACION PRECOZ EN LAS SITUACIONES DE URGENCIA VITAL SE AUMENTA LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE. POR ELLO CREEMOS NECESARIO QUE TODO EL MUNDO, ESPECIALMENTE DESDE EDADES PRECOCES, SEPAN IDENTIFICAR Y ACTUAR CORRECTAMENTE ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA VITAL.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- SABER RECONOCER LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA
- SABER REALIZAR UNA RCP BASICA
- SABER ACTUAR ANTE UN ATRAGANTAMIENTO
- SABER REALIZAR UNA PLS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
REALIZAREMOS UNA SESION DIRIGIDA A LOS ALUMNOS Y OTRA DIRIGIDA A PROFESORES, DONDE LES ENSEÑAREMOS A RECONOCER UNA PCR Y COMO ACTUAR ANTE ELLA, COMO COLOCAR AL PACIENTE EN PLS, ASI COMO LA ACTUACION ANTE UN ATRAGANTAMIENTO, TODO ELLO BASADO EN LAS GUIAS DE ERC 2015.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
SE REALIZARA UNA SEGUNDA SESION EN LA QUE SE VALORARAN LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS Y SU CORRECTA PUESTA EN PRACTICA, SUBSANANDO LOS ERRORES QUE SE PUDIERAN COMETER Y REALIZANDO LAS ACLARACIONES Y/O DUDAS QUE LES PUEDAN SURGIR A LO LARGO DE LA CLASE PARA FIJAR CORRECTAMENTE LOS CONOCIMIENTOS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
LA PRIMERA SESION SE REALIZARA ANTES DE JUNIO DE 2018 Y LA SEGUNDA CLASE SE REALIZARA EN OCTUBRE DE 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1483 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MAICAS MAICAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Este proyecto nace como respuesta a una necesidad comunitaria
: Desde atención continuada hemos percibido que cada vez que se produce un incidente importante en vía publica: accidente de trafico, PCR, sincope... los primeros en acudir al lugar del suceso son los compañeros de la Guardia Civil.

Esto es debido a que Guardia Civil acude directamente con las unidades que tienen desplegadas, mientras nosotros tenemos que:
1. Desalojar los posibles pacientes no urgentes que tenemos en el centro de salud.
2. Realizar desvíos telefónicos.
3. Colocar carteles en las puertas y cerrar el centro.
4. Cargar el vehículo con el material adecuado para cada incidente.
5. Acudir con un vehículo sin rotativos ni prioritarios desde el punto de atención continuada hasta el lugar del incidente (que puede estar en otro pueblo)
Por lo expuesto anteriormente al acudir los primeros, Guardia Civil se ve obligada a realizar una actuación de soporte vital básico durante unos 10-12 minutos (hasta la llegada del equipo sanitario) para los que muchas veces la formación recibida esta desactualizada y es muy limitada .Dándose casos en los que por el volumen de las promociones, ni siquiera han tenido la oportunidad de realizar prácticas de RCP.
La detección del problema ha surgido de los propios compañeros de guardia civil, que en las últimas actuaciones nos han planteado el poder formarles en esta materia
Estos primeros minutos, con una atención correcta son vitales, ya que en una obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, en una parada cardio-respiratoria ... ademas de mejorar el pronostico de nuestra atención pueden salvar la vida del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer los distintos niveles asistenciales y su disponibilidad en el medio rural.
Conocer los procedimientos de activación y el tiempo estimado de llegada de los recursos sanitarios.
Conocer los recursos sanitarios de cada zona.
Reconocer signos y síntomas de alerta y actuación inmediata
Conocer la secuencia actualizada de actuación en parada cardiorespiratoria
Demostrar mediante examen práctico la correcta actuación ante parada cardiorespiratoria
Conocer la funcionalidad y demostrar mediante práctica la correcta colocación del paciente en posición lateral de seguridad
Demostrar mediante practica la correcta actuación ante obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
Demostrar mediante práctica la correcta colocación y conocimiento del funcionamiento de un desfibrilador semiautomático.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El curso se desarrollara en un modulo presencial de 8 h de duración divididas en dos dias:

Un primer día 5 horas en el que se realizara:
- Una primera parte teórica en la que aprenderán técnicas y conocimientos
de Soporte vital básico, posición lateral de seguridad, obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
Una segunda parte en la que llevaran a la práctica mediante casos
clínicos lo aprendido anteriormente
Un segundo día 3 horas en el que se realizara:
práctica con casos clínicos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizaremos un práctico antes y después de las clases para conocer si se han mejorado los conocimientos y el aprendizaje ha sido fructífero
El examen consistirá en un tipo tes de 10 preguntas con una sola respuesta verdadera.
También se realizara un examen práctico siguiendo los algoritmos ERC en atención de pacientes en Parada Cardiorespiratoria

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El curso durara 8 horas y se realizara en función de los horarios que nos indique comandancia, siendo posible la sectorización en 2 días
El proyecto abarca toda la provincia de Teruel lo que implica que por volumen de alumnos la duración seria de junio de 2018 a junio de 2019 (un año)

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_1483 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0541 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A A 85 AÑOS

2. RESPONSABLE ..... PILAR GIL VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OFOCIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· CERESUELA LOPEZ AMELIA. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· COSCULLUELA ABADIA ANGEL. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Valorar la funcion renal en pacientes de 70 a 85 años para evitar el efecto adverso de los AINES sobre todo en personas que cursan con enfermedad renal cronica y edad avanzada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir el consumo de AINES en pacientes de 70años a 85años.Evitar en la medida de lo posible los AINES en pacientes con deterioro de la funcion renal. Conseguir que la funcion renal no se deteriore o que mejore en estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Alos pacientes de las poblaciones diana se les realizara al menos una vez al año una determinacion del filtrado glomerular estimado mediante una analitica y se revisaran los tratamientos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se registrara un episodio en OMI con estadio de la funcion renal segun los valores del filtrado glomerular

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
el proyecto se inicia en abril del 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0638 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN SALUD FISICA Y EMOCIONAL

2. RESPONSABLE ..... AMELIA CERESUELA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· COSCULLUELA ABADIA ANGEL. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· GIL VALERO PILAR. MEDICO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LOZANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MONCLUS AMPARO. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Necesidad de dotar a los adolescentes de herramientas para el manejo de su salud, higiene, nutrición. Y de habilidades para detectar y manejar situaciones de riesgo en cuando a discriminación, acoso o maltrato.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL.
Dotar a los alumnos de herramientas útiles en situaciones cotidianas y de problemática social que se acusa actualmente.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.
-
Capacitar para la realización de una Reanimación Cardio
-
pulmonar Básica tanto de manera teórica
como práctica.
-
Dar a c
onocer a los alumnos las Enfermedades de Transmisión sexual existentes, vías de
prevención y buenos hábitos. Resolver dudas existentes relacionadas con la Educación Sexual.
-
Concienciar sobre hábitos saludables generales en salud: Referencia a higiene,
alimentación y
consumo de drogas.
-
Tratar el tema de acoso escolar y discriminación, problema creciente entre nuestros jóvenes, de una
manera práctica, cercana y amENA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SESIONES Y PONENTES: Sesiones de unos 30-40 minutos en dos grupos a los alumnos de 1º de la ESO (unos 40 alumnos en total) del Instituto de cella
-
Buenas Prácticas: Loli Oficialdegui y Carmen Garcia
-
RCP BÁSICA (Teoría y práctica): Piral Gil
-
Acoso escolar (Proyección de un corto y charla grupal): Carolina Castaño
-
Educación Sexual : Lourdes Ortiz
-
Vive Sano: Angel Cosculluela y Amparo García
-
Discriminación (Cuento para pensar y Dinámica grupal): Amelia Ce

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de satisfacción y sugerencias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se realizan dos sesiones en mayo de 2018 y el resto en septiembre-octubre de 2018 con el inicio del curso

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SIN PATOLOGIA

Proyecto: 2018_0638 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN SALUD FISICA Y EMOCIONAL

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1323 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NUTRICION EN LA TERCERA EDAD

2. RESPONSABLE ..... FELIX PEÑA CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad ..... MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
- Análisis de la Situación:
Población muy envejecida en la zona básica de salud
Problemas de mala dentición
Patologías diversas y frecuentes
Soledad y carencias de relaciones y contactos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Objetivos del Proyecto:
Involucrar a las personas ancianas en la importancia de su alimentación.
Mejorar la nutrición en estas edades
Adecuación de la alimentación a sus diversas patologías
Asumir la realización de ejercicio físico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actividades prescritas:
Charlas y reuniones participativas mensuales en cada población

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mejora en el estado de salud de la poblacion tras contyroles de TA,Glucemia y Colesterol.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Calendario:
Una vez al mes en cada población comenzando el 1 de septiembre de 2018.
Si es preciso, se repetiría en el mismo mes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1540 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL TEST DEL HELICOBACTER PYLORI EN EL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ASCOZ HERRANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad ..... MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAINEZ LORENTE MARIA TERESA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En nuestra Zona de Salud no se realiza el test del Helicobacter Pylori, a pesar de disponer de dichos test en el Centro de Salud.
Una de las causas podría ser el desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios del EAP de la forma de realización de dicho test en Atención Primaria.
Hay un porcentaje importante de población envejecida en nuestra zona con dificultad para desplazarse al Hospital Obispo Polanco, que es nuesto hospital de referencia, para realización de este test.
Creemos que con nuestro proyecto podría solucionarse el desconocimiento de los profesionales y los pacientes evitarían desplazamientos innecesarios al Hospital para realizar dicho test.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Realización del test de Helicobacter Pylori en Centro de Salud de Monreal
- Formación con realización de una sesión clínica a los profesionales sanitarios del EAP sobre como realizar el test en AP y como actuar ante un resultado positivo
- Motivar a los profesionales para que comprendan la importancia de la realización de dicha prueba y hacerles ver que el desplazamiento de estos pacientes al Hospital es algo innecesario
- La población (en su mayoría envejecida) de nuestra Zona de Salud con indicación de test de Helicobacter Pylori no tenga que desplazarse al Hospital para la realización de dicho test

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Programar quincenalmente el primer y el tercer jueves de cada mes la realización del test en el Centro de Salud de Monreal del Campo coincidiendo con el día de extracciones, para que estas muestras puedan ser llevadas al HOP ese mismo día.
- Comunicar a los profesionales del EAP las actuaciones que deben llevar a cabo para derivar a los pacientes que vayan a realizarse el test al médico responsable de la realización de dicho test.
Y posteriormente cuando llegue el resultado saber como deben actuar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Conseguir que al menos el 70% de todos los pacientes en los que está indicado la realización del test de Helicobacter Pylori se realice en el Centro de Salud (70-80%)
- Número de pacientes que se han realizado el test en el Centro de Salud / número de pacientes totales con indicación para la realización del test
- El 100 % de los pacientes cuyo test sea positivo tras recibir tratamiento correcto, deberán ser valorados para la posibilidad de un nuevo enfoque terapéutico (100%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En Septiembre 2018 realización de sesión clínica para formación de los profesionales del EAP en la realización de dicho test.
Realización de test quincenales a partir de Septiembre 2018 hasta Mayo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0241 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

2. RESPONSABLE ..... MARIO BURILLO LAFUENTE
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· GÜELL AYUDA JUAN. MEDICO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· MORA PALOMARES DOMINGO. MEDICO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· VIVO LAZARO JOSE LORENZO. MEDICO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· ARGILES HERNANDEZ LUISA. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR MORRO JOSE. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO. MEDICO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En línea con otros proyectos desarrollados en el centro, se han detectado oportunidades de mejora en la detección y manejo de los pacientes con EPOC.

El tratamiento fisioterapico para el manejo complementario de la EPOC puede resultar conveniente para obtener un mayor control de la enfermedad y aumentar los niveles de actividad de los pacientes, de acuerdo con las recomendaciones de GesEPOC 2017. A consecuencia de ello, es posible una reducción del consumo de medicación así como el número y gravedad de las exacerbaciones. Entre las opciones de tratamiento de fisioterapia, el entrenamiento de la musculatura respiratoria se revela como una herramienta especialmente adecuada entre poblaciones con gran dispersión geográfica, dada su sencillez de uso y escasa necesidad de supervisión por parte del personal asistencial.

Estas líneas de acción, globales al manejo de la enfermedad, siguen los criterios internacionales marcados por GOLD 2017.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
+ Aumentar la fuerza de la musculatura respiratoria en los pacientes EPOC de la zona de salud.
+ Disminuir el número y gravedad de las exacerbaciones relacionadas con la enfermedad, precisen o no ingreso hospitalario.
+ Disminuir la cantidad y/o gravedad de los síntomas propios de la enfermedad.
+ Disminuir el consumo de medicación para el control de la enfermedad.
+ Disminuir la carga económica para el sistema sanitario, haciendo un uso más eficiente de los recursos materiales y humanos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
+ Realización de seguimientos semanales individualizados con medición de PIM-PEM y reajuste de pauta de entrenamiento durante el periodo de intervención (3 meses) por fisioterapia.
+ Control semanal de registro de síntomas.
+ Control médico mensual durante el periodo de entrenamiento y control trimestral fuera de este.
+ Sesión individual para los pacientes de instrucción sobre pautas de entrenamiento y criterios de mantenimiento de los instrumentos de entrenamiento por fisioterapia.
+ Sesión individual para los pacientes a fin de proyecto para transmitir logros personales y pautas para mantenerlos por fisioterapia.
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial sobre la EPOC y su gestión, desde el enfoque estrictamente fisioterápico y multidisciplinar.
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial a fin de proyecto para evaluación de logros y valoración de posibilidades de mejora.

El entrenamiento se realizará con el dispositivo de entrenamiento personal de los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:

+ >10% pacientes retiran recetas de corticoesteroides, BDCD o BDLD, según e-receta
+ >10% pacientes que reducen nº de síntomas respecto a situación basal
+ >10% pacientes que reducen gravedad de síntomas respecto a situación basal
+ >5% pacientes que reducen nº de ingresos hospitalarios por causas relacionadas con la EPOC respecto al año anterior

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI-AP (para la valoración de síntomas) y de Historia Clínica Electrónica para todos los pacientes incluidos en el programa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio 3er trimestre 2018 y finalización 3er trimestre 2019

Proyecto: 2018_0241 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0570 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SUS PRIMEROS MESES

2. RESPONSABLE ..... ALICIA ARNAU FUERTES
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· COBOS COBOS JOSE MARCELO. MEDICO/A. CS MORA DE RUBIELOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BRUN IZQUIERDO ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las mujeres durante los cursos de embarazo preguntan sobre la continuidad de encuentros en el postparto.
Los primeros meses de la crianza y maternidad - paternidad son un periodo vulnerable y sensible emocionalmente: donde ha cambiado el rol, se adaptan al bebé, crean vínculos, se planifican y se encuentra un nuevo equilibrio.
Existe la posibilidad de depresión postparto

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Crear un espacio de encuentro para compartir la experiencia del parto, la crianza, la maternidad, la nueva paternidad y la evolucion de la sexualidad.
Conocer ejercicios para tonificar el cuerpo y el suelo pélvico
Saber los controles pediátricos prevencion con vacunas, desarrollo del bebé, alimentacion complementaria, prevencion de accidentes, etc

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se hacen clases de YOGA MAMA-BEBÉ. Y los 10 últimos minutos se tratan temas de:
- compartir experiencia del parto (escribirlo)
- alimentacion del bebé (triptico) primeros meses lactancia elegida y alimentacion complementaria
- idealizacion del puerperio: maternidad, paternidad (verbalizar) roles familia
- desarrollo del bebé: psicomotor
- sexualidad en el postparto: planificacion (ver métodos)
- el sueño del bebé, el llanto
- prevencion accidentes domesticos, seguridad vial

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
asistencia a los cursos:
numero de mujeres que acuden / numero de mujeres que han parido
nº de clases que acuden/ nº clases total

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
dura 7 semanas...
Alicia hace la práctica de ejercicios y algun tema de matrona
Marcelo desarrollo psicomotor del bebé, consultas frecuentes,...
Marian prevencion accidentes domésticos, seguridad vial...
alimentacion complementaria, sueño y llanto del bebé, etc...
Ana compartiendo con Marian temas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0618 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA BRUN IZQUIERDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGOUES MARTINEZ JORGE. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ARGILES HERNANDEZ LUISA. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR MORRO JOSE. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO CURIA JAVIER. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE MARTIN LAURA. ENFERMERO/A. CS MORA DE RUBIELOS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En España ocurre una parada cardíaca súbita cada 20 minutos. Si se suman los fallecimientos por atragantamiento o por parada respiratoria en personas inconscientes debida a la obstrucción de la vía aérea por la propia lengua del paciente, el resultado es impactante.
Todo el personal sanitario que trabajamos en la urgencia extrahospitalaria hemos atendido emergencias con resultado de muerte o grave incapacidad porque los testigos que rodeaban al paciente no supieron actuar para ayudarle.
Día tras día somos testigos de la poca formación sanitaria, las dudas y los miedos de los ciudadanos en lo que a primeros auxilios y atención inicial a la emergencia se refiere.
En los Paises nórdicos hasta el 70% de los pacientes que sufren una parada cardiorespiratoria (PCR) presenciada llegan al hospital con vida tras ser reanimados precozmente por los testigos. En España no superamos el 10% de paradas cardíacas extrahospitalarias recuperadas.
¿Qué es lo que marca la diferencia? La enseñanza de primeros auxilios y maniobras de atención a la emergencia en las edades tempranas de la vida. Aquellas en las que los conocimientos se aprenden y mecanizan sin miedos, dudas ni prejuicios. Enseñan a sus niños y jóvenes. Y los enseñan en los lugares por los que pasará más del 90% de la población en edad escolar: en los colegios e institutos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que los niños adquieran conocimientos para saber actuar ante una situación de emergencia, muerte súbita, atragantamiento, inconsciencia:
- Conocer el teléfono de emergencias 112 y utilizarlo adecuadamente.
- Maniobra frente-mentón para abrir la vía aérea.
- Posición lateral de seguridad (PLS)
- Reconocer si respira o no.
- Masaje cardiaco.
- Maniobras de desobstrucción de la vía aérea por atragantamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los colegios de nuestra zona básica de salud son dos, el Colegio Público San Miguel de Mora de Rubielos y el C.R.A (Colegio Rural Agrupado) Pórtico de Aragón.
Las actividades varían en función de la edad de los escolares, por lo que las hemos dividido en varios grupos.
3 y 4 años (1º y 2º de infantil)
- El taller durará 30 minutos
- Traerá cada niño un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Conocer el número de emergencias el 112: ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pondrán a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardiaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicaremos con el peluche.
- Aprenderemos una canción muy sencilla para recordar el 112 y que deben pedir ayuda a un mayor, que es lo más importante del taller, dada la edad que tienen.

5, 6 y 7 años (3º de infantil, 1º y 2º de primaria)
- El taller durará 50 minutos
- Traerá cada niño un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Conocer el número de emergencias el 112: ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pondrán a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardiaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicaremos con el peluche.
- Aprenderemos una canción donde se repasa todo lo que deben hacer ante una inconsciencia y una muerte súbita.

8 a 12 años (3º, 4º, 5º y 6º de primaria)

Proyecto: 2018_0618 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

- El taller durará 50 minutos.
- Presentación de powerpoint: 112, Inconsciente, muerte súbita, atragantamiento, Abrir vía aérea, saber si respira (ver, oir y sentir), PLS, RCP sólo con las manos (Masaje cardiaco)
- Prácticas con maniquíes del masaje cardiaco.
- Prácticas de PLS y atragantamiento por parejas.
- Visualización de un vídeo de simulación de las diferentes situaciones junto con una canción con letra referente al tema. "Tus manos pueden salvar vidas" del grupo Cero a la Izquierda.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Que los niños al finalizar el taller sepan realizar las diferentes maniobras de forma adecuada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el curso escolar se planificarán los talleres de acuerdo a la disponibilidad de los profesionales sanitarios y de los maestros.

9. OBSERVACIONES.
En el curso anterior ya se les dio un taller de primeros auxilios a los profesores, para que ellos ya sean conocedores del tema en mayor profundidad.
En la RCP solamente se enseña el masaje cardiaco ya que son muy pequeños y el realizar las ventilaciones les puede resultar muy difícil y no ser efectivas, por lo que se perdería un tiempo importante, es por ello que se realiza sólo masaje cardiaco.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EDUCACIÓN PARA LA SALUD
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0399 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

2. RESPONSABLE ..... MARCOS TENA CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MOSQUERUELA
· Localidad ..... MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
· OLIVAS GUILLEN VALERIANO. MEDICO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes demandan contínuamente en consulta información sobre interacciones farmacológicas y alimentarias con los tratamientos anticoagulantes. Es importante dar información clara sobre las interacciones farmacológicas y alimentarias para evitar las complicaciones con los anticoagulantes orales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Emponderar a los pacientes para aumentar los conocimientos sobre las interacciones medicamentosas y alimentarias. La población a la que se dirige es la que esté en tratamiento con anticoagulantes orales (warfarina y acenocumarol).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Todos los pacientes anticoagulados, realizarán anualmente un cuestionario/entrevista, sobre manejo, riesgos, alimentación, etc. de anticoagulantes. Los miembros del equipo desarrollarán un cuestionario para los pacientes. Se implementarán dos reuniones de trabajo, una cada cuatro meses para valorar el resultado sobre los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes a los que se les entrega la encuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en mayo del 2018. Se espera una duración continuada a lo largo de varios años.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0400 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN SANCHEZ SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MOSQUERUELA
· Localidad ..... MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TENA CAMPOS MARCOS. ENFERMERO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
· OLIVAS GUILLEN VALERIANO. MEDICO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La población desconoce los signos y síntomas de alarma de ictus y la necesidad de una atención precoz.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Concienciar y explicar a la población adulta de la importancia en la detección de los signos y síntomas de ictus.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán reuniones de equipo para preparar los talleres dirigidos a la población susceptible.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se registrará el número de asistentes a los talleres, así como el número de reuniones realizadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará a partir de mayo del 2018 y continuará en años sucesivos.

9. OBSERVACIONES.

Antigua línea: Mejora de la Práctica Clínica

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0472 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARCELO COBOS COBOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MOSQUERUELA
· Localidad ..... MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TENA CAMPOS MARCOS. ENFERMERO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA
· OLIVAS GUILLEN VALERIANO. MEDICO/A. CS MOSQUERUELA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Es importante desde el principio de la vida que los más pequeños se familiaricen y adquieran habilidades de conceptos y prácticas elementales para detectar situaciones de compromiso vital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población infantil conocerá los eslabones de la cadena de supervivencia, así como las maniobras básicas de reanimación y saberlas poner en práctica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán reuniones de equipo para preparar talleres dirigidos a la población seleccionada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se registrará el número de asistentes al taller teórico práctico así como el número de reuniones realizadas entre los miembros del equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará a partir de mayo-2018 y se repetirá los años sucesivos durante el calendario escolar.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Parada cardiorrespiratoria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0256 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES RUBIO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LATASA LATORRE DOLORES PILAR. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· COSCULLUELA AISA MARIA. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ROMAN NOGUERAS MERCEDES. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· GIL MALO INMACULADA. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BLAS GOMEZ CONSUELO. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO BELLA JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
1.- Se observa en las consultas de pediatría, así como en atención continuada, un número elevado de consultas por síntomas que pueden ser manejados por los cuidadores de forma domiciliaria.
2.- Dado el porcentaje de población extranjera con la que a veces es difícil entenderse, planteamos hacer folletos informativos en varios idiomas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.-Dotar de conocimientos a los cuidadores habituales de niños en edad preescolar de los síntomas más frecuentes
2.-Disminuir la frecuentación en los servicios sanitarios
3.-Conocer signos de alarma
4.-Romper la barrera del idioma

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1.- Realizar encuestas para valorar los conocimientos de los cuidadores.
2.-Elaboración de folletos informativos en varios idiomas, de los síntomas más frecuentes en niños y manejo domiciliario de éstos
3.-Los folletos se entregarán en las consultas del centro de salud, por parte del personal sasnitario, con ocasión de revisiones, vacunas, servicio de urgencia, etc.
4.- Encuesta final para evaluar conocimientos adquiridos.
5.- Encuesta de satisfacción global.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de personas a las que se les ha entregado folletos / niños en edad preescolar.
Mejoría de los conocimientos adquiridos comparando la encuesta primera con la final.
Análisis descriptivo sobre la satisfacción del usuario y de los componentes del equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 2018 : elaboración de encuestas y folletos
Junio 2018: comenzar reparto
Octubre 2018: realizar la 2ª encuesta.
Diciembre 2018: evaluación y recopilación de propuestas de necesidades por los cuidadores para futuras intervenciones.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0262 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE PACIENTES REGISTADOS EN OMI (DOMICLIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO (TERUEL)

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES BUJEDA DOÑATE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LATASA LATORRE DOLORES PILAR. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO SERRANO MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO BELLA JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· FUSTER OMEDES ANGEL. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· ROMAN NOGUERAS MERCEDES. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Observación de falta de datos, o datos erróneos en el registro de OMI, con el consiguiente retraso en la localización de los pacientes,y sobre todo en casos de urgencia, al no constar la persona de contacto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Corregir o actualizar datos de los usuarios, para una mejor gestión de la actividad del Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La administrativa del Centro, repasará los datos de los usuarios cuando estos accedan al centro, bien en persona o por teléfono.
El personal sanitario repasará los datos de los pacientes en OMI y ante la falta o error de ellos, los remitirá a la administrativa para actualizarlos.
Poner carteles en todo el Centro y consultorios locales bien visibles avisando a la poblacion de la necesidad de actualizar sus datos de localización.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Listado de todos los usuarios rectificados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril a Diciembre 2018. Desarrollo del programa.
Diciembre 2018. Evaluación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Falta datos localizacion pacientes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0729 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS

2. RESPONSABLE ..... DOLORES PILAR LATASA LATORRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO SERRANO MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO BELLA JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· SEBASTIAN CHECA SONIA NATIVIDAD. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· FUSTER OMEDES ANGEL. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· ROMAN NOGUERAS MERCEDES. ENFERMERO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· ABAD POLO LAURA. MEDICO/A. CS SANTA EULALIA DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad prevenible y tratable
.-Supone un grave problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad, coste económico y social, generando un importante consumo de recursos sanitarios.
.- El principal factor de riesgo es la exposición y/o inhalación del humo del tabaco, incluida la exposición pasiva (80-90%) de los pacientes con EPOC son fumadores
.- En nuestra zona de salud existe un infradiagnóstico de pacientes EPOC

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
.-Instaurar medidas para el diagnóstico precoz de EPOC entre la población fumadora de la zona de salud
.-Fomentar la realización del Consejo antitabáquico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
.-Curso de formación en espirometrías a los profesionales del eap
.-Selección de población susceptible para realizar espirometría
.-Designar a la persona encargada de realizar la espirometría
.-Crear en OMI la agenda para tal fin
.-Designar el lugar para la ralización de la espirometría
.-Consejo antitabaco a la población fumadora que acuda a la consulta

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
.- Nº total de espirometrías realizadas / nº total de personas fumadoras que acuden a consulta entre 40 y 79 años x 100

.-Nº total de espirometrías patológicas/nº de espirometrías realizadas
.-Nº de nuevos casos de EPOC diagnosticados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
.- Curso de formación de espirometrías: 28 de mayo
.- Creación de agenda en omi: 22 mayo 2018
.- Designar lugar realización: consulta multiusos
.- Fecha de inicio proyecto: 1 de junio 2018
.- Fecha fin proyecto: 15 de diciembre 2018
.- Evaluación de resultados: Enero 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0594 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS SARRION

2. RESPONSABLE ..... MANUEL RUIZ CARRALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SARRION
· Localidad ..... SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES ABANSES CRISTINA. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CASTRO GARCIA EDUARDO. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FORTEA GARZARAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FUENTES MORENO ENCARNA. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PUEYO REIG RAMON. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Centro de Salud constituye el primer eslabón de la cadena asistencial en la atención inmediata urgente. Para una correcta actuación asistencial es imprescindible establecer un protocolo para el adecuado control y mantenimiento de los medios disponibles y necesarios que tenemos en el Centro de Salud.

Las actuaciones a realizar en una situación de urgencia/ emergencia médica son tanto en el Centro de Salud como en los domicilios de los pacientes o en vías públicas. Para ello es fundamental asegurar el correcto funcionamiento y disponibilidad de todo el material necesario para realizar la mejor asistencia posible en cada situación.

Para cumplir este objetivo, en el Centro de Salud de Sarrión consideramos la necesidad de disponer de un protocolo consensuado para las revisiones periódicas de los medios y materiales de que disponemos, y que son:

En la sala de urgencias: carro de paradas, carro de cura .botiquín de fármacos del centro, equipo de oxigenoterapia y aparatos de electromedicina (ECG,DEA...)

En la asistencia domiciliaria: maletín de urgencias, y en el Centro de Salud de Sarrión, estado óptimo del vehículo y material sanitario disponible en dicho vehículo como férulas de inmovilización, fluidoterapia, collarines cervicales, etc

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
. Garantizar la prestación de una atención sanitaria de calidad y una mejora de la seguridad del paciente en la población del Centro de Salud de Sarrión y del PAC de Arcos de las Salinas
. Revisión, mantenimiento y disponibilidad del material sanitario, que generará una mayor eficacia en la gestión de los recursos materiales
. Establecer unas pautas y un protocolo de actuación de todo el personal sanitario del centro para el cumplimiento de estos objetivos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El equipo de guardia formado por médico y enfermera asumirá la responsabilidad del cumplimiento de estos objetivos mediante la creación de una hoja de registro donde se constaten los siguientes apartados:
Comprobación diaria de la sala de urgencias para su adecuado mantenimiento en orden,y limpieza para su correcto funcionamiento.
Revisión trimestral del carro de paradas, comprobando el buen estado y funcionamiento, existencia de recambios y revisión de caducidades de la medicación.
Revisión semanal del carro de curas y reposición del material tras su uso.
Revisión semanal del maletín de urgencias, asegurando la existencia de medicamentos y material necesarios, así como su reposición tras cada uso
Comprobación mensual del botiquín de farmacia, observación, reposición y/o anotación de ausencia de medicamentos, así como sus caducidades.
Revisión mensual del material sanitario ubicado en el vehículo del centro. Anotación del kilometraje en cada desplazamiento y vigilancia del depósito de combustible.
Crear una hoja de check-list para los diferentes apartados citados anteriormente, certificando la correcta comprobación del carro de paradas maletines y vehículo.
Elaboración de una hoja de incidencias para su comunicación a los coordinadores del EAP.
Firma de las hojas de registro con la periodicidad establecida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación de este proyecto será anual y consistirá en la monitorización de resultados, mediante el correcto cumplimiento de las hojas de registro y de las incidencias efectuadas a lo largo de este periodo.

Se realizarán reuniónes trimestrales de todo el equipo sanitario del centro, para hacer una valoración en

Proyecto: 2018_0594 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS SARRION

común y realizar los cambios y mejoras oportunas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el mes de Abril se elaborarán las hojas de registro y las hojas de incidencias, para desarrollar el proyecto descrito que comenzará a efectuarse en el mes Mayo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Mejora de la seguridad asistencial. Promover la implementacion de determinadas actuaciones sanitarias para prevenir el daño asociaciado a la atencion sanitaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0387 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y ECG

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CONEJOS BELLIDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARRION
· Localidad ..... SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACOMBA BIOL MARIA JOSE. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ NAVARRO ENRIQUE PEDRO. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· MORTE PEREZ ALFREDO. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· LEAL DUQUE AMADID. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· CUEVAS FELIZ CESAR SANTIAGO. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR MAGALLON JERONIMO. ENFERMERO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA
· PALACIOS MEDRANO JESUS. MEDICO/A. CS SARRION. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Informar a la población biabética de la importancia que tienen los controles en la evolución de la diabetes para evitar las complicaciones, explicando el por qué de cada uno de ellos: G.capilar, HbA1C, IMC, TA, Colesterol, Control del pié diabéticos, ECG.
Revisado el Cuadro de Mandos y el programa de Diabetes de OMI, a fecha 31 de diciembre de 2017, el Centro de Salud de Sarrión ha alcanzado unas cifras de cumplimiento que son : 51% en determinación HBA1C, 50% en la determinación de Microalbuminuria, 57% en el control del Pié diabético y un 40% en la realización del ECG bianual.

Para mejorar el cumplimiento se establecen dos lineas de actuación:
Implicación de los pacientes en la demanda de sus controles. Para ello la creación e implantación de la Cartilla de Seguimiento, que les sirva de recordatorio para acudir, en la fecha señalada, a la realización de los mismos. Igual que se hace en otros campos como Vacunaciones, Citologías, Espacializada, etc.
Los profesionales del Centro de Salud deben introducir los valores en OMI y anotar en la cartilla la fecha de la próxima revisión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar el porcentaje de cumplimiento de los indicadores señalados.
- En 2018 podríamos aspirar a conseguir un 70%.
- En 2019, si es efectivo el programa, se conseguiría el objetivo real del Centro, teniendo en cuenta las excepciones.
Análisis del grado de implicación de los pacientes tras la implantación de la Cartilla.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Charla informativa en cada núcleo de población del C.S. de Sarrión, sobre la importancia de los controles en los pacientes diabéticos y el por qué.
Captación:
En la charla se les informará de la cartilla del diabético. Deberán pasar a recogerla por la consulta del médico o del enfermero y se les revisarán las fechas de los controles a realizar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores a medir serán :
- Controles analíticos de HBA1C semestral y Micoralbuminuria anual.
- Control del Pié diabético según grado.
- ECG bianual.
Evaluación.
- 1ª Evaluación: 30 de mayo de 2018 . Medición del número de pacientes a los que se les ha hecho la revisión y entregado de la Cartilla.
- 2ª Evaluación : 30 de noviembre de 2018 . Medición del grado de implicación en el primer control tras tener su Cartilla.
- En 2019 se pueden realizar una 3º y 4º evaluación . Estas determinarán el cumplimiento de los objetivos del proyecto.
Fuentes de datos. Cuadro de mandos, Listados de la Cartera de Servicios y Planes Personales de OMI.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El inicio del proyecto será el 1 de abril de 2018.
Durante 2018 se realizarán 2 evaluaciones el 30 de mayo y el 30 de noviembre.
Durante 2019, se realizarán otras 2 evaluaciones en las mismas fechas

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0387 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y ECG

Durante las evaluaciones de 2019, aparte de medir los objetivos planteados en este proyecto, se puede medir el grado de mejora en los resultados analíticos de los pacientes derivados de esta implicación en sus controles periódicos.

Antigua línea: Diabetes

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0633 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO D EL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. ¿COMO LO DAMOS A CONOCER?. GRADO DE REGISTRO DEL DVA

2. RESPONSABLE ..... PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD LAGUIA ROSA. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· CATALAN ADIVINACIOIN GLORIA. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· SOGUERO GARCIA ISMAEL. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· ALANDETE GERMAN LUIS. MIR 3º. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· PLOU IZQUIERDO SARA. MIR 1º. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· SALESA NAVARRO LUCIA. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· FERRER SOROLLA RUBEN. MIR 3º. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
A RAIZ DE LA PREOCUPACION PERSONAL POR ESTE TIPO DE PROBLEMAS, SE ME PLANTEO PRGUNTAR A MIS COMPAÑERO QUE GRADO DE CONOCIMIENTO TENIAN ELLOS DE ESTAS CUESTIONES TAN IMPORTANTEES COMO ES EL HECHO DE PREGUNTAR A NUESTROS PACIENTES COMO QUIEREN QUE SE MANEJEN DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO LOS ULTIMOS MOMENTOS DE SUS VIDAS.
TENIA LA PERCEPCION SUBJETIVA DE QUE NOS C OSTABA MUCHO HABLAR DE ESTO CON NUESTROS PACIENTES, Y NO TENIA CLARO S I SABIAMOS INCLUSO COMO HACERLO . CON ESTE PUNTO DE PARTIDA S E ME OCURRIO ELABORAR UNA ENCUESTA ANONIMA ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO Y PLANTEAR ESTE PROYECTO DE MEJORA, PARA PRIMEERO MEJORAR LA INFORMACION ENTRE TODOS NOSOTROS Y REGISTRAR O MEJORAR EL REGISTRO SI YA SE HACIA DE SI EL PACIENTE TIENE UN DVA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACION ENTRE NOSOTROS Y ENTRE NUESTROS PACIENTES.
-2-REGISTRAR EN OMI SI LOS PACIENTES TIENE HECHO UN DVA.
-3-COMO OBJETIVO SECUNDARIO SI ALGUIEN MANIFIESTA INTERES EN CUMPLIMENTARLO DERIVAR A TRABAJADORA SOCIAL DEL CENTRO.

-4- LA POBLACION DIANA SERIA POBLACION DE NUESTROS CUPOS QUE ESTUVIESE EN PROGRAMA DE ESAD, TERMINALES, PCC, CUIDADORES Y FAMILIARES DE ESTOS PACIENTES...Y A TODOS LOSQUE S E MUESTREN INTERESADOS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-1- ENCUESTA PREVIA A PROFESIONALES QUE YA HA SIDO REALIZADA A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO EN ABRIL 2018.
-2-SESION INFORMATIVA A LOS COMPAÑEROS DEL EQUIPO.
-3-PRESETACION DEL DVA Y DE SU LUGAR DE R EGISTRO EN OMI.
-4-PRESENTACION DEL PROYECTO.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-EL INDICADOR SERIA EN OMI EN EL PROTOCOLO DE DVA VER CUANTOS CUANTOS DVA HAY REGISTRADOS O NO REGISTRADOS, PERO EN LOS QUE SE HAYA HECHO LA PREGUNTA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- INICIO ABRIL 2018. FIN DICIEMBRE 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NEOPLASIA, TERMINALES, PCC....Y CUIDADORES Y FAMILAIRES DE LOS A NTERIORES ASI COMO POBLACION INTERESADA.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1512 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE OVACE

2. RESPONSABLE ..... MARIA MARTIN RODRIGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· ADALID GUILLEN URSULA. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· MONTON BARRERA ESTRELLA. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En algunos colegios se ha generado una demanda por parte de los monitores de los comedores hacia ciertos profesionales sanitarios para actuar en casa de atragantamiento de los niños a su cargo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Los monitores de comedor de algunos colegios de Teruel, conocerán cómo deben actuar ante un atragantamiento a través de la realización de talleres.
- Realización de actividades para educar y formar ante esta urgencia.
- Se propone la adquisición de habilidades para saber actuar ante una OVACE.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Conocer los tipo de atragantamientos (parcial o total)
2. Enseñar cómo deben de actuar ante cada tipo de atragantamiento hasta la llegada de los Servicios Sanitarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Encuesta inicial para determinar el grado de conocimiento previo de los monitores.
- Encuestas posteriores para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres.
- Número de monitores que han participado en el taller / número total de monitores.
- Encuesta de satisfacción a los monitores que recibirán la formación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde Septiembre 2018 hasta Junio 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0621 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION Y ASESORAMIENTO EN URGENCIAS INFANTILESY CUIDADOS BASICOS EN NIÑOS CON ENFERMEDADES CRONICAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTINEZ SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALAN RICO JOSE. PEDIATRA. CS TERUEL CENTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· HERRERO CRESPO ELENA. PEDIATRA. CS TERUEL CENTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ADIVINACION HERRERO ADORACION. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MENDEZ SORIANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS TERUEL CENTRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· FERRER SOROLLA RUBEN. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· ALANDETE GERMAN LLUIS. MEDICO/A. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· CASANOVA SOTO MARTA. MIR. CS TERUEL CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Con fecha 7 de noviembre de 2017, se publica una resolución del Gobierno de aragón por la que se dictan instrucciones relativas a la atención educativa hacia el alumnado con enfermedades crónicas, así como a la intervención en situaciones de urgencia y emergencia en los centros docentes de la comunidad autónoma de aragón. Nos planteamos este proyecto comunitario para hacer posible que el personal docente y no docente de los centros escolares pueda recibir la información, formación y asesoramiento oportuno sobre actuación en urgencias pediatricas (asma infantil, crisis epilepticas....), así como la atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se impartiran sesiones docentes al personal de los centros escolares que lo requieran (concretamente a aquellos centros que se encuentren asignados a nuestro centro de salud) con el objetivo de que se sientan capacitados para atender una emergencia pediátrica que puede acontecer en el colegio hasta la llegada de los efectivos sanitarios. De igual modo se pretende que dicho persosnal tenga formación básica en cuidados a niños que presenten alguna patología de base como puede ser asma, epilepsia o bien las frecuentes alergias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El proyecto se llevará a cabo mediante sesiones impartidas en un centro a convenir con los propios colegios durante el horario laboral de los ponentes. (tenemos entendido que los profesores no pueden abandonar su centro escolar durante su horario laboral aunque no se impartan clases a los alumnos en esos dias en concreto por lo que ya convendríamos el lugar exacto para impartir las sesiones) Los dias previstos así como los horarios durante los cuales se ofrecen estas sesiones también se convendrán con los centros escolares implicados a lo largo del curso escolar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación de los conocimientos adquiridos durante las sesiones así como del material ofrecido para ello y la calidad del contenido del mismo se realizará a traves de encuestas a los asitentes
Otro indicador a utilizar sería contabilizar el numero de asistentes a cada sesión entre el numero de asistentes que las imparten
Se expondran casos clinicos para que los participantes interactuen y conprobar su majero con la situacion planteada de acuerdo a los conocimientos adquiridos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los dias previstos para impartir las sesiones clínicas se convendrán con los centros escolares participantes . Se llevarán a cabo a lo largo del curso escolar y se impartiran en un lugar a convenir con el personal a quienes van dirigidas las charlas. Serán sesiones de aproximadamente una hora u hora y media contando prácticas de RCP por los asistentes con los muñecos adecuados para ello.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. patologia cronica del niño y emergencias pediatricas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0176 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA LAYUNTA MARTINEZ
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CRUZ GALAN JOSE ANTONIO. MATRONA. CS TERUEL CENTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· DOMINGO MARTINEZ CONCEPCION. MATRONA. CS TERUEL CENTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde la Unidad de Trabajo Social se ha detectado un número significativo de mujeres solicitantes de IVE.
De ellas, la gran mayoría no utilizan o lo hacen de forma inadecuada, métodos de planificación familiar y/o de prevención de enfemedades de transmisión sexual.
Se detecta también a mujeres jóvenes con reiterados embarazos, escasa formación y desconocedoras de las vías de acceso a los recursos sociosanitarios.
Se observa igualmente un mal uso de otras prescriciones como puede ser la la llamada píldora del dia después, que llega a convertise en la forma de planificación familiar habitual.
De otra parte, la gestión del procedimiento del IVE, se realiza desde los Servicios de Atención al Paciente, convirtiéndose en un trámite meramente administrativo, se entrega un sobre con información generalizada para toda la población acerca de ayudas públicas disponibles para cuidados y atención de hijos y otras ayudas públicas, y transcurridos tres días se tramita la solicitud.
Se echa en falta una atención personalizada que en función de las caracterísiticas de la mujer solicitante, recursos, formación, situación socioeconómica, pueda necesitar derivación a otros recursos del sistema sanitario como Servicios de Planificación Familiar o de Salud pública en caso de padecer enfermedades de trasmisión sexual.
En cuanto a la información sobre prestaciones sociales debería ser facilitada por un Trabajador Social, con conocimientos en el sector para garantizar el acceso a las prestaciones del sistema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un proceso de acompañamiento en el proceso de IVE, desde el inicio, a través de la gestión de la demanda desde la Unidad de Trabajo Social, tramitación y seguimiento.

Garantizar el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planficación de la reproducción y de educación sexual.

Garantizar el acceso a la información acerca de prestaciones públicas de servicios sociales.

Reducir el número de embarazos no deseados, reiterados, entre las mujeres solicitantes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Difusión del procedimiento entre los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, Centro de Salud Teruel Centro y Centro de Salud Teruel Ensanche.

Atención individualizada de la demanda, información y gestión de prestaciones y recursos.

Coordinación con los matrones de los EAP y el COF, derivando para asesoramiento y/o intervención.

Gestión administrativa del procedimiento desde la unidad de Trabajo Social, de forma que en la intervención se limite al menor número de profesionales posibles y se fortalezca la alianza terapéutica.

Tramitación de la solicitud y derivación a la clínica de referencia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de mujeres solicitantes de IVE pertenecientes a los centros de salud Teruel Centro / número de mujeres atendidas en la Unidad de Trabajo Social, a alcanzar el 50%

Número de mujeres atendidas en la Unidad de Trabajo Social/ número de mujeres derivadas a matrones y/o COF

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Difusión entre los EAP, abril de 2018
Desarrollo y gestión del proyecto, a lo largo del año con continuidad en años sucesivos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres

Proyecto: 2018_0176 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Anticoncepción

Proyecto: 2018_0524 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS

2. RESPONSABLE ..... VICTORIANO LOU DOMINGO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· MONGE ILLANES ALEJANDRO. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· ESCUDERO RIOS MARIA ASUNCION. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· FUSTERO FUSTERO SARA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ ROYO ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un problema importante de salud, con una elevada morbimortalidad, comorbilidad asociada y consumo de recursos, que actualmente está infradiagnosticada. El diagnóstico de realiza mediante la clínica y se confirma con la realización de espirometría con broncodilatación. Es fundamental su diagnóstico precoz, siendo los fármacos más eficaces en el tratamiento por vía inhalatoria. El uso de estos inhaladores es difícil sin la educación oportuna y sujeto a errores, por lo que nos planteamos la realización de educación individual y grupal en el uso de los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La educación en el uso de inhaladores favorecería la efectividad y eficiencia en el control de la enfermedad y los síntomas, disminuirían los errores de uso de los mismos y aumentaría la adherencia de los pacientes. Podríamos hacer también educación sanitaria, favoreciendo el autocuidado del paciente y la disminución de reagudizaciones, mejorando su calidad de vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Realizar una SESIÓN FORMATIVA tanto de profesionales médicos como de enfermería en el uso adecuado de inhaladores.
2. Revisión de todos los pacientes con el diagnóstico de EPOC, para comprobar la prescripción de inhaladores.
3. Educación individual: cuando el profesional médico prescriba un inhalador, el paciente irá a la farmacia a buscarlo y acudirá nuevamente al centro, a la consulta de enfermería, donde se le darán instrucciones claras de manejo. A los 15 días se realizará una consulta programada de enfermería para observar la forma de utilización y detectar posibles errores y corregirlos. Posteriormente será programado para nuevas visitas de evaluación del uso.
4. Educación grupal: con reuniones grupales de los pacientes diagnosticados de EPOC que usen inhaladores, sobre su uso, errores, adherencia al tratamiento y educación para el autocuidado: alimentación, realización de ejercicio, consumo de tóxicos, detección precoz de reagudizaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. A los pacientes se les realizará en la primera visita un test de disnea, para poder comprobar en visitas sucesivas la mejoría de los síntomas con el uso correcto de los inhaladores. Se valoraría porcentaje de pacientes que ha mejorado su disnea con respecto al total de pacientes.
2. En la segunda visita (a los 15 días) y sucesivas, se valorará el uso correcto del inhalador (carga correcta, sellado de labios, espiración previa, forma de inspiración profunda, apnea de 10 segundos, higiene bucal y limpieza del inhalador). Mediante una tabla propia para cada paciente, valorando el porcentaje de pacientes en los que mejora el uso del inhalador y disminuyen los errores.
3. Valorar si se produce una reducción de las exacerbaciones. En el indicador se valoraría el número de ingresos en 2017 por reagudizaciones con respecto a los ingresos por el mismo motivo en 2018.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se desarrollará a lo largo de todo el año 2018, con el siguiente calendario:
- Abril/Mayo: sesión formativa de los profesionales
- Septiembre: valoración de los pacientes diagnosticados de EPOC, cambios en test de disnea, uso adecuado o inadecuado del inhalador y número de exacerbaciones.
- Diciembre: nueva revaloración de los pacientes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2018_0524 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_1508 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LAFUENTE SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN RODRIGUEZ MARIA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· ADALID GUILLEN URSULA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· MONTON BARRERA ESTRELLA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En los colegios se ha generado una demanda por parte de los profesores hacia ciertos profesionales sanitarios para que los niños desde las edades más tempranas sepan detectar y como actuar ante una emergencia sanitaria. Por lo que actualmente en algunos colegios se está llevando esta educación sanitaria sin estar incluida en ningún programa de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Los niños de Educación Infantil de algunos colegios de Teruel conocerán que es una Emergencia Sanitaria y como actuar ante estas situaciones, a través de la realización de talleres.
-Adquirirán las habilidades para saber dirigirse al teléfono de emergencias 112.
-Y se motivara al profesorado en la tarea de formarse y participar con los alumnos en los talleres.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Conocer lo que es una Emergencia Sanitaria
2. Enseñar cómo deben de llamar desde cualquier teléfono y como activar GPS para su localización.
3. Saber que el número de teléfono ante una emergencia es el 112.
4. Conocer los datos que deben de comunicar al 112.
5. Saber cómo actuar ante una emergencia hasta la llegada de los Servicios Sanitarios. (Posición lateral de Seguridad y Reanimación Cardio Pulmonar adaptada a niños).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Se facilitarán una encuesta de satisfacción al profesorado de las clases de Educación Infantil.
- Números de talleres realizados por colegios
- Número de participantes en cada taller / número total de alumnos de esa clase.
- Número de profesores que han participado en los talleres / número total profesado en Educación Infantil.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde Septiembre 2018 hasta Junio 2019. En el primer trimestre del curso escolar se harán talleres con alumnos de 3º de infantil. En el 2º trimestre se harán talleres con alumnos de 2º de infantil. Y en el 3º trimestre se harán los talleres con alumnos de 1º de infantil.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0187 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA MUÑOZ TOMAS
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLA ORO MARIA JESUS. FISIOTERAPEUTA. CS TERUEL ENSANCHE. FISIOTERAPIA EN AP
· QUILEZ MARTIN ANA PIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TERUEL ENSANCHE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud Ensanche – Teruel, se ha detectado la necesidad de llevar a cabo actuaciones encaminadas a la promoción de la salud y tareas preventivas ya que la totalidad de la actividad de Fisioterapia actualmente es 100% asistencial.

Gran parte de esa actividad asistencial se centra en el tratamiento de algias vertebrales, contracturas y patología relacionada con dolor a nivel vertebral y paravertebral.
Apreciándose además que en numerosas ocasiones los usuarios de la Unidad de Fisioterapia acuden a ella por el mismo motivo incluso en más de una ocasión. Los pacientes afectos de estas patologías reciben tratamiento encaminado a reducir el dolor y mejorar la movilidad del aparato locomotor pero no se realiza actividad preventiva alguna para evitar las recidivas y los nuevos episodios de estas patologías en cuestión.

La importancia de este proyecto radica en intentar disminuir la incidencia de casos relacionados con algias vertebrales y contracturas a nivel muscular mediante la puesta en marcha de una “Escuela de Espalda” destinada a enseñar todo aquello relacionado con el aprendizaje de medidas de higiene postural, hábitos correctos en la realización de actividades cotidianas y laborales, aplicación y puesta en marcha de ejercicios o programas de ejercicios destinados a prevenir problemas osteo-articulares de la columna vertebral y recidivas de los episodios dolorosos, reduciendo de esta manera la asistencia a tratamiento fisioterápico por este tipo de lesiones y minimizando por tanto la afectación de los pacientes en número de episodios por estos motivos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Comenzar actividades de prevención y promoción de la salud desde la Unidad de Fisioterapia de Centro de Salud Ensanche –Teruel.
- Desarrollar la actividad de “Escuela de Espalda” mediante terapias grupales.
- Disminuir la incidencia de episodios por algias vertebrales y contracturas musculares.
- Enseñar a la población medidas encaminadas a prevenir la aparición de contracturas musculares y episodios de dolor a nivel vertebral.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas para lograr los objetivos expuestos consiten en ciclos mensuales de “Escuela de Espalda” en grupos de 5-6 personas que acudirán a una sesión semanal durante un mes con un total de 4 sesiones que se distribuirán de la siguiente manera:
- 1ª sesión: Nociones teóricas sobre aspectos relacionados con la higiene postural, mecánica corporal y hábitos correctos de movilización.
- 2ª sesión: Valoración física global y comienzo del programa de ejercicios. Tonificación muscular de tren superior e inferior y ejercicios de amplitud articular de tronco.
- 3ª sesión: Continuación del programa de ejercicios. Estiramientos musculares y prácticas de higiene postural.
- 4ª sesión: Relajación, dudas y evaluación de la actividad “Escuela de Espalda”.
Para la implantación de la actividad, serán necesarios cambios en la distribución horaria para disponer de espacio y tiempo para la realización de la actividad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de participantes en “Escuela de Espalda”/ número de pacientes derivados con diagnóstico de algia vertebral o contractura muscular.
- Tiempo empleado en la realización de “Escuela de Espalda”/ tiempo total de atención fisioterápica.
- Número de pacientes que valoran favorablemente la actividad de “Escuela de Espalda” mediante encuesta a tal efecto.
- Número de participantes que abandonan / número de pacientes incluídos en la actividad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Duración de cada ciclo de “Escuela de Espalda”: Un mes distribuído en 4 sesiones semanales de 45 minutos de duración cada una. La primera sesión teórica en Sala de Docencia y resto de sesiones prácticas en Sala de Fisioterapia.
- Responsable: Una Fisioterapeuta.
- Plan de comunicación: En primera visita de Fisioterapia se seleccionarán los pacientes candidatos a realizar la actividad y se les comunicará el modo de acceder a ella.

Proyecto: 2018_0187 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE

- Fecha de inicio: Abril 2018: Elaboración de charla inicial mediante presentación de Power Point y modificación de horarios para la implantación de las sesiones.
- Mayo y Junio 2018: Inicio de las sesiones grupales.
- Fecha de finalización: Diciembre 2018 con excepción de Julio y Agosto 2018 en los que se realizará evaluación de los dos primeros meses de implantación de “Escuela de Espalda”.

Posibilidad de continuar la actividad en 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0211 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS VILLA ORO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA. FISIOTERAPEUTA. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· ROMERO POBO DOMINICA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente las malas posturas entre la población escolar están muy extendidas tanto en los centros educativos como en actividades de su vida cotidiana. Estos hábitos y actitudes incorrectas en las posturas de los escolares pueden llegar a desencadenar patologías a nivel vertebral.

Por lo tanto, la higiene postural es de gran importancia en la adquisición de posturas correctas y el mantenimiento de una buena salud en la población infantil. Además, otro gran problema actual en esta edad temprana es el aumento del sedentarismo y la inactividad física lo que conlleva un aumento de los dolores de espalda entre los escolares.

La columna vertebral es un elemento importantísimo para una postura corporal correcta. Su estabilidad y un buen tono muscular son imprescindibles en la prevención de lesiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Fomentar la participación comunitaria involucrando a la población infantil de forma activa en su salud.
- Enseñar a los escolares a tomar conciencia de su esquema corporal y hábitos posturales adecuados.
- Dar recomendaciones a la población escolar sobre la correcta colocación de mochilas y sobre hábitos posturales correctos dentro del aula.
- Fomentar la realización de actividad física y la participación en aquellas actividades encaminadas a reducir el sedentarismo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas para lograr estos objetivos consistirán en una serie de charlas a los alumnos de Educación Primaria de algún centro educativo de Teruel capital en las que se insistirá en hábitos posturales correctos por parte de un Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria y fomentar estilos saludables respecto a la inactividad física en la población infantil.

Las charlas se impartirán a los alumnos de Educación Primaria intentando dar cobertura al mayor número de alumnos posible según disponibilidad de tiempo y alumnado, con una metodología activa y participativa potenciando la intervención entre los escolares para que sean protagonistas de su aprendizaje.

Estas charlas serán de una hora de duración aproximadamente concertándolas previamente con la Dirección del Centro Educativo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de Centros Educativos en los que se impartirá la formación.
- Número de niños asistentes a las charlas / número de niños de Educación Primaria del Centro Educativo en el que se imparten las charlas.
- Porcentaje de niños escolarizados que sufren dolores de espalda.
- Número de charlas impartidas / Centro Educativo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Duración de cada charla será de una hora aproximadamente.
- Responsable: Un Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria.
- Plan de comunicación: Los responsables del Centro Educativo informarán en tiempo y modo a los escolares de la realización de la actividad.
- Fecha de inicio: Septiembre 2018: Elaboración de charla inicial mediante presentación de Power Point y elaboración de folletos (tipo díptico o tríptico) para difundir entre los escolares.
- A partir de Octubre 2018: Inicio de las charlas programadas adecuadamente.
- Fecha de finalización: Diciembre 2018 con posibilidad de continuar en el siguiente curso escolar o aumentar el número de Centros Educativos.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0211 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población sana
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0165 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

2. RESPONSABLE ..... SUSANA ROSA MORALEDA
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la Unidad de Salud Bucodental de Teruel (USBD), se ha detectado la necesidad de llevar a cabo actuaciones dirigidas a la Promoción - Prevención de la salud bucal infantil; así como a la información sobre PABIJ (Programa de atención Bucodental Infantil y Juvenil en Aragón).
Los niños que acuden a nuestra unidad, en la mayoría de los casos ya han desarrollado " caries dental " u otras patologías y tanto ellos como sus padres desconocen qué tipo de actuaciones son importantes y necesarias para evitar la enfermedad.Aquí también tenemos que informar de en qué consiste el PABIJ y qué prestaciones ofrece.
La importancia de este proyecto consiste en disminuir la incidencia de caries y enfermedad de las encías,intentando conseguir un cambio en los hábitos dietético-higiénicos; así como concienciar a los niños y a través de ellos a los padres de la necesidad del cuidado de nuestra boca desde la infancia y también de la importancia de revisiones y visitas asiduas a nuestra Unidad de Salud bucodental.
Todo esto lo podremos desarrollar por medio de Charlas y Talleres en los colegios de la zona.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Educación para la Salud de todos los asistentes respecto a :
- La importancia de tener una Boca Sana desde la infancia;de los problemas que nos pueden surgir;el motivo de por qué se producen las Caries y enfermedad de las encías.
- Qué podemos hacer para no desarrolar la Enfermedad. (Caries, enfermedad de las encías ...)
- Alimentación saludable.
- Correcto Cepillado de Dientes.
- Los beneficios de acudir a la Consulta dental asiduamente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consiste en un conjunto de Charlas y Talleres con una presentación en Power point;según edad en los Colegios de Primaria de la localidad,en grupos de 20-40 niños aproximadamente ; dependiendo de la oferta de las aulas, de las instalaciones y de los docentes de cada colegio.
Para la realización de las distintas actividades nos desplazaremos a cada Colegio; en horario más conveniente tanto para la Unidad como para los Centros educativos; a concretar con la Dirección.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de niños participantes en " Salud Bucodentak Infantil " de 1º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 1º de Educación Primaria del Centro.

- Número de niños participantes en " Salud Bucodental Infantil " de 2º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 2º de Educación Primaria del Centro.

- Tiempo empleado en la realización de la Actividad / total de tiempo de Jornada de trabajo en la USBD de Teruel.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- ENERO 2018 : Diseño, realización de Charla y Taller (Power Point).

- ENERO a DICIEMBRE 2018 : Realización de las Actividades de 1º y 2º de Educacíon Primaria en los distintos Colegios.

Esta ACTIVIDAD tendrá una continuidad en años sucesivos ; dependiendo del calendario escolar.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Caries y enfermedad de las encías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0266 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO TERAPEUTICO DEL DOLOR EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... JESUS CABALLERO SOLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALAS FERRER VICTORIA E. MEDICO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El dolor es la patología más prevalente en Atención Primaria. Detectamos un doble problema, por un lado una alta variabilidad en la elección del arsenal terapéutico del dolor aun respetando los escalones de la OMS y por otro lado nos enfrentamos a unos requerimientos de control de gasto farmacéuticos y prescripción que generan confusión en el equipo.

Protocolizando el manejo terapéutico del dolor podría contribuir a solucionar dichos problemas y a mejorar el confort de nuestros pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Unificar criterios a la hora del manejo terapéutico del dolor en Atención Primaria.
Inclusión de nuevas terapéuticas con evidencia científica ya contrastada.
Dar respuesta a los objetivos de control de gasto y correcta prescripción del SALUD.
Dirigido a los facultativos del Centro de Salud para el manejo del dolor crónico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión de las guías existentes sobre la materia.
Encuesta a los profesionales del centro sobre actitud terapéutica en el dolor crónico.
Elaboración de una guía sencilla y de fácil manejo para uso interno del centro.
Realización de sesiones formativas a los profesionales.
La oferta de servicios será la misma pero eficaz.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta a los profesionales a final de año sobre percepción de mejora en el uso terapéutico del dolor crónico
Mejora en los indicadores de sector.
Adecuación de la prescripción al tipo de dolor, grado de intensidad y propuestas de nuestra guía.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se irá realizando a lo largo del presente año.

9. OBSERVACIONES.
Se va a revisar la evidencia disponible del Cannabis terapéutico en el manejo de algunos tipos de dolor crónico ante el fracaso de escalones anteriores.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1157 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL MONZON GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTIZ DOMINGUEZ LAURA. MEDICO/A. CS ALIAGA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ RUIPEREZ ELENA. MAESTRO/A. CEIP CUENCAS MINERAS MONTALBAN. DIRECCION
· GARCIA EZPELETA FRANCISCO EMILIO. VOLUNTARIO/A DE PROTECCION CIVIL. PROTECCION CIVIL. DIRECCION
· SANCHEZ BOIX CARLOS AGUSTIN. ALCALDE/SA. AYUNTAMIENTO DE MONTALBAN. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde el consultorio local, dependiente del CS DE UTRILLAS y desde el CENTRO ESCOLAR DE MONTALBAN., se desarrolla este proyecto de formación de la Comunidad Educativa en Primeros Auxilios y Maniobras RCP, especialmente destinado a adquirir conocimientos básicos para poder actuar ante una emergencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Primero: Como objetivo general se plantea la realización de actividades para fomentar la educación y formación básica en temas fundamentales sobre la SALUD
Segundo: Como objetivos específicos, se propone dar a conocer a la población infantil, adolescente y adulta relacionada con la misma, como docentes o monitores, las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia.
Tercero:Asimismo, se propone la adquisición de habilidades para actuar frente a una emergencia y reconocer de manera correcta una situación de emergencia vital

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-Reunión inicial: Entre el equipo directivo del Centro Escolar, la enfermera del consultorio médico local de Montalbán y la médico del CS de Aliaga para la propuesta y creación del proyecto, en su caso, así como detectar inquietudes.
2.-Concreción del proyecto : Se presentan las lineas didacticas de la enseñanza de la RCP en los distintos niveles educativos adaptando los contenidos a su estado de desarrollo evolutivo, fisico y mental, e involucrar a los docentes del centro en este proyecto, tanto de forma activa como pasiva.
3.-Posteriores reuniones: Se procede a contactar con el maestro especialista de MUSICA para la composición de un tema musical especifico para el proyecto
4.-Encuentro con alumnos y profesores de ESO: Serán los encargados de hacer los videos representativos de cada caso propuesto sobre situaciones de emergencias explicados en los talleres.
5.-Contacto con la Agrupacion de Voluntarios de Proteccion Civil de la Comarca Cuencas Mineras: Se ofrecen para prestar el material, necesario para la realización práctica de los talleres de RCP
6.-Reunión con el Ayuntamiento de Montalbán: Se ofrece ayuda para el mantenimiento del material y la adquisición de las mascarillas utilizadas en los talleres.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.-Encuestas iniciales para determinar el grado de conocimiento previo a la actividad que tienen los alumnos del centro escolar respecto de PRIMEROS AUXILIOS y MANIOBRAS DE RCP,
2.-Encuestas posteriores para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres adaptadas a cada uno de los niveles educativos.
3.-VALORACION POR EL PROFESORADO: Desde el claustro de profesores del centro escolar se estima conveniente incluir el proyecto en la prpogramación del próximo curso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.-DURACIÓN: Se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso el desarrollo de TRES SESIONES, de unas 2 horas para 1º y 2º ESO, y de 1 hora de duración para EDUCACION PRIMARIA y de 30 minutos para E.INFANTIL, para ofrecer talleres prácticos de FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP, así como otras DOS SESIONES dirigidas al profesorado de unas 2 horas de duración cada una de ellas, para que así puedan implicarse en l,a impartición de los próximos talleres
2.-CALENDARIO PREVISTO:Se ofrecerán talleres en los siguientes cursos con el compromiso por parte de la dirección del centro escolar de ser incluidos en la PROGRAMACIOIN GENERAL DEL CENTRO ESCOLAR que es aprobada al inicio de cada curso escolar por el consejo escolar.
3.-IMPLANTACION EN ESTE CURSO ESCOLAR 2017-2018. Durante el curso escolar actual se han impartido los talleres durante los dias jueves de todo el mes de mayo de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1157 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS Y EMERGENCIAS- PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0534 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

2. RESPONSABLE ..... ANNA IRENA BIDZINSKA BIDZINSKA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALENZUELA FOVED AMPARO. PEDIATRA. CS UTRILLAS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MINGUILLON SANZ ISABEL. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
.-Mejora la educación a las madres y padres sobre lactancia materna
.-Favorece los conocimientos, aptitudes y prácticas sobre la lactancia materna en los niños menores de 1 año
.-Garantiza una alimentación saludable que mejora la calidad de vida del niño
.-Los beneficios de la lactancia materna para la madre

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
.-Conseguir mejorar los resultados de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y la complementaria hasta los 2 años
.-Fomentar la participación de las madres lactantes que acuden a la consulta
.-Fomentar la donación de la leche matena
.-Incluir a la familia en las actividades de educación y apoyo
.-Evitar el destete precoz

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
.-Apoyo a la lactancia materna pre y postnatal
.-Recomendar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses
.-Recomendar lactancia prolongada hasta los 2 años con alimentación complementaria
.-Recomendar el amamantamiento a demanda
.-Enseñar las posiciones correctas, vacíado eficaz de las mamas
.-Enseñar las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
.-Valorar en la consulta el éxito de las madres lactantes y la continuidad en la lactancia durante, al menos, el periodo indicado como recomendado.
.-Aumentar considerablemente las madres lactantes que sean donantes de leche materna, contabilizando al final de cada periodo anual este registro

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
.-Clases de preparación al parto (viernes, 10,30-12,30)
.-Talleres de lactancia materna (lunes, 11,45-12,30)
.-Consulta individual de apoyo y ayuda en lactancia materna (lunes, martes, jueves y viernes, a las 13,30)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0614 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MATAMALA GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLEL
· Localidad ..... VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SEGURA LARA ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· LEON MIGUEL PURIFICACION. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· BESER PUIG EUGENIO. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA GARCIA PILAR. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN ELENA ROBERTO. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· MIGUEL POSA JORGE. MEDICO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ AVILA CARLOS. MEDICO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La eficacia y seguridad de la vía subcutánea (SC) está plenamente demostrada en la actividad clínica diaria, no solamente en el paciente en cuidados paliativos, donde se ha empleado más profusamente, sino también en muchas situaciones de urgencia que se presentan habiatualmente durante la Atención Continuada.
Pese a ello, se detecta en la práctica habitual una tendencia a emplear con mayor frecuencia otros accesos parenterales, como la vía intramuscular (IM) o la vía intravenosa (IV). En el caso de la primera, se trata de un acceso más doloroso y más expuesto a complicaciones (hematomas, abscesos, quistes…), estando relativamente contraindicado en pacientes anticoagulados o antiagregados (cada vez más numerosos), mientras que la vía IV requiere por un lado mayor destreza y experiencia, y por otro lado más tiempo de actuación y más empleo de material, siendo menos frecuentemente empleada en aquellos puntos de Atención Continuada (P.A.C.) en los cuales sólo hay un médico de guardia, y no personal de Enfermería.
La lista de fármacos susceptibles de ser usados por vía SC es realtivamente extensa, incluyendo muchos de los principios activos incluidos en el pedido de los Botiquines de Urgencias, aunque la experiencia nos muestra que está vía es usada mucho menos de lo recomendable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Potenciar el empleo de la vía SC en Atención Continuada en Atención Primaria.
• Reducir el empleo de otras vías parenterales, en especial la intramuscular (IM).
• Fomentar el conocimiento de aquellos fármacos de uso común susceptibles de ser usados por vía SC.
• Valorar la pertinencia de introducir en los botiquines de Urgencias otros fármacos administrables por vía SC.
• Reducir la yatrogenia derivada del empleo de accesos parenterales distintos de la vía SC.
• Población diana: toda aquella susceptible de ser atendida tanto en el centro como en domicilio, tanto en jornada laboral como en horario de Atención Continuada, y que precise de la administración de fármacos por vía parenteral.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Realización de sesiones clínicas de Equipo, con especial atención sobre los Médicos y Enfermeros de Atención Continuada.
• Revisión de la farmacología, indicaciones y pautas habituales de administración de los principales fármacos empleados por vía SC, con especial incidencia en los incluidos en los Botiquines de Urgencias.
• Creación de protocolos específicos para el empleo de cada fármaco.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Reducción en el empleo de vías parenterales, en especial la IM.
• Se evaluarán los registros en OMI de nuestros dos puntos de Atención Continuada a lo largo del año. Para ello, en el informe de Atención Continuada deberá quedar reflejada la administración de todo fármaco inyectado, y la vía de administración, en la casilla correspondiente.
• Se compararán los resultados con los datos recogidos a lo largo de 2017 y primer semestre de 2018.
• Se espera lograr una reducción progresiva en el empleo de la vía IM, que alcance al menos el 25 % en aquellos fármacos más comúnmente utilizados y recomendados por vía SC en las guías de práctica clínica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• 1 de Mayo al 30 de Junio de 2018: período de información y sesiones formativas al personal del Centro.
• 1 de Julio de 2018: inicio del período de aplicación.
• Duración estimada: 2 años y medio (hasta el 31 de Diciembre de 2020).
• Periodicidad de revisión: semestral.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0614 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0834 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

2. RESPONSABLE ..... JORGE MIGUEL POSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLEL
· Localidad ..... VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATAMALA GIMENO CARLOS. MEDICO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA GARCIA PILAR. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN ELENA ROBERTO. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· BESER PUIG EUGENIO. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· LEON MIGUEL PURIFICACION. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA
· SEGURA LARA ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS VILLEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
LA ZONA DE SALUD DONDE TRABAJAMOS LA FORMAN 14 PUEBLOS, CUYAS URGENCIAS SE ATIENDEN EN EL C.S. VILLEL(10 PUEBLOS) Y EN EL PAC DE EL CUERVO(4 PUEBLOS), CON LO QUE SI HAY ALGUNA URGENCIA A DOMICILIO QUE NO SEA EN LAS LOCALIDADES DONDE ESTÁN EL C.S. O EL PAC HAY QUE DESPLAZARSE EN COCHE CON LA DEMORA QUE ESTO CONLLEVA.
EN VARIOS DE LOS PUEBLOS PERTENECIENTES A LA ZONA DE SALUD DE VILLEL HAY DESFIBRILADORES EN LUGARES PÚBLICOS(GRACIAS A AYUDAS EUROPEAS O SUFRAGADOS POR EL PROPIO AYUNTAMIENTO), POR LO QUE EN UNA EMERGENCIA DONDE PUEDAN USARSE LOS MISMOS ES DE VITAL IMPORTANCIA QUE PUEDA INICIARSE UNA REANIMACIÓN POR PARTE DE LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD HASTA QUE LLEGUEMOS LOS PROFESIONALES, AUMENTANDO NOTABLEMENTE LA POSIBILIDAD DE SUPERVIVENCIA DE LA/LAS PERSONAS AFECTADAS.
ASÍ, FORMANDO Y RECICLANDO PERIÓDICAMENTE A LA POBLACIÓN VOLUNTARIA PODREMOS ASEGURAR UNA BUENA Y RÁPIDA ATENCIÓN SI SE DA UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA VITAL QUE PUEDA REVERTIRSE CON LA AYUDA DE ESTOS APARATOS DISPONIBLES.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
PRINCIPALMENTE ESPERAMOS QUE CON EL ADIESTRAMIENTO DE LA POBLACIÓN PUEDAN SER ATENDIDAS DE FORMA RÁPIDA LAS EMERGENCIAS VITALES QUE AL TRABAJAR EN UNA ZONA RURAL CON EL CONSIGUIENTE DESPLAZAMIENTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SI NO NOS ENCONTRAMOS EN EL LUGAR QUE SE PRODUCEN LAS MISMAS, CONLLEVAN UNA DEMORA QUE PUEDE COMPROMETER EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE AFECTADO.
TAMBIÉN ESPERAMOS CONCIENCIAR A LA POBLACIÓN(TANTO VOLUNTARIOS COMO AL RESTO) DE LA IMPORTANCIA DE PODER TENER ESTE RECURSO DE CARA A MEJORAR EL PRONÓSTICO VITAL DE LOS POSIBLES AFECTADOS QUE VIVEN EN LAS POBLACIONES EN QUE DISPONEMOS DE LOS DEA, ADEMÁS DE INVOLUCRAR CADA VEZ A MÁS PERSONAS PARA QUE SE FORMEN Y SEAN CAPACES DE HACER UNA RCP Y MANEJAR LOS DEA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SE HARÁN SESIONES PRÁCTICAS DE LA INTERVENCIÓN DE POBLACIÓN NO SANITARIA ANTE UNA EMERGENCIA VITAL(AVISAR A EMERGENCIAS PARA PEDIR AYUDA, EVALUAR AL PACIENTE, MANEJO DEL DEA Y RCP BÁSICA) EN LAS POBLACIONES QUE DISPONGAN DE ESTE RECURSO.
ESTAS SESIONES SE REPETIRÁN PERIÓDICAMENTE (CADA 2 AÑOS) INTENTANDO QUE CADA VEZ HAYA MÁS VOLUNTARIOS NUEVOS INVOLUCRADOS.
ADEMÁS, LOS VOLUNTARIOS DEBERÁN SER PERSONAS QUE RESIDAN Y SE ENCUENTREN HABITUALMENTE EN LA POBLACIÓN, Y QUE SI DEJAN DE ESTAR DISPONIBLES(QUE EMIGREN A OTRA POBLACIÓN O POR LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SEAN NO SE ENCUENTREN EN EN LA POBLACIÓN) SEAN REEMPLAZADOS POR OTROS CIUDADANOS PARA ESTA FUNCIÓN Y MANTENER UN NÚMERO ESTABLE DE VOLUNTARIOS (EJ. SI SOLO FORMAMOS GENTE JOVEN QUE TRABAJA FUERA DEL PUEBLO CORREMOS EL RIESGO QUE EN EL MOMENTO QUE HAYA UNA EMERGENCIA, NO HAYA NADIE QUE HAYA SIDO FORMADO EN EL MANEJO DEL DEA).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
FORMAREMOS A HABITANTES DE LAS LOCALIDADES QUE PODRÁN HACER UNA PRIMERA INTERVENCIÓN HASTA QUE LLEGUEN LOS PROFESIONALES SANITARIOS, ASEGURANDO LA FORMACIÓN DE UN NÚMERO ESTABLE DE LOS MISMOS (POR EJEMPLO QUE UN 5-10% DE LA POBLACIÓN TENGA ESTAS NOCIONES BÁSICAS Y QUE SEAN PERSONAS QUE HABITUALMENTE -AL MENOS UNO DE ELLOS EN UN MOMENTO DADO-SE ENCUENTREN EN EL PUEBLO) QUE PUEDAN PRESTAR LA ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA.
HAREMOS UN RECICLAJE BIANUAL DE SUS CONOCIMIENTOS, Y FORMAREMOS NUEVAS PERSONAS SI HAY VOLUNTARIOS QUE YA NO PUEDEN DESARROLLAR ESTA FUNCIÓN.
ASÍ, TENDREMOS REGISTRADOS A LOS HABITANTES QUE ESTÉN FORMADOS (UN MÍNIMO DE UN 5% Y UN MÁXIMO DE UN 10% DE LA POBLACIÓN, YA QUE SON PUEBLOS PEQUEÑOS CON POBLACIONES ENVEJECIDAS), ASÍ COMO SI SE HA LLEVADO A CABO ALGUNA ACTUACIÓN POR PARTE DE LOS MISMOS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN DE 2 AÑOS, CON REPETICIÓN DE SESIONES PRÁCTICAS /DE RECICLAJE BIANUALMENTE POR PARTE DE LOS MIEMBROS DEL PROYECTO EN LAS POBLACIONES QUE CUENTEN CON DEA.
COMENZAR A FINALES DE JUNIO 2018 Y FINALIZACIÓN/REVISIÓN EN JUNIO 2020.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0834 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0079 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGO-AMIGDALARES

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ DIEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ MARTINEZ MATILDE. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE MALLEN JOAQUIN. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· LAINEZ LORENTE MARIA TERESA. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La faringoamigdalitis aguda por Streptococcus pyogenes (FAS) es uno de los diagnósticos más frecuentes en pediatría. Para identificarla clínicamente se han propuesto varias escalas de predicción clínica (Centor y Centor modificada por Mclsaac) pero para el diagnóstico etiológico se recomienda el uso del test rápido de detección antigénica de estreptococo (TRDA). Para el abordaje de la FAS pediátrica en Atención Primaria (AP), la mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan iniciar tratamiento antibiótico (AB) solamente cuando se confirma la sospecha clínica de que estamos ante una FAS mediante TRDA o cultivo. El tratamiento de elección de la FAS en niños es la Penicilina V oral (sensibilidad 100%) y su espectro reducido generará menos resistencias en otros patógenos.
En el Sector Teruel sólo el 67,7% (diciembre 2017) de los pacientes pediátricos con FAS está en tratamiento con ABs de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Fomentar la utilización de ABs de primera elección en el tratamiento de la FAS en pediatría.
- Elaboración y difusión de un protocolo de actuación en los servicios de Atención Continuada (AC). Criterios de Centor y TRDA.
- Educación sanitaria a padres de niños en edad pediátrica sobre la actuación ante fiebre y odinofagia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actividad formativa. Taller de formación sobre el uso de ABs en pediatría. Registro de criterios de Centor y realización de TRDA. Dirigido a médicos de atención primaria (MAP), pediatras y médicos de atención continuada (MAC). Farmacéutica de AP.
- Actividad formativa. Taller de educación sanitaria desde los EAP a los padres de niños en edad pediátrica sobre actuación ante el niño con fiebre y odinofagia. Pediatras de AP.
- Actividad formativa. Sesiones clínicas en los Equipos de Atención Primaria (EAPs) sobre diagnóstico y tratamiento de la FAS en la edad pediátrica.
- Suministro de TRDA a los EAP del Sector Teruel (pediatría, puntos de atención continuada (PAC)) y difusión de las recomendaciones de aplicación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes pediátricos con diagnóstico de FAS en tratamiento con ABs de primera elección. Realización de cortes trimestrales (marzo, junio, septiembre, diciembre 2018).
- Número de sesiones clínicas realizadas en los EAPs por parte de la farmacéutica de AP.
- Número de EAPs que realizan talleres de educación sanitaria para padres de niños en edad pediátrica.
- Número de EAPs que disponen de TRDA.
- Número de PACs que disponen de TRDA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo 2018. Taller de formación sobre uso de ABs en FAS a MAP, pediatras y MAC.
- Mayo 2018-Diciembre 2018. Taller de educación sanitaria a padres desde los EAP del Sector.
- Abril-Diciembre 2018.Sesiones clínicas sobre uso de ABs en FAS en los Centros de Salud.
- Diciembre 2018. Evaluación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0079 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGO-AMIGDALARES

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0080 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA LAINEZ LORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ MARTINEZ MATILDE. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE MALLEN JOAQUIN. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO. ENFERMERO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La fibrilación auricular es la arritmia crónica más frecuente. Su prevalencia en España es del 4,4 % de la población mayor de 40 años. Se asocia a una morbimortalidad cardiovascular elevada, ya que aumenta el riesgo de muerte, insuficiencia cardiaca y episodios embólicos.
Se ha detectado en el Sector Teruel infradiagnóstico de Fibrilación Auricular con una baja prevalencia tras revisión de registro en OMI-AP
No existe en Sector Teruel un protocolo ni vía de actuación ante una detección de FA en AP
Todos los pacientes que se diagnostican en nuestro sector de FA se derivan a urgencias hospitalarias. Nos parece interesante mejorar la atención de estos pacientes creando una vía de actuación desde Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aumentar la detección de pacientes con Fibrilación Auricular
- Elaboración de una vía de actuación en AP tras la detección oportunista de una Fibrilación Auricular
- Establecer en el Sector Teruel la pauta de tratamiento de inicio con Acenocumarol en Atención Primaria ante diagnóstico de paciente con Fibrilación Auricular
- Mejorar la atención al paciente diagnosticado de Fibrilación Auricular en Atención Primaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la Fibrilación Auricular

Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP en el 100% de los EAPs
Evaluación de resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Prevalencia de Fibrilación Auricular en el Sector Teruel
- Elaboración física de la vía de actuación y difusión en el 100% de los EAPs
- Inicio de tratamiento anticoagulante desde AP en pacientes diagnosticados de FA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Creación grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la FA …. A partir de Febrero 2018
- Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP ….. A partir de Junio 2018
- Evaluación de resultados …. Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0082 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

2. RESPONSABLE ..... MATILDE MARTINEZ MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ DIEZ CRISTINA. FARMACEUTICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE MALLEN JOAQUIN. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO. ENFERMERO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
· LAINEZ LORENTE MARIA TERESA. MEDICO/A. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde julio 2017 el laboratorio del Hospital Obispo Polanco calcula y vuelca resultados del filtrado glomerular. Ello permite detectar el diagnóstico y posterior estadiaje de la nefropatía e intervenir sobre la misma, derivando de forma idónea y ajustando fármacos
Durante todo el año 2017 se han detectado en el Sector Teruel bajos datos de determinación de filtrado glomerular en diabéticos debido a que el Hospital Obispo Polanco no calculaba dicha determinación
Detección de bajos datos de determinación de microalbuminuria en diabéticos
Infradiagnóstico de nefropatía diabética

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aumento determinaciones microalbuminuria para diagnosticar precozmente nefropatía diabética
- Aumento determinaciones filtrado glomerular para diagnóstico precoz de la nefropatía diabética
- Mejorar datos de diagnóstico de nefropatía diabética
- Prevenir progresión deterioro renal en pacientes diabéticos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones
Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs
Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular
Porcentaje de ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes diabéticos con determinación de microalbuminuria en primera orina de la mañana sobre el total de pacientes diabéticos
- Porcentaje de pacientes con determinación del filtrado glomerular sobre el total de pacientes diabéticos
- Porcentaje revisión- ajuste dosis fármacos nefrotóxicos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones……. Abril 2018
- Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs…. Desde Abril hasta Octubre 2018
- Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular …. Durante todo el año 2018
- Porcentaje ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía…..Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0142 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

2. RESPONSABLE ..... MARTA MERCEDES GONZALEZ EIZAGUIRRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· ROYO AGUSTIN MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RUEDA GRACIA EVA. TCAE. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· TORRES ARANDA BEATRIZ. FISIOTERAPEUTA. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
· ESTEBAN SILVESTRE CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· PANADERO ROMERO MARISA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los cuidadores de los pacientes acaecidos de cirugía de cadera y rodilla en el Hospital Obispo Polanco, en ocasiones desconocen como movilizar y ayudar en la rehabilitación de sus convalecientes. Dicha circunstancia provoca demoras en la mejora de la evolución de estos pacientes y estancias prolongadas hospitalarias.Muchos de los factores asociados a la hospitalización, que contribuyen a la aparición del deterioro funcional son potencialmente modificables.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
•Objetivo principal: Reducir el grado de deterioro funcional que sufre el paciente anciano durante su ingreso.. Educar y formar a los cuidadores de estos pacientes en la realización de una correcta fisioterapia para agilizar su proceso de rehabilitación. Aumentar la implicación de estos parientes en las movilizaciones de sus pacientes.
•Objetivos secundarios: Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización. Disminuir las estancias hospitalarias derivadas de la inactividad. Actualizar al personal sanitario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
•Realización de sesiones multidisciplinares y creación del equipo de calidad con el fin de:
1.Aclaración de competencias por parte de cada miembro
2.Realizar talleres de actualización de movilizaciones en personal sanitario. Instrucción que se realizará para cada estamento: movilizaciones por parte de auxiliares, enfermería, fisioterpia y médicos.
3.Implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos mediante charlas informativas de carácter educativo.
4.Implicación de los profesionales en la educación de pacientes/familiares, aumentando la estimulación en el ámbito laboral en beneficio de los pacientes
5. Promoción de la salud conforme a criterios Lalonde consensuado con los médicos de los diferentes servicios adheridos al programa: Traumatología, Rehabilitación y Geriatría.

•Realizar una labor educativa a los cuidadores mediante:

1.Realización de trípticos informativos acerca de las movilizaciones para repartir entre los familiares/cuidadores que precisan cirugía de cadera y rodilla.
2.Enseñanza en las habitaciones por parte del personal de como realizar actividades básicas.
3.Creación de vídeos para la difusión en la planta de Traumatología que se expondrían en un canal gratuito de los televisores de las habitaciones de las plantas de Traumatología y Geriatría. Estos mismos vídeos se colgarían también en un blog de Traumatología creado a tal fin.
4.Captación de pacientes programados para cirugía para la realización de promoción educativa previa al ingreso. En estas sesiones explicativas se comentarían aspectos sociales y funcionales a tener en cuenta antes de pasar por el proceso traumatológico.
5.Realización d blog online para facilitar la comunicación entre especialistas y pacientes con la supervisión del servicio de informática del Sector de Teruel.
•Mejorar los servicios, materiales y ayudas técnicas que se pueden ofrecer en la planta de Traumatología y Geriatria:

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Agudos con autonomía en la deambulación y transferencias/ Nº total de pacientes ingresados
Indicador 2: % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Agudos con autonomía en la deambulación y transferencias/ Numero total de pacientes ingresados
Indicador 3: % de pacientes que permanecen encamados más de 48 horas tras cirugía / Numero total de pacientes ingresados
Indicador 4:N% de pacientes institucionalizados de novo al alta/ Numero total de pacientes ingresados

Proyecto: 2018_0142 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Indicador 5: Número de sesiones realizadas en fisioterapia¡a por cada paciente
Indicador 6: Nº de de pacientes que desarrollan Síndromes confusionales durante su ingreso/ Numero total de pacientes ingresados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones Organizativas: Marta Desde 2/18 al 2/19Desarrollo de material educactivo para personal sanitario Todo el equipo/ F.E.A.S.2/18 al 3/1
Realización de charlas informativas al personal sanitario
Todo el quipo/Eva, Marisa y Beatriz : 1ª sesiones 4/18 y 5/18, y 11/18,12/18.
Creación de trípticos y blog (comrpra de dominio y hosting)
Todo el equipo:4/18 y 5/18.
Creación de videos explicativos y colocación en el blog y las habitaciones; Todo el equipo/María : 5/18 y 6/18
Mejora de los servicios materiales y ayudas técnicas: Todo:el equipo/Concepción n. Desde 2/18 al 6/18.
Captación de pacientes previo a la cirugía para promoción de salud . María . Desde 3/18 al 1/19.
Recogida de datos para realización de indicadores:Todo el equipo/ Carolina y Milagritos En 1/19
Redacción de resultado: Marta 2/19.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0156 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CASTRO VILELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FORCANO GARCIA MERCEDES. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· GALA SERRA CARLOS. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· FANDOS SIERRA LAURA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES. FISIOTERAPEUTA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· MONTERO CERCOS PURIFICACION. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· PONZ FLOR INMACULADA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· ESTEBAN MONTALAR CARMEN. TCAE. CSS SAN JOSE. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La hospitalización tiene importantes efectos en la situación funcional del paciente anciano. Diferentes estudios muestran que los ancianos hospitalizados, que dos semanas antes del ingreso caminaban, pasan una media de sólo 43 minutos al día en movimiento durante la hospitalización.
La inmovilización contribuye en importante medida a complicaciones iatrogénicas durante la hospitalización, incluidas, el delirium, las úlceras por decúbito, las infecciones respiratorias y atrofia muscular.
Cada día de inmovilización en una persona anciana está asociado a una pérdida de 1 a 5% de masa muscular; todo ello, con el consecuente impacto sobre su calidad de vida e importantes consecuencias como son la dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad.
Muchos de los factores asociados a la hospitalización, que contribuyen a la aparición del deterioro funcional son potencialmente modificables. Protocolos de movilización temprana, disminuyen la estancia hospitalaria y mejoran la situación funcional de los pacientes y sus posibilidades de regresar a su domicilio.
Creemos que es importante implementar y evaluar una estrategia multicomponente dirigida al personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana en pacientes ancianos hospitalizados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implantar un protocolo de movilización temprana de los pacientes ingresados en una unidad de geriatría, que incluya la participación de pacientes, familiares y personal sanitario.
Prevenir el deterioro funcional asociado a la hospitalización.
Disminuir el grado de deterioro funcional del paciente anciano durante la hospitalización.
Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
•Creación de un equipo interdisciplinar formado por médicos geriatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.
•Se incluirá a los pacientes ingresados en la unidad de agudos del Hospital San José.
•En cada paciente, se realizará una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario y al alta
•Registro del Índice de Barthel basal, al ingreso y al alta.
•Los pacientes serán agrupados en tres categoría según su nivel de movilidad: Nivel A: A1 Deambulación independiente. A2 Deambulación independiente con ayuda técnica. A3 Deambulación con ayuda de una persona. Nivel B: Transferencias a sillón. Nivel C: Encamado,
•Se establecerán protocolos de actuación según nivel de movilidad
•Se crearán programas de ejercicios específicos para cada nivel de movilidad.
•La estrategia utilizada para implementar los mensajes de movilización será multicomponente y adaptada al grupo dirigido:
oCharlas para el personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana.
oPosters informativos colocados en sitios estratégicos de promoción de la movilidad.
oDiseño de tríptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalización. Este tríptico será entregado a los pacientes, familiares o cuidadores en el momento del ingreso.
•Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presión, se utilizará la Escala de Norton.
•Al alta se registrará en la historia clínica si el paciente presenta deterioro funcional hospitalario, definido como, la pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria en el momento del alta respecto a la situación basal (2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda)
•Se creará una ficha de recogida de datos que se archivará en la historia clínica de cada paciente. Los datos recogidos servirán para valorar las intervenciones realizadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Número de pacientes con registro de nivel de movilidad/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 2: Número de personal sanitario que asista a una sesión formativa de prevención de deterioro funcional hospitalario/ Número total de personal sanitario del Hospital San José X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 3: Número de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 40%)
-Indicador 4: Número de pacientes (o sus familiares) que reciben tríptico informativo de movilidad al ingreso/

Proyecto: 2018_0156 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD

Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 5: Número de pacientes que desarrollan úlcera por presión/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 10%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones Organizativas: Enero – Febrero 2018
Creación de ficha y base de datos: Febrero-Marzo 2018
Recogida de datos: Abril a diciembre 2018
Creación de carteles, Iconografía, posters y trípticos: Marzo-abril 2018
Creación de programa de ejercicios: Marzo-abril 2018
Sesiones formativas (personal sanitario, familiares y cuidadores): Marzo a Mayo 2018
Evaluación de los indicadores de calidad: Enero-febrero 2019
Redacción de los resultados: Febrero 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NO ESTÁ DIRIGIDA A UNA PATOLOGÍA EN CONCRETO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0269 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

2. RESPONSABLE ..... CARLOS GALA SERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ FABRE DANIEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· CASTRO VILELA MARIA ELENA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· FORCANO GARCIA MERCEDES. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· HERNANDEZ MARTIN JULIA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· CORREA BALLESTER MARTA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA. MIR. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
· LINGE MARTIN MAGDALENA. MIR. CSS SAN JOSE. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El envejecimiento implica un aumento de cronicidad y comorbilidad, que condiciona un incremento de dependencia e institucionalización, elevando el consumo de recursos socio-sanitarios, con la aparición de situaciones complejas. Para facilitar la toma de decisiones y manejar la complejidad de los pacientes ingresados en el Hospital San José de Teruel, se propone estratificarlos mediante los Niveles de Intervención Terapéutica (NIT) según la Valoración Geriátrica Integral (VGI).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Implementar una herramienta de ayuda para definir objetivos terapéuticos y facilitar la unidad de criterios, evitando la variabilidad clínica entre profesionales.
2.Anticipar la toma de decisiones en situaciones críticas. Facilitar a todos los profesionales los objetivos fundamentales e intervenciones indicadas o no recomendables en cada paciente.
3.Ofrecer a los pacientes una atención de calidad en el final de su vida: mediante la mejoría del control de síntomas y la adecuación del esfuerzo terapéutico, con la ayuda de herramientas de optimización de prescripción.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El médico responsable establecerá el NIT mediante la VIG y las recomendaciones sobre toma de decisiones de forma individualizada y consensuada con paciente y familia. Las farmacéuticas usarán la herramienta de deprescripción Stopfrail y propondrán al médico responsable los fármacos a deprescribir. Este proceso será registrado en Historia Clínica y en el texto asociado del programa de prescripción electrónica (Farmatools®) y recogido en Access.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador1: Estratificación según la complejidad. Fórmula: (Nº pacientes identificados con NIT/ Nº total de pacientes ingresados el Hospital San José) x100. Estándar: 70%. Fuente de datos: Historia clínica y texto asociado del programa de prescripción electrónica (Farmatools®).
Indicador2: Toma de Decisiones. Fórmula: (Nº de pacientes con registro de toma de decisiones/Nº de pacientes ingresados) x 100. Estándar: 70%. Fuente de datos: Historia clínica y texto asociado de Farmatools®
Indicador3: Deprescripción farmacéutica. Fórmula: (Nº de pacientes identificados con NIT C o D con tratamiento revisado utilizando la herramienta Stopfrail/ Nº de pacientes identificados con NIT C y D) x 100. Estándar: 60%. Fuente de datos: Farmatools®.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Definición del proyecto:Enero-Marzo2018. Implantación - Recogida de datos:Abril2018-Enero2019. Evaluación de los indicadores de Calidad:Agosto2018 y Febrero2019.Redacción de los resultados:Febrero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0288 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUÑOZ PAMPLONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUINTANA VARA DE REY MACARENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
EN ALERGOLOGÍA ES FUNDAMENTAL EL ESTUDIO DE LA AEROBIOLOGÍA DE LA ZONA, SEGÚN LA MISMA HAY SENSIBILIZACIÓN A DIFERENTES PÓLENES.
EN LA CONSULTA DIARIA SE UTILIZAN BATERÍAS DE AEROALÉRGENOS QUE DEBEN SER ADECUADADAS AL ENTORNO EN EL QUE SE TRABAJA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
RECOGER INFORMACÓN DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO, PARA ELLO RELLENAREMOS UNA FICHA CON LOS DATOS DE 1OO PACIENTES ALÉRGICOS AL POLEN A LOS QUE SE LES HABRÁ REALIZADO UNA BATERÍA DE PRUEBAS CON 20 PÓLENES DIFERENTES.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
DURANTE EL SEGUNDO DEMESTRE ANALIZAREMOS LOS DATOS RECOGIDOS, CON EL FIN DE ADECUAR LA BATERÍA ESTANDAR A LA ZONA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS SEGUIREMOS LOS CRITERIOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGÍA.
DEBEN ALCANZARSE LOS 100 PACIENTES CON BATERÍA DE PRUEBAS A PÓLENES COMPLETA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
RECOGIDA DE DATOS EL PRIMER SEMESTRE.ANÁLISIS EL SEGUNDO SEMESTRE

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0060 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

2. RESPONSABLE ..... SARA FERNANDEZ LANDAZURI
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALERO ADAN SARA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO. BIOQUIMICO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· SANLLEHI VILA NURIA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· MARTINEZ OVIEDO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· MONTON DITO JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. UCI
· JURADO GOMEZ FELICIANA. TEL. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el 2012, se publicó la última actualización sobre el Infarto de Miocardio (IM), definiendo dicha patología como la "Detección de un aumento y/o descenso de los valores de los biomarcadores cardíacos [preferiblemente troponina cardíaca] con al menos uno de los valores por encima del percentil 99 del límite de referencia superior y al menos una de las siguientes características:
1. Síntomas de isquemia
2. Cambio significativo en el segmento ST-onda T nuevos o presumiblemente nuevos o bloqueo de rama izquierda
3. Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG
4. Evidencia por imagen de perdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared de nueva aparición
5. Identificación de un trombo intracoronario mediante angiografía o autopsia

Esta actualización otorga un papel clave a la determinación de troponina. El año pasado se solicito un proyecto de mejora para valorar la utilidad de nuestro algoritmo para esta patología. Las conclusiones de nuestro proyecto fueron las siguientes:
1. El perfil cardíaco empleado, basado en la determinación de troponina, mioglobina, CKMB, LDH y CK está obsoleto y en necesario adaptarlo a las recomendaciones actuales.
2. Las troponinas cardíacas son el biomarcador de referencia para el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA). La troponina que empleamos actualmente, forma parte de las troponinas convencionales (Troponina I Beckman Coulter), alcanzando el 89,5% de Sensibilidad, 80,3% de Especificidad, Valor predictivo positivo (VPP) 88% y negativo (VPN) del 83%. La prevalencia de SCA en nuestra población es de 6,17 %. No obstante, es interesante la implantación de las troponinas ultrasensibles con el fin de mejorar la sensibilidad. El resto de biomarcadores no superan el 70% de sensibilidad.
3. El coste total del perfil cardíaco empleado es de 73.434,19 €. Adaptando nuestro algoritmo clínico a las recomendaciones ahorraríamos un coste 50.000 €.

Nuestra propuesta, a vista de nuestras conclusiones es valorar la implantación de las troponinas ultrasensibles.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de nuestro estudio es elaborar de una forma multidisciplinar un nuevo algoritmo más efectivo para el diagnóstico de SCA/IM en ingresado o aquellos que acudan a los servicios de urgencias con sospecha de desarrollar dicha patología. Los objetivos secundarios son:
a) Estudio comparativo de la troponina convencional empleada con dos troponinas ultrasensibles (Troponina T de Roche Diagnostics &Troponina I de Beckman Coulter).
b) Implantar la troponina seleccionada en nuestro centro y elaborar un procedimiento de actuación con los servicios implicados basado en la evidencia científica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades a realizar son las siguientes:

1.Estudio comparativo de la troponina convencional y las troponinas ultrasensibles:

Comparar troponina ultrasensible para determinar en la plataforma del Access2 (Beckman) y cobas e411 (Roche). Se dispone de ambas plataformas en el laboratorio de urgencias. Seleccionar la troponina que mejor se adapte a las condiciones del servicio.

2. Implantación de la troponina y elaboración de un protocolo:

Una vez seleccionada la troponina con la que vamos a trabajar, se organizarán unas reuniones con facultativos

Proyecto: 2018_0060 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

clínicos responsables del diagnostico y evolución de esta patología para elaborar un algoritmo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Planteamos realizar un análisis de coste efectividad de las troponinas estudiadas y un estudio que permita escoger la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro laboratorio de urgencia.

Una vez elaborado el protocolo, se evaluará el grado de adherencia al mismo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es un 10-12 meses.

Febrero- Marzo 2018: Estudio comparativo de las troponina disponibles.
Abril- Junio 2018: Estudio de los algoritmos disponibles, reunión multidisciplinar con los Facultativos clínicos y del laboratorio.
Julio 2018- Noviembre 2018: Evaluación del algoritmo, detección de posibles fuentes de error y estrategias de mejora, e introducir adaptaciones al planteado inicialmente.
Diciembre 2018: Elaboración de la memoria.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2018_0267 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO MENDEZ ARREDONDO
· Profesión ..... QUIMICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO. QUIMICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· FERNANDEZ LANDAZURI SARA. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· MORATA HERNANDEZ LUCIA. TEL. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· ALEGRE DEL CAMPO MARIA TERESA. TEL. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· MUÑOZ DOMINGO ARANTXA. TEL. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El laboratorio clínico participa en un alto porcentaje de decisiones clínicas e influye por tanto en la seguridad del paciente. Las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan identificar errores para poder prevenir posibles daños a los mismos.
Esto conlleva un ciclo de investigación que comprende una serie de características:
1. Determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes.
2. Entender las causas fundamentales de esos daños ocasionados a los pacientes.
3. Encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura.
4. Evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real.
En la etapa preanalitica se producen entre el 75 y el 80% de los errores que ocurren en todo proceso analítico. Una fase preanalitica segura es condición indispensable para garantizar unos resultados de calidad.
La evaluación y mejora de los procesos preanaliticos es una necesidad de primera línea, ya que una fase preanalitica segura, cuyo pilar es la toma de muestras, es indispensable para obtener unos resultados de calidad.
Según los resultados del estudio ENEAS, un 25-30% de los errores del laboratorio repercuten sobre el cuidado del paciente y un 6-10% causan efectos adversos, de los cuales el 75-84% podrían haberse prevenido.
El uroanálisis es una parte integral de los tests del laboratorio. Su utilidad esta probada en el diagnóstico de enfermedades (enfermedades del riñón, del tracto urinario, del higado, así como en desordenes metabólicos tales como la diabetes), en la monitorización de la efectividad del tratamiento de problemas crónicos, y en el cribado de condiciones asintomáticas.
La recolección, transporte y almacenaje de la muestra de orina son tan importantes como el uroanálisis. Por tanto, muestras adecuadamente obtenidas y manejadas mejoran la calidad y la fiabilidad de los resultados del uroanálisis.
En el caso de muestras de orina de 24 horas, se requiere la recogida completa de la orina durante 24 horas debido a que muchos analitos presentan variaciones circadianas. Por tanto, la falta de recogida de una o varias fracciones de orina implica un error preanalítico que pudiera tener efectos adversos o repercutir sobre el cuidado del paciente.
La cantidad promedio de orina emitida por un individuo adulto sano es de aproximadamente 1 mL/Kg por hora, o aproximadamente 1,5 L en un periodo de 24 horas. Sin embargo, tanto en el laboratorio como en nefrología se ha detectado que el valor de diuresis 2 L es muchísimo más frecuente de lo que debiera ser. El origen de este error preanalítico podría estar relacionado con la gran variedad de botes de orinas de 24 horas que llegan al laboratorio sobre los cuales no existe ningún tipo de control por parte del mismo; no tenemos control ni sobre el volumen, ni sobre el material con el que están construidos los botes que podría adsorber el analito...

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evaluar la causa y extensión del error preanalítico reiterado que se detecta mediante una diuresis de 2 L anormalmente frecuente. Y asimismo, Realizar propuestas que eliminen o reduzcan drásticamente este error preanalítico que pudiera tener efectos adversos o repercutir sobre el cuidado del paciente. Y finalmente, aunque no menos importante, Tratar de implementar dichas propuestas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades a realizar son las siguientes:
1. Entrenamiento del personal implicado.
2. Análisis estadístico de las muestras de orinas de 24 horas.
3. Análisis de la situación actual de nuestro sector.
4. Desarrollo de varias propuestas razonadas en base a los datos recogidos para eliminar o minimizar el error estadístico estudiado.
5. De manera consensuada tratar de implementar la propuesta más eficaz.
6. Evaluación del proceso preanalítico implementado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indicador es la diuresis.
La evaluación de este proceso se realizará cuantificando la frecuencia de las diuresis de 2 L y comparando esta frecuencia con la frecuencia esperada y con la de años anteriores.
Además, en función del tipo de proceso implementado se tendrán que utilizar o no adicionales métodos de

Proyecto: 2018_0267 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

evaluación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de un año. Calendario previsto:

Febrero 18: Entrenamiento del personal implicado en el proceso de recogida de datos.
Marzo – Junio 18: Recogida de datos y análisis estadístico de las muestras de orinas de 24 horas.
Abril – Junio 18: Análisis de la situación actual a nivel de todo el Sector Sanitario Teruel.
Julio – Diciembre 18: Desarrollo de propuestas para eliminar o minimizar el error estadístico estudiado e implementación de la propuesta más eficaz.
Enero 19: Seguimiento y evaluación del proceso preanalítico implementado.

9. OBSERVACIONES.
Además contamos con el apoyo de los nefrólogos de nuestro hospital.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0752 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALITICOS DE LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE ..... NURIA SANLLEHI VILA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· FUSTERO FUSTERO SARA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· JULVE MONTERDE ELVIRA. TEL. H OBISPO POLANCO. LABORATORIO
· ROMERO POBO DOMINICA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE SERRANO LUCIA. TCAE. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La norma UNE-EN ISO 15189 define los procesos preanalíticos como “Procesos que comienzan cronológicamente a partir de la petición del médico clínico e incluyen la petición de los análisis, la preparación e identificación del paciente, la toma de la muestra primaria y el transporte hasta el interior del laboratorio, y que terminan cuando comienza el proceso analítico”.
El correcto funcionamiento de la fase preanalítica es fundamental para el laboratorio. De las fases que constituyen el proceso analítico, a ésta se atribuye la mayor parte de errores (70-75% y prevenibles cerca del 87% según Plebani et al) .Para minimizarlos es importe conocer bien todos los procesos y detectar los puntos críticos con mayor predisposición al error. Posteriormente procede optimizar los procesos y finalmente estandarizarlos.
La falta de comunicación y desconocimiento del trabajo mutuo impide mejorar la calidad de los procesos y evitar errores. Este proyecto nace de la necesidad de replanteamiento del anterior proyecto solicitado por inviabilidad técnica desde su diseño.
Es necesaria la colaboración estrecha y coordinación de todos los profesionales implicados: sanitarios y no sanitarios aunque no dependan directamente del laboratorio.
Las principales medidas de seguridad del paciente recomendadas por distintas agencias en el ámbito del Laboratorio son: la participación del paciente en el proceso, mejorar la precisión en la identificación del paciente y espécimen, y mejorar la comunicación entre prestadores de asistencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es estandarizar los procesos para reducir errores preanalíticos mediante el establecimiento de vínculos de comunicación y colaboración con los profesionales implicados en dichos procesos:
Médico-Auxiliar-Enfermería-Transportista-Administrativo-técnico-Facultativo Análisis.
Tras seguimiento del proceso preanalítico, tenemos la convicción de que se pueden optimizar los procesos haciendo conscientes a todos los profesionales del sistema de la importancia y repercusión de su actividad profesional en el resto.
Seleccionamos el C. de Salud T. Ensanche por su cercanía que implica facilidad de comunicación.
No esperamos resultados de mejora muy significativos al conocer la organización del trabajo de este Centro de Extracción, que salva varios de los puntos críticos detectados.
La población diana es la que acude a realizarse análisis al C. Salud Teruel Ensanche. El fin último es la pretensión de estandarizar procesos en los centros de Extracción Periféricos Sector Teruel, para intentar implantar con el tiempo la norma 15189 estudiando los procesos del C. Salud T.l Ensanche como Piloto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Modificaciones en la interface de petición OMI-AP y en hoja de peticiones (actual configuración induce a errores).
• Modificaciones en el programa informático del laboratorio para optimizar la explotación de datos que faciliten el análisis.
• Elaboración de Procedimientos Normalizados: Documentar la organización de la fase preanalítica relativa a los puntos de extracción redactando instrucciones de los procesos que se inician cuando el paciente acude con petición de análisis al Centro de Salud:
o recepción de volantes y muestras, identificación, recogida de incidencias: muestras no recibidas, extracciones dificultosas, rechazos…
o Transporte
o Recepción de muestras, peticiones y hojas-incidencias del Centro de Extracción en el laboratorio
o Comprobación de incidencias adicionales (falta de identificación muestras…y su registro
o Preparación del paciente, criterios de aceptación o rechazo de muestras
o Registro de acciones correctoras
• Recogida de datos previos y posteriores a las acciones correctivas y comparar indicadores. Fechas de comparación dependerán de la puesta en marcha de modificaciones propuestas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% envíos afectados por retraso de transporte <0.005%

Proyecto: 2018_0752 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALITICOS DE LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

% peticiones con errores de cumplimentación y/o registro
% peticiones con incidencias asociadas a la identificación <0.08%
% peticiones con incidencias de muestra que impiden realizar las determinaciones <7%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Modificaciones en OMI-AP han sido planteadas recientemente a responsables de AP con su conformidad. Se solicitará que se hagan efectivas de manera inminente. Dependerá el hacerlas efectivas total o parcialmente, esperar una modificación previa en el S.I.L (modificación que afecta a pruebas serológicas). Responsables técnicos de OMI-AP
- Modificaciones S.I.L: Urgente (Werfen)
- Procedimiento Normalizado de Trabajo (Mes de Mayo). Integrantes del Equipo de Mejora implicados en estos procesos: auxiliar y enfermería.
- Cumplimentación hojas de incidencias: Abril2018-Marzo2019: Integrantes del Equipo implicados en estos procesos: auxiliar y enfermería. Hasta final del proyecto: Marzo 2019.
- Registro actividades correctoras: Abril-Marzo-2019.
- Recepción de hojas de incidencia, análisis de incidencias remitidas por el Centro de Extracciones y recopilación de indicadores a partir del S.I.L. Abril 2018- marzo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Aplica a todas.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0092 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO RUIZ DOÑATE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOLOS MARIN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
· NAVARRO ANDRES MARIA LUZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
· CATALAN EDO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECCION
· SABORIT OLIVER RAMON. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA. ENFERMERO/A. CS CELLA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARTIN HERNANDEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. CS UTRILLAS. ATENCION PRIMARIA
· MESADO ZAPATA SILVIA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Básicamente centraríamos el proceso de mejora en las siguientes “recomendaciones clave”:
- Verificación de criterios de inclusión y establecimiento de Prioridad Clínica en concreto en cuanto a Cirugía Programada se refiere
- Especial atención a la conciliación de medicamentos en pacientes crónicos, con especial atención a los fármacos que alteran la hemostasia

Es especialmente relevante la “planificación del cambio”. Es decir la meticulosa programación de las acciones a realizar para conseguir implementar las mejoras que nos hagan obtener buenos resultados. (El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO y CUÁNDO)
• Ausencia de criterios establecidos y consensuados por servicio de inclusión en LEQ.
• Ausencia de procedimientos de decisión compartida
• Ausencia de seguimiento de pacientes en LEQ
• Suspensiones y falta de seguimientos de conciliación de medicación de pacientes crónicos
• Ausencia de coordinación y seguimiento compartido (AP-AH) efectiva en la preparación de pacientes, especialmente crónicos polimedicados y con tratamientos que alteran la hemostasia

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Existencia de criterios clínicos de Servicio consensuado AG (con acuerdo de grupo) y existencia de documento presentado a Dirección
• Valoración de adecuación de indicación y revisión de pacientes de >150 días en LEQ. La activación del procedimiento se tiempos de garantía y criterios de eficiencia quirúrgica. (baja de lista, renuncia expresa o inclusión en parte quirúrgico).
• Adecuada preparación preanestésica. Comprobación de comprensión de instrucciones (PAI) seguimiento en fase prehospitalaria y en fase hospitalaria
• Actuaciones de seguimiento-coordinación compartido (AP-AH) en fase postintervención fase hospitalaria y fase posthospitalaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Planificación de reuniones específicas por Servicio y conjuntas con Admisión, servicio quirúrgico y Dirección
• Definición de criterios de Indicación quirúrgica por servicio para los procesos más prevalentes que supongan al menos el 50 % de LEQ
• Definir acciones concretas por Servicio para adecuar indicaciones
• Definir acciones concretas para revisión clínica de pacientes incluidos en LEQ con más de 150 días en LEQ (qué, quien, dónde, cuándo y cómo)
• Definir acciones concretas de seguimiento y conciliación de medicación en pacientes crónicos coordinadas por enfermería AP y Hospital
• Estudio de las causas de suspensión de intervenciones, especialmente por falta de seguimiento en las indicaciones establecidas de preparación del paciente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.-Criterios de indicación de inclusión en LEQ explícitos por servicio quirúrgico, consensuados y en documento. Valor objetivo: existencia de documento por servicio disponible en la intranet. 100%. 6 de 6 servicios.

2.- Número de Reuniones por servicio implicado. Valor objetivo: Al menos una reunión formal entre Admisión y Servicio implicado con presencia de Dirección. 6 reuniones, 6 documentos tipo acta, 1 por servicio.

3.- Revisión y depuración por Servicio de los pacientes que superan 150 días en LEQ. Valor Objetivo. Al menos el 20 % son depurados por revisión clínica. Es decir, que al menos el 20% de los que superan tiempo serán valorados en una consulta por el jefe de servicio.

4.- Suspensiones de Intervenciones programadas. Valor objetivo. Inferior al 5% para cada servicio.

Proyecto: 2018_0092 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

5.- Informe con análisis de las causas de suspensión. Valor Objetivo. Informe en noviembre de 2018.

6.- Actuación de la enfermería en preanestesia. Valor Objetivo: Documento que defina acciones de enfermería en la consulta en junio 2018.

7.- Seguridad clínica en preanestesia: presencia de documento que registra el PAI Primaria-Hospital de Enfermería (qué, quién, dónde cómo y cuándo) de actuaciones y acciones en paciente polimedicados y en concreto con tratamientos que alteran la hemostasia. Valor Objetivo. Presencia de Documento en noviembre de 2018 y al menos dos reuniones con las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria y Hospital del bloque quirúrgico y Documento en noviembre de 2018.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Reuniones específicas: 1 trimestre de 2018 (6/6)
- Definición criterios específicos de indicación quirúrgica marzo-abril 2018
- Inicio revisiones pacientes en LEQ : abril 2018
- Acciones concretas por Servicio para adecuar indicaciones implantadas en : mayo 2018
- Documento con acciones de enfermería de Anestesia en consulta: junio 2017
- Reuniones Direcciones de Enfermería Primaria y Hospital, primer semestre y segundo semestre: definir acciones concretas de coordinación
- Acciones concretas de conciliación de medicación en crónicos y en tratamientos que alteran la hemostasia: Presencia de circuito de PAI del paciente quirúrgico y documento: marzo a noviembre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2018_0408 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

2. RESPONSABLE ..... OLGA MARIA AINOBUENO COSIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CIRUGEDA SALVADOR MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
· CONESA MARIN VICENTE JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ESTEBAN CAMPOS ESTHER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
· GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· HERRERO MIGUEL ANA MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· NINA COLQUE NAYRA LUPE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los errores relacionados con la administración de medicación constituyen un grave problema sanitario, con importantes repercusiones asistenciales y económicas. Numerosos estudios muestran altas tasas de error asociadas a la preparación y administración de medicamentos inyectables, no sólo en anestesia, también en diferentes ámbitos hospitalarios, principalmente por la falta de estandarización en el etiquetado y en la vía de administración.
Se produce un error cada 133 procedimientos anestésicos, estimando que 1 de cada 20 errores es grave y 1 de cada 250 es mortal. Por ello la necesidad de utilización de estándares internacionales para una práctica segura de la anestesia y mejorar la calidad asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Promover prácticas seguras mediante la identificación de medicamentos que se van a administrar y de la vía de administración.
Estandarizar el etiquetado de jeringas y envases con medicamentos inyectables y las vías de administración, según códigos estandarizados de reconocimiento internacional.
Reducir errores de administración de medicamentos inyectables y mejorar la seguridad de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de etiquetas para las jeringas y envases con medicación y el etiquetado de las vías de administración; con unas características de tamaño, color, información que debe portar y colocación; según el sistema internacional de código de colores recomendados por SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) y el ISMP-España (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos).
Adecuada difusión a todo el personal implicado mediante Sesiones de Formación en el propio Servicio y Aquellos donde pueda ser tratado el paciente pre o postoperatoriamente.
Organizar y estandarizar el almacenamiento de los medicamentos en todos los quirófanos.
Evitar utilizar más de una concentración, sobre todo en medicamentos de alto riesgo y estandarizar las concentraciones de las diluciones para que sean iguales en todas las áreas donde se trate al paciente pre o postoperatoriamente.
Revisión de cumplimiento de etiquetado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizar protocolo del etiquetado
Número de asistentes a la formación/ total de integrantes FEA Anestesiología y Enfermería de Anestesiología, con valor objetivo a alcanzar del 85%.
Revisión del cumplimiento del etiquetado por todo el personal y analizar los motivos de la falta de cumplimiento; porcentaje de cumplimentación de etiquetado y preparación de diluciones según protocolo.
Revisión de remanente de etiquetas en almacén para evitar su falta y el incumplimiento del proyecto semanalmente.
Satisfacción con el proyecto por parte de los sanitarios implicados, mayor del 80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Protocolo de etiquetado, consenso de diluciones con los Servicios de Urgencias y UCI, homogenización en la distribución de medicación en los carros de anestesia; antes del 15 de octubre.
Formación del personal; antes del 30 de octubre.
Revisión del etiquetado y satisfacción con el proyecto; antes del 31 de diciembre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0408 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0504 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 2D/3D EN PACIENTES CON VALVULOPATIA MITRAL QUE SERAN SOMETIDOS A CIRUGIA REPARADORA (RQV) Y EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA QUE SE LES VA A COLOCAR UNA TAVI

2. RESPONSABLE ..... DORINDA SILVA GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GATO LEON MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA
· CALPE GIL MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA
· NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Ecografía Transesofágica (ETE) es una técnica utilizada en la rutina médica, con estudios que abarcan desde su uso en pacientes ambulatorios hasta el empleo en pacientes ingresados en las distintas especialidades como cardiología, neurología, medicina interna, pacientes inestables de UCI y situaciones específicas en las que el ETE supera las limitaciones de la mala ventana acústica. La anatomía cardiaca presenta estructuras geométricamente complicadas y que se mueven en espacio con mecanismos funcionales muy sofisticados. El estudio con técnicas de imagen en 2D resulta bastante limitado, puesto que las imágenes sectoriales en 2D convencionales exige que tengamos que hacer adquisiciones geométricas y dificulta la orientación y la interpretación espacial.
La ETE en tiempo real (ETE 3D) resuelve muchas de estas limitaciones y por tanto se está imponiendo como una de las técnicas de imagen más relevantes para obtención de imágenes anatómicas y su comprensión espacial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Selección y estudio de pacientes con valvulopatía mitral para RQV a través de ETE 2D y 3D.
- Estudio de pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) a través de ETE 2D y 3D.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
6.1 --> Selección y estudio de pacientes con valvulopatía mitral para RQV a través de ETE 2D y 3D. Las técnicas de reparación de la válvula mitral están cobrando un gran protagonismo en los últimos años. Muchas son las ventajas de la RQV sobre la sustitución por una prótesis. La ausencia de necesidad de anticoagulación, la mayor durabilidad y la ausencia de incremento de la probabilidad de sufrir una endocarditis infecciosa protésica, hacen de esta técnica un procedimiento de elección en muchos pacientes. Establecer una adecuada indicación de reparación y determinar las probabilidades de éxito y aparición de complicaciones, es uno de los objetivos en el estudio ETE 2D y 3D de estas válvulas, previo a la cirugía. Este estudio se considera imprescindible ya que consigue evaluar las diferentes porciones del complejo valvular mitral, para de esta forma informar al cirujano acerca de las posibilidades de reparación y de la mejor técnica para solucionar el problema. Se necesita realizar un análisis sistemático y meticuloso a la hora de evaluar los diferentes componentes:
6.1.1 Estudio exhaustivo del complejo valvular mitral.
6.1.2 Dimensiones del anillo mitral.
6.1.3 Cociente entre el anillo y la valva anterior.
6.1.4 Existencia de calcio.
6.1.5 La vista en “face en 3D” valora la válvula mitral sin tener que reconstruirla. Además la imagen en 3D ayuda a la selección del anillo que se va a implantar.
6.1.6 Valoración de las variables que predicen el fracaso de la reparación de la insuficiencia mitral orgánica: Anillo dilatado mayor de 50 mm, calcificación severa mitral, jet de regurgitación central, prolapso de segmentos del velo anterior, prolapso de tres segmentos o más y escasez de tejido en las valvas.
6.1.7 Valoración de variables que predicen el fracaso de la reparación de la insuficiencia mitral funcional: Acinesia ventricular, diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo mayor de 65 mm, índice de esfericidad mayor de 0.7, distancia de coaptación mayor de 10 mm, área de tenting mayor de 2.5 cm2, ángulo posterolateral mayor de 45 grados y distancia interpapilar mayor de 20 mm.

6.2 --> Estudio de pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) a través de ETE 2D y 3D. Con el desarrollo de las técnicas de implante percutáneo de prótesis aórtica (TAVI) la ETE 2D y 3D ha adquirido una mayor notoriedad. Independientemente del tipo de prótesis (Edwards Sapiens o CoreValve) la elección del tamaño de la prótesis es crucial para el resultado satisfactorio del implante. La ETE 2D y 3D deben evaluar el tamaño y la morfología del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) y de la unión ventrículoarterial o anillo aórtico. Las mediciones necesarias:
6.2.1 Morfología y excentricidad del TSVI.
6.2.2 Anillo de la válvula aórtica.
6.2.3 Altura de los senos.
6.2.4 Diámetro de la raíz de aorta y aorta ascendente.
6.2.5 Medición del área valvular aórtica en 2D y 3D.
6.2.6 Localización, extensión y severidad de calcificaciones.

Proyecto: 2018_0504 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 2D/3D EN PACIENTES CON VALVULOPATIA MITRAL QUE SERAN SOMETIDOS A CIRUGIA REPARADORA (RQV) Y EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA QUE SE LES VA A COLOCAR UNA TAVI

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
7.1--> Pacientes seleccionados y estudiados con valvulopatía mitral para RQV:
7.1.1 Número total de pacientes.
7.1.2 Característica poblacional.
7. 1.3 Porcentaje de pacientes excluidos de cirugía.
7. 1.4 Porcentaje de pacientes en que se realiza RQ mitral.
7.1.5 Porcentaje de pacientes excluidos de RQ mitral siendo sometidos a sustitución valvular.
7.1.6 Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
7.1.7 Valoración ecocardiográfica postprocedimiento.

7.2 --> Pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI):
7.2.1 Número total de pacientes.
7.2.2 Característica poblacional.
7.2.3 Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
7.2.4 Valoración ecocardiográfica postprocedimiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Segundo semestre 2017 a primer semestre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0536 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 2D Y 3D EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA MITRAL PREVIO A CIRUGIA REPARADORA Y EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA QUE SE LES VA A COLOCAR UNA TAVI

2. RESPONSABLE ..... DORINDA SILVA GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GATO LEON MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA
· CALPE GIL MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA
· NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La anatomía cardiaca presenta estructuras geométricamente complicadas y que se mueven en el espacio con mecanismos funcionales muy sofisticados. El estudio con técnicas de imagen en dos dimensiones resulta bastante limitado, puesto que las imágenes sectoriales en dos dimensiones (2D) convencionales exige que tengamos que hacer adquisiciones geométricas y dificulta la orientación y la interpretación espacial.
La Ecocardiografía Transesofágica Tridimensional en tiempo real (ETE 3D) resuelve muchas de estas limitaciones y por tanto se está imponiendo como una de las técnicas de imagen más relevantes para obtención de imágenes anatómicas y su comprensión espacial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Selección y estudio de pacientes con insuficiencia mitral para reparación quirúrgica a través de ETE 2D y 3D.
- Estudio de pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) a través de ETE 2D y 3D.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
6.1 Muchas son las ventajas de la reparación sobre la sustitución por una prótesis. La ausencia de necesidad de anticoagulación, la mayor durabilidad y la ausencia de incremento de la probabilidad de sufrir una endocarditis infecciosa protésica, hacen de esta técnica un procedimiento de elección en muchos pacientes. Establecer una adecuada indicación de reparación y determinar las probabilidades de éxito y aparición de complicaciones, es uno de los objetivos en el estudio ETE 2D y 3D de estas válvulas, previo a la cirugía. Este estudio se considera imprescindible ya que consigue evaluar las diferentes porciones del complejo valvular mitral, para de esta forma informar al cirujano acerca de las posibilidades de reparación y de la mejor técnica para solucionar el problema. Se necesita realizar un análisis sistemático y meticuloso a la hora de evaluar los diferentes componentes:
- Estudio exhaustivo del complejo valvular mitral.
- Dimensiones del anillo mitral.
- Cociente entre el anillo y la valva anterior.
- Existencia de calcio.
- La vista en “face en 3D” valora la válvula mitral sin tener que reconstruirla. Además la imagen en 3D ayuda a la selección del anillo que se va a implantar.
- Valoración de las variables que predicen el fracaso de la reparación de la insuficiencia mitral orgánica: Anillo dilatado mayor de 50 mm, calcificación severa mitral, jet de regurgitación central, prolapso de segmentos del velo anterior, prolapso de tres segmentos o más y escasez de tejido en las valvas.
- Valoración de variables que predicen el fracaso de la reparación de la insuficiencia mitral funcional: Acinesia ventricular, diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo mayor de 65 mm, índice de esfericidad mayor de 0.7, distancia de coaptación mayor de 10 mm, área de tenting mayor de 2.5 cm2, ángulo posterolateral mayor de 45 grados y distancia interpapilar mayor de 20 mm.

6.2 Estudio de pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) a través de ETE 2D y 3D. Con el desarrollo de las técnicas de implante percutáneo de prótesis aórtica (TAVI) la ETE 2D y 3D ha adquirido una mayor notoriedad. Independientemente del tipo de prótesis (Edwards Sapiens o CoreValve) la elección del tamaño de la prótesis es crucial para el resultado satisfactorio del implante. La ETE 2D y 3D deben evaluar el tamaño y la morfología del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) y de la unión ventrículoarterial o anillo aórtico. Las mediciones necesarias:
- Morfología y excentricidad del TSVI.
- Anillo de la válvula aórtica.
- Altura de los senos.
- Diámetro de la raíz de aorta y aorta ascendente.
- Medición del área valvular aórtica en 2D y 3D.
- Localización, extensión y severidad de calcificaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
7.1 Pacientes seleccionados y estudiados con patología valvular mitral para reparación quirúrgica valvular:
- Número total de pacientes.

Proyecto: 2018_0536 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 2D Y 3D EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA MITRAL PREVIO A CIRUGIA REPARADORA Y EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA QUE SE LES VA A COLOCAR UNA TAVI

- Característica poblacional.
- Porcentaje de pacientes excluidos de cirugía.
- Porcentaje de pacientes en que se realiza reparación quirúrgica mitral.
- Porcentaje de pacientes excluidos de reparación quirúrgica mitral y sometidos a sustitución valvular.
- Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
- Valoración ecocardiográfica postprocedimiento.

7.2 Pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI):
- Número total de pacientes.
- Característica poblacional.
- Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
- Valoración postprocedimiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Segundo semestre 2017 a primer semestre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0563 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

2. RESPONSABLE ..... MARTA GONZALEZ PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN GARCIA CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
· RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· OSET GARCIA MONICA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· HERRERO MIGUEL ANA MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALEGRE SORIANO SARA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
· OLIVAS IRANZO JOSE MANUEL. CELADOR/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALVAREZ MORENO ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La ISQ es una complicación frecuente y recurrente que limita los potenciales beneficios de las intervenciones quirúrgicas.
A nivel nacional, el estudio EPINE de 2016 estimó que el 7,92% de los pacientes hospitalizados presentaron alguna infección nosocomial, siendo las ISQ las más frecuentes con un 25,66% del total.
En nuestro centro, la incidencia acumulada en el año 2017 de ISQ asociada a cirugía programada por cáncer colorrecal fue del 19,32 y del 0% para la colecistectomía.
Su aparición se relaciona con mayor probabilidad de mortalidad, estancias más prolongadas y mayor probabilidad de reingreso sin olvidar un aumento de los costes sanitarios debido a las pruebas complementarias y el uso adicional de antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del presente proyecto es establecer los pasos y medidas que consideramos necesarios para disminuir la incidencia de ISQ en los pacientes candidatos a estos procedimientos, por parte del Servicio de Cirugía General, mediante la instrucción del personal relacionado con el proceso, la creación de protocolos y listados de verificación(check-list) y la dotación de los recursos materiales necesarios. Los procedimientos que se incluyen en este proyecto son las cirugías programadas de cáncer colorrectal y colecistectomía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades dirigidas hacia la consecución de los objetivos son las siguientes:

- Puesta al día sobre las estrategias para la prevención de ISQ.
- Establecer las medidas preventivas sobre las que actuar:
  - o Adecuación de la profilaxis antibiótica.
  - o Realización de una correcta antisepsia y pincelado de la zona.
  - o Realización de un correcto rasurado.
  - o Mantenimiento de la normotermia.
  - o Mantenimiento de la normoglucemia.
- Elaborar un protocolo asistencial para cada una de las medidas.
- Elaborar los diferentes check-list adaptados.
- Realizar la formación y difusión necesaria al diferente personal implicado.
- Revisar la dotación de material necesaria.
- Iniciar la aplicación de las medidas en casos reales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número total de protocolos realizados o adecuados.
- Medición del grado de adherencia a los protocolos (protocolos registrados/total de intervenciones).
- Porcentaje de correcta cumplimentación de las listas de verificación (formularios correctos/total formularios).
- Número de sesiones y asistentes a las diferentes sesiones formativas (conseguir un mínimo de asistencia del 80% de los participantes).
- Encuesta de satisfacción, del personal implicado, sobre los resultados obtenidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El tiempo para la realización de este proyecto es de un año para la realización y comienzo de implantación de las medidas.
La adecuación de los protocolos se llevará a cabo durante el primer cuatrimestre, comenzando con su aplicación a partir de Septiembre-Octubre de 2018. El análisis del grado de adherencia se llevará a cabo al final del período anual, así como la medición del porcentaje de correcta cumplimentación.
Las sesiones formativas se llevarán a cabo por los integrantes del grupo de trabajo, tras la adecuación de los protocolos y previa a su implantación, siendo los destinatarios el personal implicado en cada uno de los estamentos.

Proyecto: 2018_0563 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

Éstas irán dirigidas según el punto en el que actúe el personal destinatario, es decir, sesiones independientes para enfermería de planta, enfermería de quirófano, Servicio de Anestesia y Servicio de Cirugía, quedando registrada la asistencia a las mismas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0128 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUNIESA HERRERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHOCARRO ESCALENO PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FERNANDEZ SANTOS RAFAEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· URGEL GRANADOS ALEJANDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FUENTES GONZALVO EVA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ENFERMERIA
· ALONSO PEREZ PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BLOQUE QUIRURGICO
· GONZALEZ HERRERO VICTORIA. TEL. H OBISPO POLANCO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La higiene de la piel y específicamente de las manos ha sido objeto de estudio desde hace muchas décadas, siendo aceptada como el mecanismo primario de control en la dispersión de agentes infecciosos. La correcta realización de una higiene de manos antes de entrar a quirófano es muy importante ya que durante una cirugía se le priva al paciente de una barrera significativa contra la infección: la superficie cutánea.
Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar. Las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos. Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no esté todavía implantada en la actualidad.
Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.-Elaborar un plan de Mejora sobre el lavado de manos y contribuir a la reducción de las Infecciones relacionadas con la infección del sitio quirúrgico.
2.- Evaluar la efectividad de los dos productos antisépticos mayormente utilizados en el servicio quirúrgico del HOP (solución hidroalcohólica y jabon antiséptico con cepillo).

OBJETIVOS OPERATIVOS:
1.-Conocer la adhesión a la higiene de manos en el personal del área quirúrgica del Hospital Obispo Polanco, previo a la implantación de un Proyecto de mejora.
2.-Identificar barreras percibidas y factores facilitadores asociados a la práctica de la higiene de manos.
3.-Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en la higiene de manos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el presente proyecto, se pretende evaluar la efectividad de dos productos antisépticos, en concreto una solución hidroalcohólica y un jabón antiséptico para el proceso de desinfección de las manos durante la preparación quirúrgica.
Dicho proyecto se evaluará mediante una comisión interdisciplinar, del Hospital Obispo Polanco, formada por:
- Servicio de Traumatología que realizará y supervisará la toma de muestras durante procedimientos quirúrgicos limpios.
- Servicio de Microbiología que realizará el recuento de unidades formadoras de colonias de las muestras evaluadas.
- Servicio de Medicina Preventiva que supervisará la correcta realización del proyecto.
- Equipo de enfermería del área quirúrgica que participará en la toma de muestras durante el ejercicio de su trabajo diario.
ACTIVIDADES:
- Desarrollo de un programa de formación.
- Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.
- Curso formativo del uso del antiséptico hidroalcohol y adecuación de soporte para su uso.
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGIR
- Disminuir el coste económico
- Ahorrar tiempo en el lavado
- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará una reunión informativa a mediados del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.
Se realizará el día 18 de Abril, una reunión informativa con el director comercial de grupo Hartmann Sterillium R, donde se explicará el modo de realización de la técnica de higiene de manos y nos proporcionará material en

Proyecto: 2018_0128 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

gel y dosificador. (Indicador: número de asistentes).
Se realizará un estudio piloto durante 2 meses que consistirá en una estimación objetiva del recuento de unidades formadoras de colonias microbianas presentes en las manos del personal del área quirúrigica, utilizando cada uno de los dos productos antisépticos. Con esta medida se realizará una estimación objetiva de la capacidad bactericida del producto antiséptico tras realizar el lavado inmediato y la capacidad bactericida mantenida en el tiempo del mismo.
Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional participante en el proyecto.
El lavado de manos es un indicador que debe mantenerse en un estándar de excelencia, puesto que constituye la medida más eficiente para ahorrar riesgos y gastos en el hospital.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las recogidas de muestas comenzarían a partir de los meses de Abril y Mayo del 2018, realizándose un estudio piloto durante 2 mes, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0181 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

2. RESPONSABLE ..... NURIA PEREZ JIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RANERA GARCIA MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GONZALEZ GOMEZ NICOLAS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CONESA MARIN VICENTE JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GONZALEZ GARCIA PALOMA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. GERIATRIA
· VILLALTA MARTIN ANA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la cirugía electiva de artroplastia total de cadera y rodilla se considera de vital importancia el mantenimiento de valores normales de hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hto) postoperatorios para evitar las posibles complicaciones relacionadas con la anemia perioperatoria.

Tradicionalmente, para conseguir este objetivo se ha utilizado la transfusión de sangre alogénica; pero ello sigue asociándose a diversos riesgos, cosa que esta llevando a los profesionales médicos a plantearse un cambio en la política transfusional. En base a esto, se han desarrollado múltiples Programas de Ahorro de Sangre similares al que queremos implantar en nuestro servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo general del proyecto es la aplicación de un Protocolo de Uso Racional de Hemoderivados en el tratamiento de la anemia perioperatoria de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de prótesis total de cadera y rodilla así como la comprobación de su efectividad.

Estimamos, con este proyecto, se pueda reducir la incidencia de transfusión alogénica desde cifras del 70% a alrededor del 45%.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El Protocolo de Ahorro de Sangre constará de:

En el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica, al solicitar el preoperatorio, en la analítica de sangre habitual añadiremos el patrón férrico.

Se aplicaran criterios transfusionales restrictivos, es decir, sólo se transfundirá en casos de:
- Anemia sintomática (hipotensión, taquicardia, taquipnea, mareo y/o fatiga) con Hb 8-10 g/dl.
- Hb <7-8 g/dl o 9-10 g/dl en pacientes cardiópatas.

2 semanas antes de la cirugía se emplearan medidas farmacológicas para la estimulación de la eritropoyesis preoperatoria:
- Hierro intravenoso (Ferinject 50 mg/ml) (dosis única).
- Ácido fólico (Acfol 5 mg): 1 cp. vía oral cada 24 horas.
- Vitamina B12 (Optovite 1000 gammas) 1 amp. intramuscular (dosis única).
- Epoetina alfa 40.000 UI subcutáneas (Eprex) siempre y cuando la Hb del paciente en el preoperatorio sea <13 g/dl (dosis única).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para monitorizar el proyecto seguiremos una serie de indicadores:

1os:
- Hb y Hto postquirúrgicos
- Cumplimiento de criterios de transfusión restrictivos
- Número de unidades de concentrados de hematíes transfundidos

2os:
- Complicaciones
- Mortalidad
- Días de hospitalización

Para la recogida de los datos se utilizará una hoja de cálculo Microsoft® Office Excel 2009 elaborada al efecto, en la que se tabularán todos los indicadores. La información recogida en formato Excel se exportará posteriormente al programa IBM SPSS Statistics v.20 para efectuar el estudio estadístico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0181 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

La fecha prevista de inicio es mayo de 2018. Durante el primer trimestre: Periodo de explicación y adaptación. Segundo trimestre: Periodo de aplicación y recogida de datos. Tercer trimestre: Periodo de aplicación, recogida de datos y análisis de los mismos para comprobación de su efectividad.

El tiempo de duración será indefinido, siempre y cuando se demuestre la disminución de la incidencia de transfusión alogénica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Coxartrosis y gonartrosis
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0185 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROYO AGUSTIN
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTRO SAURAS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RILLO LAZARO AGUSTIN. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BONILLA MONTERDE GERMAN. INFORMATICO/A. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA
· CALVO ARIÑO AITOR. INFORMATICO/A. H OBISPO POLANCO. INFORMATICA
· NAVARRO MONTERO ESTHER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
· JIMENEZ GARCIA SANDRA. MIR. H OBISPO POLANCO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La falta de recursos de educación y promoción de la salud en la esfera musculo-esquelética en nuestro medio, lo que condiciona un manejo deficiente por distintos especialistas no traumatólogos o rehabilitadores, y una falta de implicación del paciente en patologías de esta índole.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Objetivo principal: Aumentar los conocimientos en patología musculo-esquelética al realizar una divulgación científica y educación sanitaria de los especialistas de otras ramas y los pacientes.

• Objetivos secundarios: Mejorar el estado de salud del aparato locomotor a la vez que se optimizan los recursos al implicar directamente a los pacientes y se incentiva la formación de médicos de atención primaria al respecto. Crear una vía de comunicación recíproca entre los distintos niveles de asistencia sanitaria para identificar problemas de interés. Facilitar la implementación de otras estrategias de mejora de la calidad asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Creación de una plataforma de divulgación científica que permita la exposición de información en distintos formatos: imagen, presentaciones, video, texto…. Mantenimiento y actualización de la misma. A valorar entre las distintas opciones que se han comentado con el Servicio de Informática del Hospital.
o
2. Selección de temas de interés y creación de mecanismos para asegurarse de que estos sean de utilidad para los destinatarios.
3. Revisión de últimas publicaciones, cursos de expertos, bibliografía especializada etc, para identificar puntos de estudio vanguardistas y exponerlos de la manera más válida a nivel científico.
4. Reuniones organizativas para el reparto de tareas y elección de temas.
5. Implicación de colaboradores no autores del proyecto.
6. Promoción de la salud según se contempla en los criterios de Lalonde.
7. Optimización de los recursos al mejorar la aplicación de los circuitos diagnóstico-terapéuticos.
8. Incentivar la participación activa de los implicados, tanto colaboradores como destinatarios, creando una dinámica de retroactividad en cuánto a los temas a tratar, la manera de hacerlo, problemas derivados de la falta de colaboración entre los distintos niveles asistenciales…
9. Abordar los distintos ítems seleccionados de una manera clara, concisa, asequible, sencilla y atractiva para aumentar el interés por parte de los médicos no especializados en patología musculoesquelética y pacientes. Utilización de recursos web (videos, imágenes…) para lograrlo.
10. Estudiar la mejor vía de comunicación con los médicos de atención primaria para realizar un feed-back en el intercambio de información (foro abierto, comentario de blog, correo electrónico…).
11. Coordinación con otros proyectos de mejora que se pueden beneficiar de un entorno web para aplicar algunos aspectos que necesitan de plataformas de divulgación entre otros médicos y/o pacientes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Número absoluto de visitas (tanto de pacientes como de médicos).
• Número de comunicaciones a través de la plataforma.
• Número de colaboraciones de expertos no autores directos del proyecto.
• % de disminución de derivaciones erróneas (mal indicación de pruebas por ejemplo) respecto a cifras previas a la implantación del proyecto.
• Valoración de la adecuación de los contenidos y su formato.
• Grado de satisfacción en el nivel de información obtenido a través de la plataforma WEB.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La implementación preliminar de la plataforma WEB se prevé que conllevará aproximadamente un año laboral, en el

Proyecto: 2018_0185 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

que se realizará:
- Selección y creación de un entorno WEB básico para la exposición de temas.
- Selección de temas preliminares, creación de los documentos pertinentes y exposición de los mismos.
- Exposición de otros recursos colaborativos con otros proyectos de calidad.
- Divulgación de la existencia de este recurso para fomentar la participación y el acceso al mismo.

A partir de ese plazo, se contemplaría la mejora de los puntos que se hayan identificado como deficitarios.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología de la esfera musculoesquelética
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0251 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL RANERA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PEREZ JIMENO NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MUNIESA HERRERO MARIA PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· OSCA GUADALAJARA MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· PECES GONZALEZ NATALIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
· HERNANDEZ LOPEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· AGUSTIN MORENO ANGELA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La prótesis de rodilla se ha convertido en un procedimiento común en los Servicios de Traumatología. Los objetivos de las unidades clínicas han se dirigen a incrementar la seguridad, disminuir costes y mejorar la satisfacción de los pacientes. Para ello, se han desarrollado programas de rehabilitación rápida denominados “fast-track” . En ocasiones nos encontramos situaciones de desinformación en nuestros pacientes acerca de los procesos. Existe una tendencia errónea en la sociedad de que mayor número de días de ingreso es igual a mejor atención, especialmente en procedimientos quirúrgicos. Para que el “fast-track” funcione, es necesario un soporte familiar y/o institucional para dar de alta a los pacientes con toda la seguridad necesaria. Además se ha detectado una posibilidad de mejora en la dificultad de obtener información de los pacientes previamente a una cirugía para desarrollar estudios posteriores. Por ello, se plantea la posibilidad de realizar una reunión previa multidisciplinar (empoderamiento) contando con los Servicios de Traumatología, Rehabilitación, Geriatría y Enfermería. Esta reunión, tendría un carácter informativo, donde a través un audiovisual se explicaría la vía clínica del procedimiento. Este programa se trató de poner en práctica previamente, pero se ha demorado su puesta en práctica por los problemas de personal en los dos últimos años de nuestro Servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es la reducción de la estancia tras el procedimiento, que actualmente ronda los 4-5 días. Hemos instaurado un protocolo que demuestra la viabilidad del alta en el plazo de 3 días tras una prótesis, siempre que no exista complicación médica. La intención de este plan es que al menos el 75% de nuestros pacientes sean dados de alta al tercer día con seguridad clínica. Sin embargo, en ocasiones, el alta no está supeditada a condiciones médicas, sino a términos del entorno familiar y logística, y es en estos casos donde la reunión sería eficaz. Además, obtendríamos escalas para la realización de estudios posteriores y se tendrá una última oportunidad de selección de los pacientes candidatos a cirugía. Se espera incrementar la seguridad y satisfacción en nuestros resultados. Es sabido la asociación de ansiedad y mayor empleo de analgésicos y antihipertensivos, lo cual puede ser un campo de estudio tras la implantación de esta reunión. También se estudiarán las complicaciones, eventos de seguridad e infecciones en un paciente que se encuentra mejor informado previamente a la cirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La reunión informativa será quincenal o mensual. Se coordinará con el Jefe de Servicio, seleccionando a los pacientes en función de lista de espera. El lugar de reunión será el salón de actos del Hospital. Los pacientes se llamarán a través del Servicio de Admisión. Concretada la fecha, se indicará a los pacientes que acudan a la reunión con al menos un familiar que vaya a participar en el proceso. La reunión será dirigida por un traumatólogo, y asistirán un médico rehabilitador, un geriatra y una enfermera de planta o consulta. Se proyectará un audiovisual de la vía clínica. Se atenderán preguntas de pacientes explicando las posibles dudas. Se procederá a la entrega de los diferentes cuestionarios de Salud (WOMAC, SF-36 de Salud, KSS) que se aportarán al ingreso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará un calendario de sesiones donde se recogerán los datos de los asistentes a cada reunión. Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener su opinión. Los resultados se evaluarán cada 6 meses. A su vez se repartirá un cuestionario de satisfacción al alta hospitalaria tras la cirugía que se evaluará cada 6 meses. En este caso existirá un ítem que refleje la opinión de los pacientes en el contexto de la reunión previa. El resto de cuestionarios se recogerán al ingreso para los estudios científicos pertinentes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las sesiones comenzarían en el momento de autorización de dicho plan, realizándose una experiencia piloto de 3 meses, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

9. OBSERVACIONES.
Roos EM, Lohmander LS. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. Health Qual Life Outcomes 2003;1:64.
Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results Med Clin (Barc). 1995 May 27;104(20):771-6

Proyecto: 2018_0251 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Insall JN, Dorr LD, Scott RD, Scott WN. Rationale of the Knee Society clinical rating system. Clin Orthop Relat Res. 1989 Nov;(248):13-4.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1243 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

2. RESPONSABLE ..... INES ARIÑO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOÑATE BORAO BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· BELLES ARANDA MIRIAM. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· CUERVO MENENDEZ CONCEPCION A. TCAE. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· GARZA TRASOBARES EMILIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
· THOMSON LLISTERRI CONCEPCION. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Una vertiente importante de la actividad de la Unidad de Aparato Digestivo es la correspondiente a la realización de endoscopias. Uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos es garantizar una alta calidad en las endoscopias que realizamos a pesar del incremento progresivo de la demanda. Es fundamental implementar programas de mejora continua para ofrecer al paciente una endoscopia de calidad, adecuada a los mejores estándares internacionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal: conseguir mejoría en la calidad de la endoscopia digestiva
Objetivos secundarios: adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las últimas recomendaciones de las principales sociedades científicas, aumentando así la adecuación de las pruebas, disminuir sus riesgos, aumentar la detección de lesiones relevantes y reducir la incidencia de cáncer de colon.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se tomarán como referencia en calidad de la endoscopia las dos últimas publicaciones de la SEPD en este sentido, que serán completadas con la guía de la ESGE, realizando un único proyecto de calidad en la endoscopia adaptando las principales recomendaciones a nuestro entorno. Se dividirá el proyecto en 2 partes: por un lado se describirá en qué debería consistir el procedimiento habitual en las endoscopias, especificando la colonoscopia, y por otra parte se describirán los distintos indicadores de calidad seleccionados y sus valores ideales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se incluyen en el proyecto indicadores de calidad de estructura, proceso y resutados.
La monitorización de los mismos se realizará, según recomienda la ESGE, de forma continuada mediante los sistemas de recogida de datos de endoscopias o mediante auditoría anual de 100 endoscopias consecutivas.
- Porcentaje de casos en los que consta la entrega y/o firma de consentimiento informado válido. Objetivo 100%
- La unidad cuenta con un plan de gestión de medicación antitrombótica. Objetivo: presencia
- El informe endoscópico se incluye la mayoría de criterios de calidad. Objetivo: presencia
-La unidad cuenta con un procedimiento de desinfección del material con revisiones periódicas. Objetivo: presencia
- Porcentaje de casos en los que el motivo de solicitud consta en el informe y forma parte de una lista de indicaciones adecuadas. Objetivo >85%.
- Porcentaje de casos en los que consta en historia clínica una adecuada evaluación del paciente antes de la endoscopia. Objetivo >95%
- Porcentaje de casos en que el intervalo entre colonoscopias por seguimiento de pólipos es adecuado. Objetivo > 85%
-Porcentaje de casos en los que consta alguna documentación gráfica de la prueba. Objetivo >90%
-Porcentaje de casos en los que existe registro de la monitorización del paciente si se somete a sedación. Objetivo 100%
- Porcentaje de casos en los que existe registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Objetivo >95%
-Porcentaje de casos en los que la limpieza de colon se considera adecuada. Objetivo >90%
-Porcentaje de colonoscopias completas, alcanzando fondo cecal. Objetivo >90%
- Proporción de colonoscopias en los que se extirpan todos los pólipos menores de 20mm, y en un solo fragmento. Objetivo >85%
- Porcentaje de pólipos extirpados >5mm que son recuperados para estudio anatomopatológico. Objetivo >90%
- Media de tiempos empleados en la retirada del endoscopio en endoscopias sin biopsias ni terapeúticas. Mínimo 6 minutos
- Porcentaje de casos con diarrea crónica en los que se biopsia mucosa sana. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos con EII en los que se practican biopsias adecuadas en el cribado de displasia. Objetivo >85%
- Porcentaje de endoscopias en los que se describen la morfología de los pólipos según clasificación de París. Objetivo 100%
- Porcentaje de colonoscopias con al menos un adenoma identificado. Objetivo en cribado poblacional: 40%
- Porcentaje de casos en los que se entrega informe de alta con recomendaciones al paciente. Objetivo: >85%

Proyecto: 2018_1243 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Inicio junio 2018: Dar a conocer al personal servicio de endoscopias el proyecto y su contenido mediante sesiones clínicas. Establecer un modelo de informe endoscópico único que incluya todos los indicadores. Formación al personal en cuanto a seguridad en la sedación (taller RCP), mejora en la detección y descripción de lesiones.
- Octubre 2018: Inicio de aplicación de las medidas pertinentes para optimizar la calidad.
- Auditoría inicial para asegurar implementación de medidas: noviembre 2018: evaluar 50 endoscopias consecutivas.
- Auditoría trimestral y evaluación inicial de los indicadores: enero 2019
- Dos auditorías semestrales (buscando alcanzar todos los objetivos): julio 2019 y enero 2020

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0528 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL PEREZ HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLLADOS MARTIN MARIA DOLORES. TCAE. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· GUIMERA GASCON JOSEFINA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· MATEO SORIANO CARMEN. TCAE. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· PEREZ GARGALLO CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· ROMERO GUILLEN MARIA TERESA. TCAE. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
· PLUMED JUSTE MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECCION
· FERNANDEZ VIÑADO DOLORES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La idea de poder mejorar el tiempo de espera de los pacientes que acuden a la CMA es una constante que se lleva incidiendo desde que se abrió la unidad.
En el último año hemos detectado que los pacientes que están en el parte quirúrgico en primer lugar e incluso segundo lugar el tiempo de espera desde su llegada a la unidad con la hora de entrada a quirófano es satisfactorio, pero la problemática se encuentra con los pacientes que están en el resto del parte, debido al aumento de tiempo que esperan hasta que son intervenidos, con la consiguiente disconformidad y emisión de quejas por parte de los mismos o familiares.
Tb se quiere garantizar una continuidad de cuidados y un control clínico a través de una encuesta telefónica a las 24 horas de la I.Q.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Actualización de la encuesta telefónica postquirúrgica.
2. Registrar al menos un 80% de las encuestas telefónicas
3. Elaborar un circuito de comunicación directa para las incidencias entre CMA, Servicio de admisión y Dirección enfermería.
4. Disminuir la ansiedad previa a la IQ.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Por eso hemos decidido mejorar la gestión de tiempos y atención al paciente intervenido en CMA y por especialidades la hora de llegada que desde admisión se comunica a los pacientes (coordinado con el jefe de cada servicio), y la hora de entrada a quirófano.
Reuniones cada dos meses de los miembros de proyecto (al menos 4/año).
Elaboración de un registro diario de las horas de llegada al hospital y entrada a quirófano.
Actualización de la encuesta telefónica postquirúrgica, con valoración del objetivo del proceso de atención.
Registro del nivel de ansiedad previo IQ.
Elaborar documento para las familias del paciente intervenido en CMA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Pacientes que se les realiza la encuesta telefónica del total de pacientes que pasan por la CMA. Valoración general del proceso de atención >75%
2. Pacientes que tienen hipertermia postquirúrgica en las primeras 24 horas del total de pacientes intervenidos en CMA.
3. Nivel de ansiedad previo a la IQ y relación con el tiempo de espera . Hoja de inclusión quirúrgica cumplimentada del total de hojas pacientes intervenidos en CMA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero- Febrero- : definir las actividades a realizar según objetivos marcados y elaboración del Excel para el registro de datos.
Marzo a Junio: registro de datos del Excel de horas de llegada al hospital y entrada a quirófano
Marzo a Noviembre: registro de datos de encuestas telefónicas
Julio-agosto-septiembre : Evaluación de tiempos de espera, y modificación de horarios para el último trimestre del año.
Octubre-Noviembre: registro de horarios modificados
Diciembre: evaluación de tiempos de espera con los horarios modificados. Y evaluación de los registros de la encuesta de satisfacción.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0528 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0782 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA PLUMED JUSTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUEDA GRACIA EVA. TCAE. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SOLER HERNANDEZ ENCARNACION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· FUERTES MUÑOZ MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GUILLEN MAICAS NURIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ENFERMERIA
· MORTE PASCUAL SUSANA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ HERNANDEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECCION
· CATALAN EDO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El registro de las alergias de los pacientes que ingresan en el hospital se realiza en la historia clínica. Los profesionales involucrados en los cuidados del paciente frecuentemente no disponen de la historia clínica en el momento del cuidado a “pie de cama” con el consiguiente riesgo de cometer errores en la administración de la medicación que pueden tener consecuencias graves.
Una de las maneras para tener identificado al paciente en el momento, sería mediante la colocación de una pulsera en los pacientes alérgicos que ingresen en el hospital reduciendo así los riesgos que se puedan producir durante la práctica clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducir el riesgo asociado a la administración de medicación mediante la implantación de una identificación de pacientes alérgicos para prevenir errores con la asistencia sanitaria.

Mejorar el sistema actual de detección y control de todos los pacientes con alergias que ingresan en el hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Justificación de la necesidad y creación de un código SERPA para la adquisición de las pulseras.

Definir el proceso de identificación de pacientes alérgicos en el hospital.

Difusión del proceso. Se convocarán reuniones con las supervisoras para que conozcan el nuevo procedimiento y posteriormente ellas serán las encargadas de difundirlo al personal de enfermería mediante sesión clínica para que sea conocido y aplicado en las unidades.

Formación del personal administrativo tanto diurno como de urgencias que prepara y distribuye las pulseras a las unidades.

Se realizarán cortes mensuales de los indicadores.

Encuesta a los profesionales de enfermería sobre la utilidad de la pulsera identificativa de alergias.

Evaluación de resultados. Problemas identificados. Oportunidades de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de pulseras en pacientes alérgicos/ nº de pacientes alérgicos ingresados por planta (corte mensual)

Nº de reacciones alérgicas registradas en pacientes identificados con pulsera de alergia.

Opinión de los profesionales de enfermería acerca de las pulseras: beneficio/ utilidad. Sugerencias de los profesionales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La actividad se desarrollará durante el año 2018 y se pretende mantenerla en el futuro.
Está prevista la adquisición de las pulseras para la primera quincena de junio y en la segunda quincena comenzar a colocarlas en los pacientes.

Proyecto: 2018_0782 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todos los pacientes alérgicos ingresados en el hospital
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0017 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

2. RESPONSABLE ..... LUIS CIPRES CASASNOVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LARDIES SANCHEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La diabétes méllitus es una enfermedad crónica con posibilidad de desarrollar importantes comorbilidades en dependencia del control metabólico de la misma.
La educación diabetologica es una parte esencial del tratamiento del diabetico y de ella depende, en gran parte, el control metabolico diario del paciente y que implemente adecuadamente los consejos que recibe.
El diabetico tipo 2 en tratamiento con insulina precisa una atención especial para que realice correctamente el tratamiento porque, en muchas ocasiones, se trata de una persona mayor y con resistencia al tratamiento insulinico y al autocontrol que el mismo requiere.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se trata de dar formación individualizada al diabético tipo 2 que precise insulina.
La formación, que sera individualizada, atendera sobre todo al manejo del autocontrol del tratamiento insulinico y a la prevención de las hipoglucemias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se esta elaborando un material especifico para entregar al paciente diabetico tipo 2 que este en tratamiento con insulina tanto basal como en pauta bolo-basal.
Se trata de un material muy didactico, para que se adapte bien al perfil de paciente, que se le entregara y explicara en la consulta externa de endocrinologia.
Cada tres meses, tambien en la consulta externa de endocrinologia, se realizara una sesión formativa acerca de este material que incluira el repaso del mismo y una evaluación del grado de su cumplimiento asi como de las hipoglucemias que hayan ocurrido.En la misma consulta se realizara el control clinico y analitico del paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se monitorizaran, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el dia a a día del tratamiento insulinico.
Tambien el número de hipoglucemiuas que hayan ocurrido.
La eficacia del proyecto se objetivara en la mejoria de la HbA1c.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto para todo 2018 o durante más tiempo en dependencia de los resultados del mismo.
Las sesiones presenciales formativas en la consulta externa de endocrinologia tendran una duración de 20 a 30 minutos y en las mismas tambien se evaluara el control metabólico del paciente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_1414 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO PARDO IRENE. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· RODILLA CALVELO FRANCISCO. FARMACEUTICO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA
· HERNANDO QUINTANA NATALIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
· AGUNSTIN MORENO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios. En el proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos pueden producirse fallos que ocasionan efectos no deseados. Esto es especialmente frecuente en pacientes polimedicados y con múltiples enfermedades, habituales en los servicios de especialidades médicas. Analizar e identificar las causas que desencadenan los errores médicos resulta fundamental para prevenir su aparición. En este contexto, los sistemas de prescripción electrónica asistida aparecen como una herramienta atractiva para garantizar la seguridad.
En nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos centrales del ámbito sanitario y, a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio, se han establecido como objetivos la identificación y la priorización de los problemas relacionados con la seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La implantación de la prescripción electrónica en los servicios de nuestro Hospital, supondrá la optimización de los recursos empleados en el circuito prescripción-dispensación-administración, consiguiéndose una mejora de la calidad en el proceso debido principalmente a una completa legibilidad de la orden de tratamiento que facilita el trabajo del personal de enfermería y disminuye los posibles errores de administración derivados de este hecho y errores de cálculo de dosis. De esta forma se disminuyen los posibles errores de medicación derivados de la prescripción, interpretación de la OT y dispensación, como reflejan los resultados del control de calidad realizados en algunos estudios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dentro de estas nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario se encuadra el sistema de prescripción electrónica asistida (PEA). Este sistema ha demostrado ser una de las principales herramientas para garantizar la seguridad en uno de los procesos fundamentales de la utilización de medicamentos, como es el caso de la prescripción. Se estima que la PEA puede evitar hasta en un 65% los errores de medicación. La incorporación de las aplicaciones informáticas para la prescripción proporciona potenciales ventajas, como las siguientes:

- Informan de manera rápida datos relevantes sobre los medicamentos mediante soportes de ayuda (pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis, prescripción protocolizada, etc.).

- Facilitan la comunicación entre profesionales sanitarios.

- Permiten enlaces con otros programas que mejoran el conocimiento del paciente y su estado clínico, y que pueden influir en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

- Logran mantener la confidencialidad sobre los datos del paciente.

- Pueden alertar sobre la necesidad de alguna modificación en la prescripción.

- Aportan información inmediata sobre los costes de tratamiento.

- Fuerzan al prescriptor a elegir entre distintas opciones en campos como la dosis o la vía de administración, y aportan información sobre las pautas habituales de los medicamentos. Esta característica de los programas de prescripción electrónica es la que ha contribuido a reducir en mayor proporción el número de errores de prescripción.

Se ha comprobado que la mayoría de los errores de prescripción clínicamente relevantes se concentran en 3 grupos de medicamentos: antiinfecciosos, agentes cardiovasculares y analgésicos opiáceos. Los tratamientos son cada vez más complejos, cada vez se prescriben más medicamentos y se ha incrementado notablemente la edad de los pacientes hospitalizados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados

Proyecto: 2018_1414 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

en el hospital. Este porcentaje irá aumentado progresivamente a medida que se vaya implantando en los servicios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
a) Primera fase: julio-octubre de 2018. Revisión de todas las fichas de medicamentos del programa para establecer pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis.

b) Segunda fase: noviembre-marzo de 2018-2019. Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo a seguir y reuniones con los facultativos de los servicios. Creación de protocolos farmacoterapéuticos, en los cuales se fija la pauta recomendada, inicio y duración del tratamiento, para facilitar la inserción de los fármacos en el momento de la prescripción de determinadas patologías.

c) Tercera fase: abril-mayo de 2019. Inicio e implantación del programa en la unidad de hospitalización de Neurología y “retirada” final del impreso escrito de la orden de tratamiento. Implantación progresiva en el resto de los servicios del hospital.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0362 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINE K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... NICOLAS GONZALEZ GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANGOAS SEGURA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CUESTA GALLARDO ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ALBARRAN ARRIVAS ESTER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· JUBERIAS MOYA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARTIN SAN MIGUEL ANUNCIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· VICENTE MOYA MARGARITA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los anticoagulantes orales son fármacos de uso muy extendido en nuestro medio (2.9% de la población de Aragón en 2017, con uso creciente motivado por la mayor esperanza de vida y la ampliación continua de su indicaciones.Son medicamentos, en la mayoría de los casos de uso crónico, de manejo complejo, con frecuentes eventos adversos que motivan frecuentes consultas médicas e ingresos urgentes.
Se consideran medicamentos de alto riesgo, por lo que la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, recoge entre sus objetivos para el período 2015-2020 fomentar la implantación de prácticas seguras con estos fármacos.
El autotratameinto proporciona a los pacientes candidadtos importantes ventajas; evitar traslados al centro sanitario, mejora en la calidad de vida y, sobre todo, detectar desajustes de dosis aumentado la seguridad del fármaco.
Por ello queremos implantar un sistema de autotratamiento con seguimiento en una unidad específica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
. Crear una ubicación física específica dotada del material y medios necesarios para desarrollar el programa.
. Seleccionar a un número determinado de pacientes a los que enseñar a realizar e interpretar el INR y actuar en consecuencia de manera correcta. También recibirán la educación sanitaria pertinente que incluirá pautas de actuación ante situaciones especiales.
. Conseguir que estos pacientes nos comuniquen los resultados y las observaciones clínicas referentes al control de su TAO, de acuerdo al calendario establecido
. Controlar el suministro de material al paciente, asegurándonos del uso adecuado del mismo.
.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
. Cursos de educación sanitaria para el logro de los objetivos previstos.
. Se impartiran cursos a pacientes y a formadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores y Evalucación

. Selección de 10 pacientes
. Registro de los cursos impartidos.
. Registro de las visitas de los pacientes.
. Registro de las complicaciones.
. Registro del material entregado.
. Encuesta de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
. Duración prevista para un correcto funcionamiento de la unidad: 1 año.
. Mes Mayo; Puesta en marcha de la consulta (Ubicación, material...)
. Mes de Junio: fin de selección y formación de pacientes.
. Auditorias Semestrales (Noviembre 2018 y Abril 2019)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes Anticoagulados
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

Proyecto: 2018_0362 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINE K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0343 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE "NO HACER" RX TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTON DITO JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· MEDINA VIVAS SEBASTIAN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· FERNANDEZ GONZALEZ MARIA CARMEN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· DE LA CRUZ ROSARIO LAURA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Importancia y Utilidad del proyecto: En las unidades de cuidados intensivos (UCI) se realizan muchas radiografías de tórax rutinarias como complemento al examen del enfermo crítico.La justificación de su realización estaba en la alta prevalencia de hallazgos en el enfermo de UCI.Sin embargo,la interpretación de los estudios que avalaban su realización es dudosa,ya que hay grandes diferencias de metodología;y trabajos recientes de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología demuestran su poca utilidad como medio que permita realizar cambios terapéuticos.Esto implica que exista un exceso de exploraciones que podrían evitarse,teniendo en cuenta:el exceso de radiación evitable,el tiempo perdido en exploraciones innecesarias y el gasto hospitalario.La práctica clínica de "no hacer" Rx tórax diaria constituye un indicador de calidad asistencial y de seguridad del paciente crítico.
Situación de partida:Falta de estandarización de la realización de Rx de tórax en nuestra UCI.Causas:Falta de protocolos de actuación.Falta de registros sistematizados.Fuentes de información:Historias clínicas.Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI.El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Instaurar un Protocolo de indicación de realización de Rx de tórax a los pacientes ingresados en la UCI,siguiendo las recomendaciones de buenas prácticas clínicas de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología.-Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad,disminuir la variabilidad en la práctica clínica,incrementar la seguridad y mejorar la calidad asistencial.-Sistematizar la información y elaborar Registros.E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI.-Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta,discusión y posibilidad de realizar mejoras en el protocolo según los resultados de la monitorización de los indicadores.-Optimizar la gestión de los recursos humanos y económicos.-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Instaurar un Protocolo de indicación de realización de Rx de tórax a los pacientes ingresados en la UCI, siguiendo las recomendaciones de buenas prácticas clínicas de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología.-Incorporar el Protocolo al sistema de gestión de información clínica de la UCI.-Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento del Protocolo (de los enfermos a los que se les solicita Rx tórax y su justificación clínica) e incorporarlo al sistema informático.-Realizar difusión del Protocolo a través de Sesiones clínicas a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.-Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.
-Responsables:Equipo médico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº de pacientes a los que se les solicita Rx tórax cumpliendo criterios de indicación del Protocolo/Total de pacientes a los que se les solicita Rx tórax
Estándar de calidad:90%
Fuente de datos:Registro en Sistema clínico de información.
-Registros cumplimentados/Total de pacientes a los que se les realiza Rx tórax x 100
Estándar:100%
Fuente de datos:Registro en Sistema clínico de información.
-Personal médico que asiste a las sesiones clínicas de formación/Total de personal médico de la UCI x100
Estándar:100%
Fuente de datos:Registro en Sistema clínico de información.

Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio:Febrero 2018.Fecha de finalización:Marzo 2019.
Elaboración y difusión del proyecto:Febrero 2018.
Puesta en marcha del proyecto:Marzo 2018.

Proyecto: 2018_0343 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE "NO HACER" RX TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Análisis final de resultados:Marzo 2019.
Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto,los resultados y las áreas de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0346 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA MONTON DITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· MEDINA VIVAS SEBASTIAN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· PEREZ MARTINEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· MARQUES MINGUEZ ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· TORNERO CARRIO JULIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· FUERTES CATALAN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Importancia y Utilidad del proyecto:Hay suficiente evidencia de que el inadecuado soporte nutricional en el paciente crítico es un factor de riesgo independiente de morbilidad,con aumento de:la tasa de infecciones,estancia en UCI y hospital,días de ventilación mecánica,dificultad para la cicatrización de las heridas;y de aumento de la mortalidad.Por todo ello,la valoración del riesgo nutricional,la estandarización de las indicaciones de soporte nutricional según la patología,la monitorización nutricional y la detección precoz y manejo de las posibles complicaciones,constituyen indicadores de calidad asistencial del paciente crítico.
Situación de partida:Falta de estandarización de la valoración y monitorización nutricional en nuestra UCI.
Causas:Falta de protocolos de actuación.Falta de registros sistematizados.
Fuentes de información:Historias clínicas.Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.
La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI.El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos una Guía de práctica clínica nutricional,siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas y Americanas de Medicina Intensiva y de Nutrición.Estandarizando la valoración de riesgo nutricional y del estado nutricional,las indicaciones de soporte nutricional y la monitorización;y todas las medidas y actividades a realizar.Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.-Alcanzar los objetivos calóricos y proteicos indicados en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI.-Sistematizar la información y elaborar Registros.E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI.-Facilitar el cumplimiento,accesibilidad de consulta,discusión y posibilidad de revisión de la Guía.-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar una Guía de práctica clínica nutricional que contemple diferentes aspectos como son:-Estandarizar el momento de indicación y qué herramientas se utilizarán,para la valoración de riesgo nutricional y de estado nutricional al ingreso y la monitorización nutricional semanal durante su estancia en UCI.–Individualizar las necesidades nutricionales y el tipo de soporte nutricional y vía de administración,en dependencia de la patología de ingreso y su estado metabólico.-Cálculo de los objetivos calóricos y proteicos; y alcanzar el 80% en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI.-Establecer, de acuerdo con laboratorio,un pérfil analítico nutricional;que se realizará al ingreso y semanalmente.-Protocolizar la identificación de las posibles complicaciones para detectarlas y tratarlas precozmente.-Inclusión en el informe de alta,de la información sobre la valoración nutricional,resultados de su monitorización y los procedimientos de soporte nutricional (nutrición parenteral,nutrición enteral,suplementos,nutrición complementaria) que ha recibido el enfermo.-Incorporar la Guía clínica al sistema de gestión de información clínica de la UCI.-Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento de la Guía e incorporarlo al sistema informático.-Realizar Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.-Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.
-Responsables: Equipo médico y de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía clínica y se les aplica/Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía Clínica x 100
Estándar de calidad:90%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información
-Registros cumplimentados/Total de pacientes a los que se les aplica la Guía clínica x 100
Estándar de calidad:100%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información
-Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/Total de personal médico y de enfermería de la UCI x100
Estándar de calidad:100%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información

Proyecto: 2018_0346 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Febrero 2018.Fecha de finalización: Marzo 2019.
Elaboración y difusión del proyecto: Febrero 2018
Puesta en marcha del proyecto: Marzo 2018
Análisis final de resultados: Marzo 2019
Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes que precisan soporte nutricional
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0407 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... ENCARNACION MONFORTE ZAFON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ MARTINEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· MONTON DITO JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· SANCHEZ MOYA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· SANCHEZ SANCHEZ MARIA. TCAE. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· LOPEZ OLIVAS SOLEDAD. TCAE. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
· PASTOR PEREZ MARIA JOSE. TCAE. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Importancia y Utilidad del proyecto:
En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) los pacientes presentan estados catabólicos intensos y un grado elevado de estrés.Se ha constatado que el inadecuado soporte nutricional se asocia con un aumento de la morbilidad y de la mortalidad,ya que esta situación conlleva alteraciones bioquímicas,un rápido descenso del peso corporal,masa muscular e inmunidad.Diferentes estudios clínicos confirman que la nutrición enteral (NE):preserva la estructura y función de la mucosa gastrointestinal manteniendo su efecto de barrera,puede evitar o reducir la translocación bacteriana,disminuir la respuesta catabólica y reducir la tasa de infecciones en el paciente crítico.
Debe primar la elección de la NE sobre la parenteral siempre que sea posible debido a que:genera menos complicaciones,es más fácil de administrar,controlar y preparar,es menos traumática y mejor tolerada por el paciente.
Situación de partida:Falta de estandarización de la indicación,valoración y monitorización del soporte de NE en nuestra UCI.
Causas:Falta de protocolos de actuación.Falta de registros sistematizados.
Fuentes de información:Historias clínicas.Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.
La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI.El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos un Protocolo de manejo de NE,siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas y Americanas de Medicina Intensiva y de Nutrición.Estandarizando la valoración nutricional,las indicaciones de la NE, la vía de administración,la monitorización y la prevención, detección precoz y tratamiento de las posibles complicaciones;y todas las medidas y actividades a realizar.Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.-Alcanzar el 80% de los objetivos calóricos y proteicos indicados en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI.-Sistematizar la información y elaborar Registros.E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI.-Facilitar el cumplimiento,accesibilidad de consulta,discusión y posibilidad de revisión del Protocolo.-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.-Mejorar la calidad asistencial y la seguridad clínica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar un Protocolo de manejo de NE que contemple diferentes aspectos como son:-Estandarizar las herramientas que se utilizarán para la valoración de riesgo nutricional y de estado nutricional al ingreso y la monitorización nutricional semanal durante su estancia en UCI.–Individualizar las necesidades nutricionales y el tipo de soporte nutricional enteral y vía de administración,en dependencia de la patología de ingreso y su estado metabólico.-Cálculo de los objetivos calóricos y proteicos; y alcanzar el 80% en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI.-Indicar los tipos de sondas de alimentación y sus indicaciones,las técnicas de colocación y manejo.-Valoración de la tolerancia.-Protocolizar la prevención, la identificación precoz y el tratamiento de las posibles complicaciones.-Protocolizar la administración de fármacos a través de la sonda de NE.-Inclusión en el informe de alta de la información sobre: la valoración nutricional, el tipo de NE,la tolerancia,los resultados de su monitorización y la aparición de posibles complicaciones y su tratamiento.-Incorporar el Protocolo al sistema de gestión de información clínica de la UCI.-Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento del Protocolo e incorporarlo al sistema informático.-Realizar Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.-Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.
-Responsables: Equipo médico y de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo de manejo de NE y se les aplica/Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo x 100
Estándar de calidad:90%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información
-Registros cumplimentados/Total de pacientes a los que se les aplica el Protocolo x 100
Estándar de calidad:100%

Proyecto: 2018_0407 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información
-Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/Total de personal médico y de enfermería de la UCI x100
Estándar de calidad:100%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información

Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Febrero 2018
Fecha de finalización: Marzo 2019
Elaboración y difusión del proyecto: Febrero 2018
Puesta en marcha del proyecto: Marzo 2018
Análisis final de resultados: Marzo 2019
Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0163 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

2. RESPONSABLE ..... SERGIO ZABALA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· GARZARAN TEIJEIRO ANA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Recientemente se ha puesto en funcionamiento el servicio de Interconsulta Virtual (IV) dentro del sistema de Historia Clínica Electrónica del Servicio Aragonés de Salud. Tras una primera fase de implantación, posteriormente se han canalizado a través de esta herramienta todas las solicitudes tanto de valoración especializada de casos para dar orientación a la actuación de los médicos de familia en Atención Primaria (AP), como de peticiones de consulta presencial para la asistencia especializada (AE) directa al paciente.
La oportunidad que nos brindan los registros de dimensionar estos aspectos y aumentar el conocimiento que tenemos sobre ellos para encontrar aquellos factores mejorables de la actividad de interconsulta especializada, que plausiblemente ha de conllevar una mejora de la calidad del servicio prestado por médicos de familia y especialistas a los pacientes de nuestro sector sanitario, nos mueve a proponer este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
· OBJETIVO PRINCIPAL:
Analizar y evaluar la actividad de teleinterconsulta desde AP hacia Medicina Interna General en el sector sanitario del Hospital Obispo Polanco (HOP) de Teruel, buscando oportunidades de mejora.
· OBJETIVOS SECUNDARIOS:
- Establecer un feedback con los médicos de familia de los centros de salud para aumentar su conocimiento de la realidad de la demanda de actividad de AE y las respuestas ofrecidas a través de la herramienta informática de IV en nuestro sector.
- Intercambiar y consensuar propuestas de mejora en aquellos aspectos que puedan identificarse como factibles de mejorar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Recogida de información sobre cada solicitud de teleinterconsulta y de cada acto de respuesta dada por parte de los médicos de AP demandantes y de los internistas de nuestro hospital que contestan las solicitudes.
- Registro de dicha información en una base de datos ad hoc.
- Análisis estadístico de los datos. Plasmación de resultados en documento oportuno.
- Remisión de resultados a la Dirección del HOP, a la Dirección de AP y a los coordinadores de Equipos de AP. Difusión de resultados entre los profesionales de AP y de Medicina Interna.
- Reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles.
- Búsqueda de compromisos en esas reuniones para llevar a cabo los proyectos de mejora en el futuro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicadores estructurales (medios para recogida de información):
= Existencia de formulario de registro de datos:
· Estándar: Sí.
= Existencia de base de datos informática para gestión de los datos.
· Estándar: Sí.
- Indicadores de proceso:
= Número absoluto de registros cumplimentados, por periodos trimestrales:
· Estándar: Sí se recoge el nº.
= Porcentaje de registros cumplimentados respecto al total de teleinterconsultas a través de IV, acumulado por periodos trimestrales:
· Estándar: > 90 % (acumulado).
= Número de reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles asistenciales para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles.
· Estándar: = 3 (se consideran equivalentes también acciones de puesta en común de los materiales aun sin coincidencia física en un mismo espacio; si factores externos al equipo impiden la bidireccionalidad, se considerará cumplimentado si hay unidireccionalidad).
- Indicadores de resultado:
= Existencia de documento de resultados de análisis estadístico de los datos:
· Estándar: Sí.
= Remisión y difusión de resultados:
· Estándar: Sí consta la remisión.

Proyecto: 2018_0163 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

= Constancia de la búsqueda de compromisos para llevar a cabo proyectos de mejora futuros:
· Estándar: Sí consta la búsqueda de compromisos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Recogida de información sobre solicitudes y respuestas de teleinterconsultas y registro en la base de datos: a lo largo de los 3 primeros trimestres de 2018. Se necesita un tiempo de recogida de datos dilatado para obtener significación en los resultados relativos a centros de salud de menores dimensiones.
- Análisis estadístico de los datos y plasmación de resultados en documento oportuno: en las 3 semanas posteriores a finalizar la recogida de datos.
- Remisión y difusión de resultados: en la semana posterior a la materialización del documento de resultados.
- Reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles asistenciales para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos futuros de mejora factibles buscando compromisos para llevarlos a cabo: en el resto del 4º trimestre de 2018.
- Finalización del proyecto: 31 /12/2018. Plazo de elaboración de la memoria del proyecto: 28/02/2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades en general del adulto susceptibles de atención especializada por Medicina Interna.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_1450 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ SANTOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAD USON MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· CARRASCO BONILLA SILVIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· ECED BELLIDO CONCHA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· GARZARAN TEIJEIRO ANA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· MORENO LUCENTE ISABEL. MIR. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante el segundo semestre de 2015, momento en el cual no se disponía de un procedimiento con recomendaciones basadas en la evidencia sobre indicación, técnica de inserción y mantenimiento de catéteres vesicales (CV), se realizó un estudio prospectivo para evaluar la utilización de CV y la densidad de incidencia (DI) de infecciones del tracto urinario (ITU) en el Hospital Obispo Polanco. Tras la elaboración de un procedimiento de cateterismo vesical basado en la evidencia, durante el primer semestre de 2016 se llevó a cabo un nuevo estudio prospectivo para valorar su seguimiento y la contribución al resultado en términos de reducción de pacientes en los que se utilizó CV, días de utilización del dispositivo e ITU asociadas a CV, evidenciándose una reducción importante en los tres indicadores.
Alcanzar los mejores resultados es un proceso progresivo en el que no debe haber retrocesos. Tan importante como la consecución de los objetivos es el mantenimiento de los resultados en el tiempo. La base del modelo de mejora continua de la calidad es la autoevaluación, en la que se detectarán puntos fuertes que hay que tratar de mantener, y áreas en la que debemos incidir para mantener o mejorar los resultados.
En el estudio EPINE-EPPS realizado en el hospital en mayo de 2018, de los 31 pacientes estudiados en la planta de Medicina Interna, dos eran portadores de CV, cumpliendo uno de ellos criterios de ITU asociada a CV.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Valorar el seguimiento de las medidas y la efectividad en el tiempo en base a los resultados tras la implementación en 2016 del Protocolo de "Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical".

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades del Proyecto están encaminadas a la comprobación del mantenimiento de las mejoras obtenidas tras la adhesión de los profesionales a las actividades fundamentales en la utilización de CV.
La implementación de este Proyecto requiere un enfoque multidisciplinar que incluye médicos, enfermeras y expertos en prevención de infecciones.
Las actividades previstas, que serán desarrolladas con la participación de todos los componentes del equipo de mejora, son:
- Estudio prospectivo para la valoración del seguimiento de recomendaciones en la utilización de CV, y desarrollo de ITU asociadas a CV en Medicina Interna.
- Comunicación de resultados al personal de Medicina Interna.
- Valoración de la nueva implementación de medidas que habían dejado de utilizarse u otras que se consideren que pueden contribuir a la disminución de ITU asociadas a CV.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Estructura:
- Disponibilidad en Medicina Interna del protocolo "Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical", elaborado en 2015.
Proceso:
- Días de uso de CV.
Numerador: Nº días de uso de CV.
Denominador: Nº pacientes con CV.
Resultado:
- Densidad de Incidencia de ITU asociada a CV.
Numerador: Nº casos nuevos de ITU asociada a CV en el periodo x 1000.
Denominador: Pacientes-día con catéter vesical.

Los resultados de los indicadores se compararán con los obtenidos en el estudio realizado tras la implementación del protocolo de recomendaciones basadas en la evidencia, que se llevó a cabo en el primer semestre de 2016.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Julio-Diciembre 2018:
Estudio prospectivo del seguimiento de utilización de CV y desarrollo de ITU asociadas a CV.
• Enero-Febrero 2019:
Análisis de datos y comunicación de resultados.

Proyecto: 2018_1450 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

Duración total del Proyecto: 8 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0179 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BUTTONHOLE: TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ..... ALICIA LACASA SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ CRIADO JORGE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ MARCELO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· GASCON FUERTES ESTHER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· ACERO CARRERO ALMUDENA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· SORIANO PUERTOLAS ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· VILAR BONACASA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En los últimos años el envejecimiento de la población hace que los pacientes que se inician en Hemodiálisis sean mayores de 60 años. Esta nueva situación conlleva y trae asociado una mayor comorbilidad de nuestros pacientes, y número de patologías, que contribuyen a un peor estado del acceso vascular (peor desarrollo con mayor dificultad para la punción).
La evidencia científica coincide en la importancia de los cuidados enfermeros efectivos en la FAVI para conseguir una técnica de punción adecuada de la misma y un óptimo desarrollo y permeabilidad de esta, prolongar su supervivencia y minimizar las complicaciones relacionadas con su disfunción (estenosis, aneurismas, trombosis, infección…).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incorporar en esta técnica de punción a los enfermos portadores de fístulas arterio-venosas complicada o de difícil acceso.
Realizar este tipo de punción en los enfermos que sufren disconfor a la hora de las punciones.
Mostrar la experiencia en nuestra unidad de Hemodiálisis tras la incorporación de la técnica de buttonhole en la práctica clínica diaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisar protocolo de creación de buttonhole y canalización del mismo/.
Impartir las sesiones informativas (clínicas y prácticas) necesarias con el fin de formar a todos los miembros del equipo de hemodiálisis, dotándolos de confianza y seguridad a la hora de realizar esta actividad asistencial.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La población diana serán todos los enfermos prevalentes e incidentes de nuestra unidad en programa de hemodiálisis.
Al finalizar el año se valorará el número de enfermos que han empezado con esta técnica y en cuantos de ellos ha sido posible la creación con éxito del buttonhole.
En cada enfermo con buttonhole se medirán los siguientes parámetros:
- tiempo en el que se realiza el buttonhole
- tiempo de hemostasia
- formación de aneurismas
- cuantificación de dolor según escala EVA
- presiones intradiálisis arterial y venosa
- signos de infección.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El tiempo estimado es de un año prorrogable.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. enfermos renales en tratatamiento en hemodiálisis
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0179 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BUTTONHOLE: TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Proyecto: 2018_0204 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA ACERO CARRERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ CRIADO JORGE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· VICENTE VICENTE ANA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
· HERNANDEZ ARNAU PEDRO JOSE. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
· GASCON FUERTES ESTHER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
· SORIANO PUERTOLAS ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
· ALARCON DIAZ LORENA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
· CARAMELO HERNANDEZ ROCIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En los últimos años, las características de los pacientes que inician una terapia de sustitución renal con hemodiálisis han cambiado debido fundamentalmente al envejecimiento de la población. La edad ha dejado de ser un criterio de exclusión para el inicio de Hemodiálisis, siempre que exista un pronóstico de vida superior a un año. Esto implica una mayor comorbilidad y un aumento de las necesidades de los pacientes de las unidades de hemodiálisis, estando íntimamente relacionado con el grado de dependencia de cada paciente. Los pacientes presentan una mayor discapacidad física, una menor autonomía y autocuidado, una mayor dificultad para conseguir un acceso vascular óptimo, un aumento de la necesidad de catéteres permanentes e incluso un aumento de curas locales por lesiones isquémicas.
El cuidado de los pacientes sometidos a hemodiálisis requiere de un equipo multidisciplinario, nefrólogo, enfermera, auxiliar de enfermería, celadores, etc…
El personal de enfermería es quién establece un contacto más directo y personalizado con los pacientes, procurando una optimización del tratamiento y por lo tanto una mejor calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del presente estudio es determinar el grado de dependencia funcional actual de nuestros pacientes.
Comparar los resultados obtenidos al utilizar como instrumentos de valoración el índice de Barthel y el Test Delta (comprobar si hay diferencias en cuanto al grado o nivel de dependencia).
Adecuar y ajustar los cuidados que precisan los pacientes según su grado de dependencia.
Analizaremos la carga de trabajo del personal de enfermería para intentar organizar las salas de hemodiálisis según los grados de dependencia de los pacientes para garantizar una atención adecuada e individualizada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán sesiones informativas, previas al inicio del proyecto, a todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para explicar el proyecto de calidad.
Se realizará una hoja de recogida de datos mediante el programa Excel.
Se recogerán los siguientes datos de cada uno de los pacientes incluidos: nombre, apellidos, sexo, edad, fecha inicio de hemodiálisis, tiempo en hemodiálisis, tipo de transporte, puntuación de los índices de dependencia Barthel y Delta, índice de Charlson para valorar comorbilidad y tiempo dedicado por parte del personal de enfermería a cada paciente
Para evaluar el grado de dependencia se utilizarán el índice de Barthel y el Test Delta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizar ambos índices de dependencia a todos los pacientes prevalentes e incidentes en Hemodiálisis al iniciar el proyecto por parte del equipo de mejora para analizar la situación real de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis.
Recoger todas las variables incluidas en la tabla Excel al inicio del proyecto.
Repetir los índices a los 6 meses, al año y tras algún ingreso de los pacientes para ver si existieran variaciones.
Adecuar los cuidados de nuestros pacientes y el grado de apoyo que necesitan según su grado de dependencia.
Organizar la distribución de los pacientes en nuestra unidad según su grado de dependencia y riesgo para mejorar e individualizar su atención por parte del personal de enfermería.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el primer mes se realizarán sesiones informativas a todo el personal de la unidad para explicar el proyecto y se repartirán los pacientes de la unidad de hemodiálisis entre los colaboradores para iniciar la recogida de datos.
En el siguiente mes se realizaran ambos índices de dependencia (Barthel y el Test Delta) a todos los pacientes de nuestra unidad.

Proyecto: 2018_0204 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Posteriormente entre 1-3 meses para recoger todos los datos de cada paciente e incluirlos en la tabla Excel.
A los 6 meses, al año y tras algún ingreso, se repetirán los índices a todos los pacientes.
Tras analizar la situación real, según el grado de dependencia de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis, se adecuarán los cuidados de forma individual por parte del personal de enfermería.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0505 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LA FISTULA ARTERIOVENOSA DE HEMODIALISIS, MEDIANTE ECOGRAFIA DOPPLER

2. RESPONSABLE ..... FRANZ MARCELO FERNANDEZ RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARAMELO HERNANDEZ ROCIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· GASCON MARIÑO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· LACASA SANCHEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA
· VICENTE VICENTE ANA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La trombosis irreversible de la fístula arteriovenosa (FAV) ocasiona consecuencias negativas para el paciente en programa de hemodiálisis (HD): reducción del capital venoso, necesidad de implantar un catéter venoso central (CVC), menor eficacia de la HD, posible estenosis o trombosis de venas centrales, inflamación crónica de la FAV protésica (FAVp) y la construcción de una nueva FAV. Todo ello incrementa la frecuencia de hospitalización, la morbimortalidad y el gasto sanitario del paciente en HD crónica. Por tanto evitar la trombosis de la FAV es primordial para estos pacientes.

En relación con la trombosis de la FAV hay que tener en cuenta que:

• No siempre es técnicamente posible la repermeabilización de todos los casos de trombosis de la FAV, incluso en manos experimentadas.

• La permeabilidad secundaria de la FAV es significativamente inferior después de la repermeabilización postrombosis de la FAV si se compara con la reparación electiva de la estenosis de la FAV antes de la trombosis.

El tratamiento de elección de la trombosis de la FAV no es su rescate mediante radiología intervencionista o cirugía vascular, sino su prevención mediante el diagnóstico y tratamiento precoz de la estenosis significativa.

La causas más frecuente de trombosis es la estenosis severa significativa de la FAV (reducción de la luz vascular >50%), demostrable con ecografía doppler (ED) y/o angiografía. Esta situación es indicación de efectuar su tratamiento correctivo mediante angioplastia transluminal percutánea (ATP) y/o la cirugía de forma electiva para evitar su trombosis.

La estenosis de la FAV se desarrolla, en la gran mayoría de los casos, durante intervalos variables de tiempo y, si se diagnostica y corrige a tiempo, la subdiálisis puede evitarse y la tasa de trombosis puede reducirse entre el 40 y 75%.

Según la “Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis” de la Sociedad Española de Nefrología (Nefrología 2017, Vol. 37, Supl. 1: 1-177):

• (R 4.7.2) Se recomienda la ED como exploración de imagen de primera elección en manos de un explorador experimentado, sin necesidad de fistulografía confirmatoria, para indicar el tratamiento electivo ante toda sospecha de estenosis significativa.

• (R 4.7.3) Se recomienda reservar la fistulografía como exploración diagnóstica de imagen únicamente para los casos de resultado no concluyente de la ED y sospecha persistente de estenosis significativa.

La ED es una técnica de imagen que permite la exploración, tanto de la FAV nativa (FAVn) como de la FAVp. Su uso presenta una difusión creciente para la vigilancia de la FAV, ya que se trata de una técnica no invasiva, que no utiliza radiaciones ionizantes ni medios de contraste yodados y que, además es barato, reproducible y de fácil disponibilidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Prevenir la trombosis de la FAV en nuestros pacientes incidentes y prevalentes de HD, mediante la detección precoz de estenosis significativa (a través de su monitorización por ED) e incrementar su supervivencia.

• Prevenir el implante de CVC en los pacientes que tienen que iniciar HD y cuya FAV no ha conseguido un desarrollo adecuado, mediante su estudio y valoración por ED en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA ó prediálisis), de tal forma que nos permita solicitar reparación y/o creación de nueva FAV de forma oportuna.

• Detectar y clasificar las distintas etiologías de FAV disfuncionante (en nuestro pacientes en programa de HD crónica), distinta al origen estenótico-trombótico, mediante su valoración por ED.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Monitorización de la FAV mediante ED, que consistirá en:

Proyecto: 2018_0505 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LA FISTULA ARTERIOVENOSA DE HEMODIALISIS, MEDIANTE ECOGRAFIA DOPPLER

o Evaluación inicial y precoz de la FAV: en las primeras 2-4 semanas tras su realización.

o Revisiones ulteriores trimestrales en la FAV sin patología, y con una periodicidad mas frecuente en los casos de FAV con patología.

• Esta monitorización se llevara a cabo en:

o Los pacientes incidentes y prevalentes de nuestra unidad de hemodiálisis, poseedores de FAV (nativa y/o protésica).

o Los pacientes en situación de ERCA ó prediálisis y que dispongan de FAV.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Porcentaje de FAV controladas precozmente (en las primeras 4 semanas tras su realización) mediante ED. Estandar: 100%.

• Porcentaje de FAV que tienen registro de evaluaciones periódicas, mediante ED. Estándar: >90%.

• Porcentaje de pacientes en los que se ha evitado implantar CVC, debido a la falta de maduración de su FAV (detectada mediante ED), en quienes se ha solicitado de forma oportuna reparación y/o construcción de nueva FAV.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
12 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0059 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

2. RESPONSABLE ..... MARIO NICOLAS ALBANI PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUMOLOGIA
· PLAZA BAYO AMPARO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) es considerado como un problema actual de salud pública que permanece infradiagnosticado y que está en relación con diversos trastornos en la esfera cardiovascular. La alteración fisiopatológica se basa en una obstrucción parcial o total de la vía aérea superior durante el sueño, que condiciona la clínica de roncopatía y apneas, produciendo intensas desaturaciones nocturnas. Su diagnóstico se confirma con un índice de apneas-hipopneas (IAH) superior o igual a 5, asociado a la clínica típica de la enfermedad. En esta situación se han documentado diversos mecanismos intermedios metabólicos y neuro-hormonales con repercusión a nivel sistémico que inducen al desarrollo de eventos cardiovasculares, un efecto negativo en la calidad de vida, e incluso, a su conocido rol como causante de accidentes de tráfico. Las entidades nosológicas más relevantes con las que se guarda relación son la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, el ictus, la insuficiencia cardiaca, entre otros. El tratamiento con CPAP en estos pacientes ha demostrado ser coste-efectivo, disminuyendo en general el riesgo de padecer eventos mayores cardiovasculares y disminuyendo la mortalidad en este perfil de individuos.
Con respecto al diagnóstico, a pesar de que la polisomnografía es reconocida como el Gold Estándar en el diagnóstico de esta entidad, la poligrafía cardiorrespiratoria (PR) se ha consagrado en la práctica habitual gracias a su importante papel en los últimos tiempos, siendo una prueba fiable en el diagnóstico del SAHS debido a su fácil implementación, bajo coste y comodidad de ejecución. Actualmente esta prueba es avalada por diversas sociedades nacionales e internacionales y se ha generalizado su aplicación en la práctica clínica habitual. Habitualmente, los resultados de los estudios no monitorizados como la PR se obtienen de una valoración automatizada realizada por un software, determinando los eventos respiratorios y calculando la gravedad de la enfermedad, con una alta sensibilidad. No obstante, los errores en la interpretación automática deben de ser valorados y corregidos mediante una minuciosa evaluación manual de los trazados, realizada por un personal especializado en los trastornos del sueño.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la valoración de los pacientes con sospecha de SAHS que asocian factores de riesgo cardiovascular a través de la corrección manual del trazado poligráfico.
- Modificar el grado de SAHS derivado de la revisión manual.
- Emisión de informe individualizado de la poligrafía cardiorrespiratoria (PR) corregida.
- Realizar una correcta aproximación terapéutica ajustada de forma individualizada, empleando las medidas higiénico-dietéticas generales y/o tratamiento con CPAP.
- Disminuir la repercusión en costes sanitarios derivados de los errores de la automatización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los pacientes susceptibles a la intervención serán aquellos adultos con sospecha de SAHS que acuden a la consulta externa, y en los que se solicita la PR para descartar o confirmar la enfermedad. Se seleccionarán aquellos pacientes en los que la valoración automatizada muestre resultados incongruentes con los síntomas y los factores de riesgo de base, y en los que la valoración manual tenga un peso relevante ante una situación clínica compleja que precise de una revisión exhaustiva.
La valoración manual consistirá en una corrección estricta y minuciosa por épocas de 5 minutos del trazado poligráfico (de un total de 480 minutos registrados), con la intención de modificar, eliminar o añadir eventos respiratorios, de acuerdo a lo observado. Asimismo, se valorará la esfera oximétrica y cardiaca. Tras la corrección, se emitirá un informe final individual en el que se reflejarán los datos cardiorrespiratorios con un diagnóstico final, y se obtendrá una gradación definitiva de la enfermedad en caso de padecerla. De igual forma, se propondrán opciones terapéuticas y comentarios finales en relación al trazado o a hallazgos significativos relacionados con su interpretación general.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Valorar la diferencia absoluta entre el IAH automatizado y el manual.
- Determinar las gravedad del SAHS real una vez se realice la valoración manual del trazado.
- Valorar el número de pacientes sujetos a recibir tratamiento con CPAP y aquellos en los que tras la intervención demuestre no ser susceptibles a la terapia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se valorarán pacientes entre marzo de 2018 y marzo de 2019 susceptibles a la intervención

Proyecto: 2018_0059 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0034 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... NATALIA HERNANDO QUINTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JARAUTA LAHOZ LAURA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
· SANZ ASIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
· LERIN SANCHEZ JAVIER. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
· FERNANDEZ LANDAZURI SARA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. BIOQUIMICA CLINICA
· ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. BIOQUIMICA CLINICA
· SANLLEHI VILA NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La determinación de los niveles de la enzima CK en suero sanguíneo es la prueba bioquímica más usada como indicador de una miopatía. Generalmente la elevación de los niveles de CKs se acompaña de otras manifestaciones miopáticas como debilidad muscular y sirve de test de apoyo al diagnóstico. Pero en muchos casos el hallazgo de hiperCKemia es casual en el contexto de un análisis de rutina. Dentro de la valoración de pacientes que presentan hiperCKemias persistentes y una vez descartadas las hiperCKemias secundarias y procesos no miopáticos, la curva de ácido láctico es de utilidad para orientar el diagnóstico y valorar la existencia de miopatías metabólicas. Este test se encuentra dentro de los algoritmos de diagnóstico y manejo de esta patología, como una prueba que realizaremos en todos los pacientes con CK persistentemente elevadas.

Hasta el momento, este test no se realizaba en el Hospital Obispo Polanco; por lo que los pacientes debían desplazarse al Hospital Universitario Miguel Servet para realizar la extracción analítica. Esto supone una limitación en el estudio. Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Por ello se propone la realización de este estudio en el Hospital Obispo Polanco, con la colaboración del servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este plan de mejora es la realización de la curva de ácido láctico en Hospital Obispo Polanco, favoreciendo así la accesibilidad al estudio, lo que supondrá una importante ventaja para los pacientes, que podrán evitar el traslado a Zaragoza para la extracción.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- La curva de lactato consiste en la extracción de sangre para obtener niveles de lactato y amonio de forma basal y tras realización de ejercicio. Esto puede realizarse con condiciones de isquemia (colocando un manguito de presión por encima de la presión arterial sistólica del paciente durante la realización del ejercicio) o sin isquemia. Se realizan 6 extracciones: basal, tras ejercicio, al minuto, tres minutos, diez y 20 minutos después del ejercicio.
- Se contactará con Laboratorio previamente para organizar la fecha de la extracción
- La prueba de ejercicio, consistente en contracciones abriendo y cerrando la mano con fuerza a ritmo de 1 segundo, durante al menos 1 minuto y máximo 1 minuto y medio, se realizará inicialmente con supervisión del Servicio de Neurología, ante la posibilidad de complicaciones ocasionales como mialgias, contracturas, dolor o de forma muy infrecuente, rabdomiolisis. La decisión de si el test se realiza con o sin isquemia también correrá a su cargo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de estudios realizados en el Hospital Obispo Polanco (100%)
- Nº de estudios derivados al Hospital Universitario Miguel Servet (0%)
- Nº de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de realización del ejercicio (< 20%)
- Nº de complicaciones derivadas de la prueba (< 10%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Inicio en Febrero de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2018_0034 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0224 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

2. RESPONSABLE ..... LAURA JARAUTA LAHOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDO QUINTANA NATALIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
· SANZ ASIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. NEUROLOGIA
· VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN. TEL. H OBISPO POLANCO. BIOQUIMICA
· MARTIN GOMEZ MARIA LUISA. TEL. H OBISPO POLANCO. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más frecuente de demencia en el anciano y afecta al 20% de las personas de más de 80 años. El proceso neurodegenerativo de la EA se inicia probablemente 20 ó 30 años antes del inicio de la sintomatología. La primera fase de la enfermedad sin demencia se conoce habitualmente como fase de deterioro cognitivo leve (DCL) de la EA.

El diagnóstico clínico del Alzheimer (EA) es inexacto en un 10-15% de los casos, incluso entre investigadores experimentados, y los biomarcadores pueden ayudar a mejorar la precisión del diagnóstico.

Se entiende por biomarcador, de acuerdo con los criterios del NIH (National Institute of Health), a “una característica que es medida y evaluada de forma objetiva como un indicador de procesos biológicos normales o patológicos, o respuestas farmacológicas a una intervención terapeútica”.

Los marcadores neuropatológicos de la enfermedad de Alzheimer son las placas neuríticas extracelulares y los ovillos neurofibrilares intracelulares con la degeneración neuronal y sináptica acompañante.

Los biomarcadores biológicos en la EA son de fácil obtención y procesamiento ya que se determinan en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes, obtenido mediante una punción lumbar. Los biomarcadores fundamentales en la EA son:

- Proteína B-amiloide: diversos estudios han demostrado de forma consistente qe los niveles de AB42 están disminuídos en la EA en un 50% en relación a lo niveles de la población control. La sensibilidad de la medida varía entre el 55-100% mientras que la especificidad para distinguir los pacientes con EA de los controles oscila entre el 67-100%.
- Tau total y tau fosforilada (tau 3R/4R hiperfosforilada, sobre todo las isoformas, pTau181 pTau231, pTau199) : en estudios transversales se han demostrado incrementos de la tau en pacientes con EA que duplican o triplican el valor encontrado en controles sanos. La prueba alcanza una especificidad entre el 65-86% y una sensibilidad del 40-86%. En fases incipientes de demencia el rendimiento de la prueba es incluso mejor, con una especificidad del 85% y una sensibilidad del 75% al disitinguir los sujetos con EA de controles sanos.

Actualmente el uso de biomarcadores están incluidos en los criterios diagnósticos actuales de EA (Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. Lancet Neurol. 2014 Jun;13(6):614-29)

Hasta el momento, este test no se realizaba en el Hospital Obispo Polanco; por lo que los pacientes debían desplazarse al Hospital Universitario Miguel Servet para realizar la extracción de LCR mediante Punción lumbar. Esto supone una limitación en el estudio. Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Por ello se propone la realización de la extracción de LCR en el Hospital Obispo Polanco por parte del Servicio de Neurología, con la colaboración del servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica del Hospital Obispo de Teruel y del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este plan de mejora es la realización de la extracción de LCR del paciente en el Hospital Obispo Polanco, favoreciendo así la accesibilidad al estudio, lo que supondrá una importante ventaja para los pacientes, que podrán evitar el traslado a Zaragoza para la extracción. Una vez extraída la muestra se enviará al laboratorio del H.Miguel Servet donde será procesada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Antes de seleccionar un caso es imprescindible haber realizado una evaluación clínica precoz correcta. Una vez completa, los pacientes seleccionados serán los que presenten alguna de estas situaciones:

1. Demencia/ deterioro cognitivo de inicio precoz.
2. Demencia/ deterioro cognitivo con agregación familiar
3. Deterioro cognitivo mnésico de perfil hipocámpico
4. Demencia/deterioro cognitivo con inicio de trastornos afásicos, visuoperceptivos o visuaoespaciales.

Proyecto: 2018_0224 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

No estará indicada la realización del estudio en:
- Pacientes asintomáticos
- Quejas subjetivas sin déficit cognitivo objetivado
- Determinación de la fase de enfermedad.
- Indicaciones no médicas

Estandarización del Procedimiento:

1. Selección del paciente tras evaluación y pruebas complementarias pertinentes.
2. Programación de ingreso para realización de punción lumbar.
3. Extracción de la muestra en tubos de polipropileno. La extracción se hará en horario de 9-13 hrs. No es necesario que el paciente esté en ayunas. Es recomendable que la extracción no sea traumática.
4. Transporte y almacenaje de muestra en temperatura ambiente.
5. Envío al laboratorio Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
6. Procesado de la muestra
7. Interpretación de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de pacientes candidatos a estudio a los que se les realiza la extracción del LCR en el Hospital Obispo Polanco (100%)
- Nº de pacientes candidatos derivados al Hospital Universitario Miguel Servet (0%)
- Nº de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de extracción del LCR (< 5%)
- Nº de complicaciones derivadas de la prueba (< 10%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Inicio en Abril de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0415 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ..... ELENA SCHUHMACHER ANSUATEGUI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARRILLA VIRGOS PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CABEZA VENGOECHEA PEDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SPINOS CRUZ VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· COLECHA MORALES MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha detectado, que a lo largo del año 2017, un 11% de las pacientes, clasificadas como CMA, acabaron ingresadas por varios motivos.
Hay que valorar, si los criterios de inclusión en dicho proceso son los adecuados

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto pretende hacer un estudio y seguimiento de estos casos, para valoración y mejora.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de protocolo de inclusión de las listas de procesos catalogados como CMA.
Control, estudio de los realizados durante el año 2017 y valoración de los proceso para lo largo del año en curso

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El límite a alcanzar, es que no se revierta a ingreso más del 5 % de dichas pacientes y patologías

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión de los procesos acaecidos durante al año 2017 hasta el 30 de mayo.Dra. Elena Schuhmacher y Dra. Marta Colechá
Hacer protocolos de adecuación de inclusión en lista de espera quirúrgica hasta el 30 de junio 2018. Dr. Pedro Cabeza, Dra. Elena Schuhmacher, Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso
Revisión de la casuistica de el año en curso, finalizacion el 31 de enero 2019. Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0225 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

2. RESPONSABLE ..... EVA GLORIA ALIAS ALEGRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO CASADO MARIA NIEVES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· PASTOR ESPUIG MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· GARGALLO BENEDICTO AMPARO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· OLATE PEREZ ALVARO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La población de Teruel ha experimentado un envejecimiento gradual en las últimas décadas.
En la consulta de oftalmología se atiende a un porcentaje elevado de pacientes de edad avanzada. Con el envejecimiento se producen cambios a nivel del sistema visual; entre estos cambios cabe destacar el desarrollo de cataratas y cambios en el defecto refractivo.
La catarata constituye la opacificación del cristalino y ocasiona un déficit visual asociado a una peor calidad de vida de los pacientes.
El astigmatismo es un defecto de refracción en el que ni por acomodación, ni modificando la distancia de los objetos, el ojo es capaz de obtener imágenes enfocadas.
El paciente con catarata puede tener cualquier defecto refractivo (miopía, hipermetropía y/o astigmatismo). Su repercusión se suma ocasionando un déficit visual, posibilidad de presentar diplopía monocular, fotofobia, dificultad en situaciones escotópicas y dificultad de percibir objetos en movimiento.
En la actualidad la cirugía de la catarata se define como cirugía “faco-refractiva”, es decir, buscamos el resultado refractivo ideal para cada paciente. Intentamos lograr la mejor situación refractiva según sus necesidades. En la mayoría de los casos tenemos que intentar conseguir la emetropía).
Contamos con diferentes potencias de lentes intraoculares para corregir la miopía e hipermetropía que pueda presentar el paciente que vamos a intervenir. La dificultad radica en la corrección del astigmatismo.
Se debe instaurar un protocolo de corrección del astigmatismo del paciente durante la cirugía de catarata. En la actualidad la Sociedad Española de Oftalmología y diferentes Guías de Práctica Clínica aconsejan corregirlo dejando 0.50-0.75 dioptrias de astigmatismo en contra de la regla.
Contamos con técnicas incisionales y lentes intraoculares tóricas que permiten lograr ese resultado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora en la valoración de cada uno de los pacientes que vamos a intervenir de catarata. Estudiar en cada caso la biometría que nos aporta el biómetro Lenstar (biometría óptica que nos permite conocer la potencia de la lente intraocular que tendremos que implantar para conseguir la emetropía del paciente), la queratometría, las características de la córnea y del cristalino.
Implantación del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología sobre el manejo del astigmatismo durante la cirugía de la catarata. Valorar en cada caso cuantitativa y cualitativamente dicho astigmatismo. En función de las características de la superficie ocular y del cristalino, y, de dicho astigmatismo decidir la corrección del mismo con medidas incisionales o con lentes intraoculares tóricas. Dejar un astigmatismo residual en contra de la regla de 0.50-0.75 dioptrías.
Mejora en el marcado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados.
Lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual, logrando la satisfacción de cada paciente en función de sus requerimientos visuales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dejar reflejado en la historia de cada paciente las características de la superficie ocular y del cristalino. Características que podrían modificar nuestra actuación durante la cirugía.
Estudio de la queratometría (potencia del astigmatismo corneal y su eje) y biometría en la consulta al realizar la biometría con el biómetro óptico Lenstar.
Manejar el software de gestión Eyesuite. Introducir la refracción previa y posterior a la cirugía de cada paciente. Valorar gracias a dicho software el efecto logrado por cada oftalmólogo sobre el defecto de refracción del paciente tras la cirugía, fundamentalmente el efecto sobre la corrección del astigmatismo al realizar una técnica incisional. Existen nomogramas orientativos que nos guían en el efecto logrado según las características de dicha técnica insional, pero cada profesional debe conocer el resultado que consigue con su trabajo. El software Eyesuite nos puede ayudar a conocer el efecto que logra cada uno de los profesionales del servicio de oftalmología.
Utilizar el sistema de marcado del eje del astigmatismo en todos los pacientes.
Utilizar las diferentes páginas web que permiten calcular la lente intraocular tórica que deseemos implantar en cada caso.
Decidir la técnica que requiere cada caso en función de la cuantía de astigmatismo que debemos corregir. Cuando debamos corregir menos de 2.5 dioptrías de astigmatismo se elegirá una técnica insional y cuando el astigmatismo sea mayor se planteará colocar una lente introcular tórica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nivel de satisfacción de los profesionales.

Proyecto: 2018_0225 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Efecto logrado por cada profesional.
Nivel de satisfacción de los pacientes.
Situación refractiva deseada tras la cirugía.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Julio-Septiembre 2017: Implantar la utilización del software Eyesuite.
Septiembre 2017-Diciembre 2018: Puesta en marcha del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1528 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

2. RESPONSABLE ..... AMPARO GARGALLO BENEDICTO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO CASADO MARIA NIEVES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· ALIAS ALEGRE EVA GLORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OFTALMOLOGIA
· CUESTA GALLARDO ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GONZALEZ GOMEZ NICOLAS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El concepto y manejo del síndrome de ojo seco ha evolucionado notablemente en los últimos 20 años. Con el objetivo de unificar y llegar a un consenso global de los múltiples aspectos del síndrome de ojo seco (SOS) con un enfoque basado en la evidencia, se ha elaborado en el 2017 el informe TFOS-DEWS II (Tear Film and Ocular Surface Society - Dry Eye Workshop), según el cual el ojo seco es una enfermedad multifactorial de la superficie ocular que se caracteriza por pérdida de la homeostasis de la película lagrimal y que se acompaña de síntomas oculares; en su etiología juegan un papel principal la inestabilidad de la película lagrimal, la hiperosmolaridad, la inflamación y daño de la superficie ocular y las alteraciones neurosensoriales.
La sintomatología asociada a la enfermedad de ojo seco es uno de los motivos más frecuentes que conduce a los pacientes a solicitar atención oftalmológica. Se trata de una patología muy común en la población, con curso crónico que puede ser origen de frustración médica y del paciente, morbilidad visual y puede comprometer los resultados de la cirugía de catarata, corneal y refractiva.
El informe DEWS II propone un tratamiento escalonado e individualizado del SOS, en función de la severidad. Se establecen 4 niveles de tratamiento, comenzando por el nivel 1, avanzando al siguiente escalón una vez agotadas las posibilidades terapéuticas de cada nivel.
En el escalón 3, se incluye el uso de derivados hemáticos, entre los que se encuentra el colirio de suero autólogo, el plasma rico en plaquetas, suero alogénico y de cordón umbilical. En nuestro servicio, hemos contemplado la creciente cantidad de pacientes con enfermedad de ojo seco que reciben tratamiento con colirio de suero autólogo, elaborado y procesado en nuestro hospital por el servicio de Hematología. Sin embargo el riesgo de infección, unido a la necesidad de venopunciones frecuentes obliga a restringir su uso a casos severos o refractarios a otros tratamientos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Establecer un protocolo de diagnóstico del Síndrome de Ojo seco, de acuerdo a las actualizaciones del informe DEWS II
- Identificación de las causas locales y sistémicas del SOS.
- Optimización e individualización de las pautas de tratamiento, siguiendo el tratamiento escalonado propuesto en el DEWS II
- Revisar y homogeneizar las indicaciones de tratamiento con lágrimas de suero autólogo y limitar su uso a los casos severos refractarios a otros tratamientos y así disminuir los riesgos potenciales y la sobrecarga de trabajo en el servicio de Hematología.
- Educación y mejoría de la adherencia al tratamiento en pacientes con SOS.
- Prevenir el empeoramiento de la sintomatología y los hallazgos clínicos relacionados con la enfermedad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Identificación y reclutamiento de pacientes en las consultas y urgencias oftalmológicas: Triage inicial con los cuestionarios de evaluación de síntomas DEQ-5 y/o OSDI®
- Estudio de los factores de riesgo relacionados con la enfermedad
- Exploración y test diagnósticos del SOS: clasificación del subtipo de enfermedad
- Informar al paciente sobre su enfermedad, sintomatología asociada y estilo de vida saludable.
- Inicio del tratamiento escalonado.
- Evaluación de resultados según los indicadores establecidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Seguimiento de los pacientes para evaluar la respuesta y el ajuste del tratamiento. El intervalo de las revisiones dependerá de la severidad del cuadro, del enfoque terapéutico y de la respuesta al mismo (servicio de Oftalmología)
- Se realizara una evaluación de la repuesta al tratamiento (servicio de Oftalmología):
o Subjetiva: Puntuación obtenida en los cuestionarios DEQ5 y OSDI® antes y después de los cambios terapéuticos.
o Objetiva: Agudeza visual y exploración oftalmológica de los signos asociados a la enfermedad.
- Número de pacientes con indicación de tratamiento con colirio de suero autólogo durante el periodo establecido del proyecto. (Comparación con el registro del número de pacientes a los que se les ha elaborado colirio de

Proyecto: 2018_1528 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

suero autólogo en el Servicio de Hematología en periodos de la misma duración anteriores) (Servicio de Hematología)
- Registro de las posibles complicaciones relacionadas con la extracción o la aplicación del suero autólogo. (Ambos servicios)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto en el curso 2018 e implantación en la práctica clínica diaria en el manejo del paciente con ojo seco en la consulta de oftalmología. Se evaluaran los resultados según los indicadores previstos de manera individualizada en el día a día de las consultas. Se realizará una evaluación conjunta de los resultados al año del inicio.

9. OBSERVACIONES.
Se selecciona como población diana todas las edades, si bien la población fundamentalmente afecta es la de la edad adulta y anciana.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0276 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL FERRER PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAÑELLAS MARTORELL JAIME. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
· GIMENO PELEGRIN JOAQUIN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
· CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HOSPITAL DE DIA
· RILOVA FERNANDEZ ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. HOSPITAL DE DIA
· CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA. TCAE. H OBISPO POLANCO. HOSPITAL DE DIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El consentimiento informado que utilizamos para los pacientes oncológicos que van a iniciar tratamiento activo en nuestra Unidad es el mismo desde hace unos 13 años. En los últimos años, el arsenal terapeútico en oncología ha aumentado sustancialmente, con la aparición de fármacos con mecanismos de acción y toxicidades muy diferentes a la quimioterapia clásica.
En la consulta de Primer día de Oncología se informa detalladamente al paciente de las características del tratamiento farmacológico que se les va administrar y de los efectos secundarios que puede producir. Sin embargo, el consentimiento informado actual muchas veces no refleja las toxicidades reales. Además, en ocasiones, el paciente no es capaz de retener toda esta información y puede quedarse con dudas que le generan más inseguridad y ansiedad.
Proponemos redactar un nuevo consentimiento informado que refleje bien la información y riesgos de las medicaciones actuales.
Se propone también, entregar una copia del CI al paciente para que la lea detenidamente en casa y que en sucesivas visitas pueda formular las preguntas que considere oportunas. Todo ello con la intención de mejorar la información ofrecida a los pacientes y mejorar la relación oncólogo-paciente.
La revisión y redacción del nuevo CI se hará basándose en las últimas recomendaciones de nuestra Sociedad Científica para la redacción de los CI.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad de la atención al paciente en la Consulta de Primer día
de Oncología. Esta consulta suele ser muy difícil para el paciente. Lo normal es que se encuentre muy nervioso y a veces no sea capaz de retener toda la información que se le da: diagnóstico, pronóstico, tratamiento, plan a seguir…
Nuestro objetivo es facilitar al paciente este primer contacto con nuestro Servicio dando una información sencilla por escrito de los efectos secundarios de los fármacos que va a recibir. El fin es que salga de la Consulta con la seguridad de que se lleva un documento informativo que puede leer con más tranquilidad en otro momento.
Con esto se intenta evitar también que el paciente tenga que recurrir:
- A otras fuentes menos fiables (otros pacientes, familiares, profesionales no cualificados, internet…)
- A las compañeras de enfermería del Hospital de Día donde no suelen haber ni tiempo suficiente, ni se puede dar la información con la confidencialidad deseable en estos casos.
- De nuevo a la consulta de Oncología para consultar asuntos sobre la toxicidad de los fármacos que no les han quedado claros.
Al tiempo que se mejora la atención al paciente se disminuirán las consultas innecesarias en el Hospital de Día y en la Consulta de Oncología Médica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La revisión y redacción del nuevo CI se hará basándose en las últimas recomendaciones de nuestra Sociedad Científica para la redacción de los CI.
Esta información escrita la entregará el oncólogo al paciente en la Consulta de Primer día. El paciente firmará una copia que se incluirá en la Historia Clínica y se le ofrecerá otra copia para que lea detenidamente con posterioridad y consulte sus dudas en las siguientes visitas.
En la Segunda visita se dará al paciente una breve encuesta de satisfacción que cumplimentará y entregará ese día.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a) Nº de Documentos informativos entregados /Nº de Primeras visitas en Oncología que precisan tto activo
b) Nº de Encuestas de satisfacción realizadas /Nº de Segundas visitas

El Oncólogo responsable del paciente será el encargado de registrar los documentos entregados en su consulta y de recoger las encuestas de satisfacción de los pacientes. El responsable de su análisis será el coordinador de este proyecto.
Evaluación positiva se entenderá por a) >85% y b) > 70 %

Proyecto: 2018_0276 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De diciembre/2017 a marzo/2018: revisión, discusión y redacción del nuevo CI por parte de los facultativos.
Abril/2018: se diseñará la encuesta de satisfacción para el paciente.
Mayo/2018 hasta septiembre/2018: entrega de nuevo CI a cada paciente y de encuestas de satisfacción.
Septiembre/2018 hasta diciembre/2018: recogida de encuestas y análisis de datos.
Si la encuesta de satisfacción supera el 70% se consolidará el CI como estándar en nuestra práctica clínica habitual.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0360 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... FRANK ALBERTO BETANCES REINOSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZAMARRO LAHOZ TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· HEREDIA LOPEZ PATRICIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La disfonía durante la edad escolar incapacita al niño, repercutiendo negativamente en el desarrollo de habilidades sociales y dicha incapacidad puede condicionar un estado retraimiento que afecte el rendimiento escolar del niño, no existe datos epidemiológicos en la literatura indexada sobre la prevalencia de disfonía infantil en España.

Los trastornos de la voz en los niños son relativamente frecuentes, pero desconocemos su prevalencia en la población infantil local, y mismo tiempo desconocemos que factores podrían estar relacionados con el desarrollo de dicho trastornos.

Por lo que consideramos de extrema necesidad determinar su prevalencia para poder poner en marcha programas o proyectos de prevención y detección en el ámbito sanitario y educativo que nos permitan evitar e intervenir precozmente la aparición de estas dificultades que tanto pueden repercutir en el niño en determinadas etapas de su desarrollo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal :

Determinar la prevalencia de trastornos de la voz en la población infantil del colegio publico Ensanche de Teruel

Objetivos secundarios:

Determinar factores de riesgo asociados la disfonía.
Determinar incidencia por sexos.
Determinar incidencia por edad.
Determinar si las clases de canto tienen un efecto protector.
Determinar si el deporte tiene algún efecto sobre la prevalencia.
Determinar si las alergias tienen alguna correlación.
Determinar si existe asociación al asma.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Luego de obtener los resultados de prevalencia, procederemos a poner en marcha una serie de programas de concienciación, donde incluiremos tanto a los profesores como a los padres. Organizaremos una reunión con servicio de rehabilitación en conjunto con la logopeda para generar estrategias orientadas a la población infantil de Teruel. Cuando inicie el año escolar el servicio de ORL de Teruel en conjunto con rehabilitación realizara una charla para explicar a los niños el correcto uso de la voz.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para identificar los niños con algún trastorno de la voz utilizaremos el indice de discapacidad vocal pediátrico validado por Lorena Sanz Y cols al cual agregaremos edad, sexo, asistencia a clases de canto, si participa en actividades deportivas y cuantas horas a la semana, alergias, asma y finalmente una escala visual analógica donde los progenitoras identificaban cuanto habla el niño siendo el mínimo poco hablando y el máximo muy hablador.

La versión en español del cuestionario de discapacidad vocal pediátrico P-VHI fue validada en el año 2015 demostrando una muy buena consistencia interna.

El P-VHI es una prueba confiable para la detección de la disfonia que es rellenado por los familiares y que nos brinda una idea global de la afectación. Se caracteriza por su fácil aplicación en la práctica clínica diaria y nos proporciona información adicional para comprender mejor cómo los niños perciben la disfonía.

Los resultados seran analizados con el programa informático JASP Team (2018). JASP(Version 0.8.5.1), Ámsterdam, Holanda.

Criterios de inclusion:

Niños en edad escolar de Teruel matriculados en el colegio ensanche

Proyecto: 2018_0360 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

Criterios de exclusión:

Edad menor de 6 años y mayores de 12 años, enfermedades congénitas que afecten el buen desarrollo anatómico de la laringe y finalmente trastornos metabólicos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tenemos previsto finalizar el proyecto a finales de mayo 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos de la voz
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0354 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BEATRIZ SANCHEZ MARCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENITO COSTEY SILVIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTIN RUIZ NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· ALIJARDE LORENTE ROBERTO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTIN CALAMA JESUS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL. INGENIERO/A. H OBISPO POLANCO. INGENIERIA Y MANTENIMIENTO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dado el creciente manejo multidisciplinar y/o derivación de los pacientes a Centros Sanitarios de referencia, la utilización de la videoconferencia como medio para valorar la derivación de pacientes, el manejo clínico y asistencial, puede facilitar y simplificar el acceso a un especialista en menor tiempo, y posibilita mejorar la atención médica en áreas con mayor dispersión de la población, conservando una atención de calidad. Además permite mejorar la docencia de los profesionales al poder compartir sesiones y protocolos clínicos entre diferentes servicios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Iniciar un sistema de videoconferencia entre servicios de Pediatría de diferentes sectores (Sector II, Hospital Infantil Miguel Servet y Sector Teruel, Hospital Obispo Polanco) para:

- Realizar discusión clínica de casos dudosos.
- Valorar derivación a Unidades especialistas de referencia en casos que precisen.
- Adecuar y conciliar el seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieran.
- Compartir sesiones y protocolos clínicos hospitalarios que permitan la actualización de los profesionales sanitarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El inicio del sistema de videoconferencia se ha consensuado y aprobado por las subdirecciones médicas y jefes de servicio de ambos hospitales.
Dos representantes (médicos adjuntos) en cada uno de los servicios, serán los responsables de iniciar y finalizar la conexión de la videoconferencia durante el parte médico entre ambos hospitales. En el caso de que alguno de estos no se encontrara presente asignarán un responsable que se encargará de la misma tarea.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Días en los que se realiza videoconferencia/días destinados a realización de conferencia. Estándar: 80%.
- Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/ realización de sesiones y/o protocolos clínicos en total. Estándar: 80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La videoconferencia se realizará en horario de mañana de 8:15 h a 9:00 h, horario en el que se realiza el parte de guardia y sesiones clínicas en ambos servicios.
Se llevará a cabo de manera diaria a excepción de aquellos días en los que por demanda asistencial o periodos festivos/vacacionales no pueda realizarse.
La fecha de inicio prevista es el 2 de Mayo.
La duración es de 6 meses prorrogable de manera indefinida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Proyecto: 2018_0354 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0489 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN RUIZ NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· VALERO ADAN ADELA CAYETANA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· MENDEZ MUÑOZ ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS
· VICENTE MONFORTE PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MAICAS PEREZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las alteraciones en las concentraciones de calcio en sangre, hipercalcemia e hipocalcemia, son frecuentes y pueden constituir emergencias vitales. En la práctica clínica, se tiende a valorar el balance de calcio por medio de la concentración sérica de calcio total, pero esto puede conducir a conclusiones y decisiones inadecuadas para el paciente, ya que es el calcio ionizado la fracción libre y fisiológicamente activa. Alteraciones en la concentración de proteínas o alteraciones en el equilibrio ácido-base modifican la fracción de calcio ionizado.
La IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) recomienda determinar la concentración de calcio iónico por potenciometría directa con electrodo selectivo-ión calcio combinado con un electrodo externo de referencia. Uno de los tipos de muestras que se puede emplear es sangre total empleando heparinas balanceadas con litio.
A priori el tipo de muestra arterial, venosa o capilar no influye en la concentración de calcio iónico, siempre y cuando los anticoagulantes y el volumen empleado sea el adecuado, y se preste atención a las condiciones preanalíticas.

Los dispositivos para la obtención de muestra capilar contienen una cantidad aproximada, no exacta de heparina, que podría alterar el resultado de dicha muestra. No conocemos los valores de referencia para el calcio iónico obtenido de muestra capilar, y no existen suficientes estudios que permitan valorar la interferencia en los resultados del anticoagulante en el dispositivo de recogida de la muestra

Sin embargo, en determinados pacientes, la extracción de una muestra venosa sanguínea podría suponer un riesgo, no así la muestra capilar. Concretamente, se presenta el caso de una paciente de 4 años del servicio de pediatría del Hospital Obispo Polanco afecta de osteogénesis imperfecta en la que una contención para una extracción analítica venosa supone un riesgo elevado de fractura ósea. Dicha paciente precisa controles de calcio sanguíneo ocasionalmente y en ella es preciso extremar las medidas preventivas para evitar una fractura ósea. Una forma de evitar la contención que supone la extracción analítica venosa es la realización de una extracción capilar, que generalmente precisa menor contención y la paciente se encuentra más familiarizada con las mismas por lo que presenta mayor colaboración.

El punto de partida del presente proyecto de calidad es nuestra paciente pediátrica, en la cual el riesgo derivado de una extracción sanguínea venosa y la necesidad periódica de controles de calcio justifica de forma inequívoca la necesidad de establecer la equivalencia del calcio sanguíneo mediante muestra capilar con la muestra venosa o la estandarización de un factor de corrección para la calcemia en muestra capilar. Sin embargo se prevee que este proyecto tendrá utilidad para más pacientes actuales y en el futuro, tanto pediátricos como adultos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. La población diana que podrá verse beneficiada del proyecto es la que agrupa aquellos pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la extracción sanguínea mediante muestra venosa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para lograr los objetivos se pretende extraer en individuos sanos una muestra de calcio venoso y capilar para comparar los resultados en ambas muestras extraídas de forma simultánea en el individuo.
Una vez conocida la relación de calcio iónico en ambas muestras (venosa y capilar) y la posible verificación de los resultados de ión en la gasometría capilar, se planteará con el Servicio de Análisis Clínicos, la inclusión de la prueba en la cartera de servicio para este tipo de pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se obtendrán los niveles de calcemia de la muestra capilar y venosa en el mismo voluntario sano mediante el analizador de sangre GEM 4000 Premier, disponible en laboratorio de Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se realizara un estudio comparativo de los resultados en ambos tipos de muestras.

Proyecto: 2018_0489 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración estimada del proyecto será menor a un año. En el mismo, se programará la realización de las extracciones sanguíneas de muestra venosa y capilar para obtener una muestra representativa de la que se pueda extrapolar un resultado aplicable a la población.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0494 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RN DE UNIDAD PARITORIO-MATERNIDAD A TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD

2. RESPONSABLE ..... MARIA SOLEDAD MUÑOZ ALBILLOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALIJARDE LORENTE ROBERTO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· HERRERO SANZ CRISTINA. MATRONA. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TREGON MARTIN PILAR. MATRONA. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CAMPOS PEREZ MARIA PAZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MATERNIDAD
· BENITO COSTEY SILVIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTIN RUIZ NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Es patente la necesidad de desarrollar proyectos de calidad en las unidades done se atiende al RN, incluyendo paritorios y maternidad. Proyectos de calidad entendidos como atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente.

En nuestro centro los RN en los primeros días de vida, durante su ingreso en maternidad, son atendidos por diferentes profesionales (pediatras, matronas, enfermeras, auxiliares). Se revisa y analiza todo su historial perinatal y parto. Son visitados, explorados e informamos a los padres a diario hasta su alta. Se realizan pruebas complementarias (prueba talón, otoemisiones acústicas …), control curva peso, apoyo lactancia materna. Según cada caso se amplían estudios complementarios y se canalizan interconsultas oportunas.

Consideramos de vital importancia se registre en Neosoft dicha actividad por parte de los profesionales implicados para posteriormente poder elaborar un informe clínico para los padres y para su pediatra.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora e implementación del registro de datos perinatales y parto y post-parto de los RN, implicándose de forma activa todos los profesionales implicados.

Analizar de forma organizada y anticipada las patologías perinatales que puedan implicar al RN y programas las intervenciones oportunas.

Elaborar informe clínico con toda la información recogida.

Favorecer la mejora de la asistencia continuada del RN al alta de maternidad, aportando informe clínico a los padres y a su pediatra.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actualización y mejora de historia prenatal para registro de datos.
Reunión con personal implicado para informar y concienciar de la importancia del tema
Se registrarán todos los informes, instrucciones y recomendaciones entregados en el momento del alta, para su posterior análisis detallado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de historia clínica perinatales bien cumplimentadas.

Número de informes clínicos y recomendaciones entregadas y firmadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se prevee indefinida, con revisión semestral de indicadores y resultados.

Población diana: Todo recién nacido de unidad de maternidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes

Proyecto: 2018_0494 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RN DE UNIDAD PARITORIO-MATERNIDAD A TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0749 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE ..... NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARROTE MATA ANA. MATRONA. H OBISPO POLANCO. MATERNIDAD
· PEREZ PEREZ ROSA MARIA. MATRONA. H OBISPO POLANCO. MATERNIDAD
· GODED GARCIA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MATERNIDAD
· CAMPOS PEREZ MARIA PAZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MATERNIDAD
· IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MATERNIDAD
· CEBRIAN CLEMENTE CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MATERNIDAD
· SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El nacimiento y el parto son procesos fisiológicos en los que la mayoría de las mujeres que van a ser madres están sanas y sus hijos serán niños sanos. Es de máximo interés optimizar la atención y protocolizar la asistencia en los primeros horas de vida para realizar diagnóstico y tratamiento precoz de las patologías encontradas en la población neonatal. La formación continuada del personal implicado en su asistencia, es fundamental para, por una parte, entrenar al personal de nueva incorporación y por otro, optimizar conocimientos previamente adquiridos, en caso de los profesionales veteranos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Respetar en la medida de lo posible las preferencias de los padres.
• Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
• Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
• Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
• Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.
• Profilaxis oftálmica neonatal.
• Realizar el cribado endocrino-metabólico y el cribado de la hipoacusia
Realización de simulacro anual con valoración posterior y propuestas de mejora.
Incorporación de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas mediante pulsioximetría pre y postductal.
Nuevo protocolo de atención al recien nacido normal.
Realización de curso de RCP con participación de personal de pediatría y maternidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Planificación/organización/realización de simulacro con participación de personal de paritorio, maternidad, pediatría.
Crear un protocolo de atención al recién nacido normal, consensuado con los diversos servicios implicados
Desarrollo de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas, mediante la monitorización de pulsioximetría pre y postductal a todos los recién nacidos.
Realización de curso de RCP neonatal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Creación e implantación del protocolo de actuación de asistencia al
recién nacido que no precisa reanimación ni asistencia pediátrica urgente, que incluya los siguientes puntos
• Lavado de manos y guantes
• Secado y calentamiento inmediato
• Pinzamiento del cordón umbilical
• Contacto piel con piel inmediato
• Identificación del recién nacido
- Creación del protocolo de continuación de cuidados postnatales, en el propio paritorio y maternidad, incluyendo los siguientes aspectos :
• Continuación contacto piel con piel
• Profilaxis oftálmica
• Profilaxis enfermedad hemorrágica
• Inicio de lactancia materna. Revisión tomas
• Revisión pediátrica diaria, en presencia de los padres.
• Analgesia no farmacológica
• Cribado enfermedades metabólicas
• Cribado hipoacusia
Cribado cardiopatías congénitas.
- Mejora de la atención al neonato que precisa reanimación urgente, mediante realización de simulacro y curso de RCP.

Proyecto: 2018_0749 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un periodo de seis meses necesarios para la planificación de todos los proyectos anteriormente descritos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0989 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO ALIJARDE LORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REUS ANTON CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTIN MARTIN CONCHA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· VICENTE MONFORTE PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· MARTIN RUIZ NURIA. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· BENITO COSTEY SILVIA BEATRIZ. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· SANCHEZ MARCO SILVIA. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el año 2017 se ha puesto en marcha una nueva Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos de referencia para toda la Comunidad de Aragón. Los cuidados paliativos se basan en mejorar la calidad de vida de los niños y familias que se enfrentan a enfermedades potencialmente mortales, intentando dar respuesta a problemas físicos, psicosociales o espirituales. Los pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos Pediátricos, y otros pacientes que presentan enfermedades crónicas (enfermedades oncológicas, hematológicas, neurodegenerativas, metabólicas, cardiopatías congénitas) con necesidades y cuidados especiales, y sus familias, requieren un abordaje multidisciplinar. Las enfermedades pediátricas constituyen un amplísimo abanico de entidades, que incluyen enfermedades raras. Algunas con pronóstico de muerte prematura, que pueden alargarse en el tiempo y ocasionar un cuidado paliativo largo con el consiguiente desgaste físico y emocional para niños, familiares y personal sanitario. Estos pacientes y sus familias suelen ser habituales en centros sanitarios con múltiples consultas en las diferentes subespecialidades, ingresos hospitalarios, pruebas complementarias y asistencias a los servicios de urgencias hospitalarias. Sabemos que los niños y sus familias se sienten insatisfechos con el personal sanitario respecto a la comunicación sobre el pronóstico, tratamiento y otros aspectos de la enfermedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es mejorar la asistencia del paciente pediátrico con necesidades y cuidados especiales en el Servicio de Pediatría, facilitando la entrada y llegada a nuestro servicio, disminuyendo tiempos de espera en Servicio de Urgencias, realizando los tiempos de espera, valoración, exploración física, exploraciones complementarias y tratamientos necesarios en un ambiente confortable y familiar, por personal sanitario especializado y conocido en nuestro Servicio, estando a la disposición del personal de atención primaria o a las necesidades del paciente/familia en cada momento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El número de pacientes pediátricos incluidos en el programa de cuidados paliativos, o considerados como pacientes crónicos con necesidades especiales, en el Sector Sanitario de Teruel, no es elevado. Estos pacientes son, generalmente, pacientes de evolución crónica, en seguimiento desde los primeros síntomas, incluso antes de su diagnóstico, y conocidos en el Servicio por todo el Personal sanitario. Los niños y sus familias, encuentran en nosotros un ambiente confortable, familiar, de confianza. Algunos de ellos presentan retraso psicomotor, otros están en tratamiento por su enfermedad oncológica o pueden presentar inmunodepresión en el contexto de su enfermedad hematológica. A todos ellos se les informa y facilita la asistencia en el Servicio de Pediatría, llegando directamente a el o, si entran a través del Servicio de Urgencias, intentando disminuir tiempos de espera en el y facilitando una rápida valoración y asistencia en nuestro Servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos o con necesidades especiales, valorados en el Servicio de Pediatría.
- Tiempo desde la llegada al Hospital hasta la asistencia
- Motivo de consulta.
- Exploraciones Complementarias
- Diagnóstico al alta. Ingreso hospitalario

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Enero a Abril 2018: Revisión de pacientes y puesta en común con personal del Servicio.
- Junio 2018: Inicio del proyecto

9. OBSERVACIONES.
Si a su llegada al Servicio de Urgencias el paciente presenta un triángulo de evaluación pediátrica inestable, será estabilizado priorizando el ABCDE sobre el traslado a nuestro Servicio.

Proyecto: 2018_0989 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Niños incluidos en programa de Cuidados paliativos o con patología crónica que presentan necesidades/cuidados especiales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0930 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLOGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS BONE PINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN VILLARROYA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Exposición accidental con material biológico: contacto con sangre u otros fluidos biológicos, a través de inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel no intacta o mucosas durante el desarrollo de actividades laborales, es uno de los riesgos más frecuentes en el Personal Sanitario

Los microorganismos implicados principalmente en la inoculación accidental son el virus de la hepatitis B, C y D y de la inmunodeficiencia humana, que son clasificados como agentes biológicos del grupo 3 por Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo, sobre “Protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo”. El citado grupo se define como: “aquellos agentes que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz”.

Los Accidentes Biológicos deben ser considerados urgencias médicas en las que conviene asegurar la oportuna actuación (profilaxis postexposición y administración de agentes antirretrovirales cuando proceda), que debe iniciarse cuanto antes, preferiblemente en las primeras 2 horas tras la exposición y antes de 72 horas de la misma.

Dada la frecuencia con que se producen los accidentes biológicos entre el personal de los centros sanitarios, la jornada laboral continuada y la amplitud geográfica que el Servicio de Prevención del Sector Teruel tiene asignada (que incluye tanto al personal de atención Primaria como el de Especializada), es necesario un protocolo de actuación asistencial, coordinando los distintos centros y servicios implicados, que presente una metodología homogénea para prestar la mayor protección y la mejor atención posible a los trabajadores que hayan sufrido una exposición a material biológico como consecuencia de su actividad.

Actualmente se dispone de un procedimiento que se implantó en el año 2004 y que precisa ser actualizado y reforzada su difusión en todo el Sector.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar la calidad asistencial ante los accidentes biológicos para todos los trabajadores del Sector Teruel, tanto de atención primaria como de especializada.
2. Actualizar pautas establecidas en todos los centros, coordinando al personal de los servicios implicados.
3. Informar y divulgar la actualización del procedimiento.
4. Mejorar el registro de accidentabilidad.
5. Disponer en la Intranet del Sector Teruel, tanto del protocolo como de la documentación necesaria, para iniciar el abordaje clínico y los trámites de declaración de accidente biológico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Este proyecto pretende alcanzar sus objetivos, mediante la implementación de un protocolo revisado y de fácil acceso para el trabajador.
Las actividades serán desarrolladas por todos los componentes del equipo de mejora y son:
- Elaboración de un protocolo actualizado de accidente biológico y su posterior implantación y coordinación.
- Presentación de la revisión del protocolo de accidente biológico al Comité de Seguridad y Salud del sector Teruel.

- Elaboración de formatos para recogida de datos.
- Difusión del protocolo a los servicios implicados.
- Estudio de seguimiento de protocolo y su efectividad.
- Comunicación de resultados a los responsables del sector.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
ESTRUCTURA
% de Servicios con acceso de la documentación a través de la intranet.

PROCESO
% de servicios con formación en el Protocolo actualizado
% de accidentes biológicos donde se ha solicitado el consentimiento informado a la fuente.
% de accidentes biológicos declarados en Unidad Básica de Prevención en las primeras 72 horas.

Proyecto: 2018_0930 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLOGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

RESULTADO
% de accidentes biológicos correctamente declarados en la Unidad Básica .de Prevención.
% de Accidentes biológicos que han seguido el protocolo de actuación de manera correcta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración un año
Mayo –Octubre 2018
Revisión y Actualización del protocolo.

Noviembre- 2018
Presentación al Comité de Seguridad y Salud.

Noviembre – Febrero 2018
Difusión de la documentación a los implicados.

Febrero- Abril 2018
Estudio de seguimiento.

Abril –Mayo 2019
Comunicación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1518 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE C.O.V. EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y GESTION DE RESIDUOS

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ AMIGOT
· Profesión ..... TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUNIESA SORIANO JOSE ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANATOMIA PATOLOGICA
· TENA SORRIBAS LUISA. TEL. H OBISPO POLANCO. ANATOMIA PATOLOGICA
· RUBERT DE LA ROSA SABRINA. TEL. H OBISPO POLANCO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los residuos generados en laboratorios presentan en general, características de gran variedad, peligrosidad y volumen, que hacen que su gestión presente una problemática distinta a la de los residuos de otros orígenes. En el Servicio de Anatomía Patológica, durante la realización de diversos trabajos, se produce además contaminación ambiental por formaldehído y otros compuestos orgánicos volátiles (C.O.V.) afectando a los trabajadores que permanecen en dichas dependencias.
Para unas buenas condiciones de trabajo debe incluirse en la organización del mismo un programa o plan de gestión de residuos que permita una adecuada protección de la salud y del medio ambiente. Además, es importante realizar un control periódico de los niveles de determinados compuestos orgánicos, y establecer procedimientos de trabajo para minimizar tanto la manipulación como la posible exposición de los trabajadores a estas sustancias.
Es necesario, por razones de seguridad y económicas, que se contemplen las posibilidades de minimización de residuos, procurando reutilizar o reciclar productos cuando sea posible, así como optimizando la gestión de almacenes para no generar residuos por la vía de productos no utilizables o caducados.
Además de ser una exigencia medioambiental y de salud en el trabajo, la gestión de los residuos de laboratorio está reglamentada en el ámbito de la Unión Europea mediante la Directiva 91/689/CEE relativa a residuos peligrosos y en España por la Ley 20/1986 Residuos Tóxicos y Peligrosos y las normas que la desarrollan.
La gestión incorrecta de residuos, en concreto, aquellos que son peligrosos, así como las prácticas incorrectas de trabajo, además de liberar al ambiente sustancias que resultan dañinas para los organismos vivos, puede ser causa de accidente laboral. Por ello, la normativa básica sobre residuos establece la obligación de gestionar los residuos peligrosos adecuadamente a través de su correcta identificación, separación, almacenamiento y entrega a un gestor autorizado para su posterior tratamiento y/o eliminación.
El Centro hospitalario no puede ignorar la necesidad de gestionarlos adecuadamente así como de desarrollar planes y medidas preventivas que permitan minimizar la cantidad de residuos y sustancias dañinas que se generan.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Controlar y minimizar la exposición por parte de los trabajadores a los compuestos orgánicos volátiles generados durante el trabajo en el Servicio de Anatomía Patológica.
Mejorar la gestión de residuos en el Servicio con el fin de reducir tanto los costes derivados de su eliminación como los accidentes laborales siendo el agente causal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Control de los niveles de C.O.V. (formaldehído y xileno)
- Desarrollo de planes que permitan minimizar la cantidad de residuos generados.
- Impartición de talleres a los trabajadores del Servicio sobre Gestión de residuos.
- Control de métodos de trabajo que posibiliten la mínima exposición a C.O.V.
- Elaboración de protocolos para establecer aspectos relacionados con el emplazamiento, almacenamiento, normas de seguridad, etc.
- Estudio de viabilidad de reciclaje de residuos mediante la separación previa selectiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Resultados de mediciones cualitativas de C.O.V.
- Incidencias reportadas por la empresa gestora en el momento de la recogida de residuos.
- Número de incidencias reportadas por el Servicio de Limpieza.
- Accidentes o incidentes de trabajo derivados de la gestión de residuos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Control de los niveles de C.O.V. (formaldehído y xileno): 1 er semestre 2019.
- Desarrollo de planes que permitan minimizar la cantidad de residuos generados: octubre 2018
- Impartición de talleres a los trabajadores del Servicio sobre Gestión de residuos: diciembre 2018.
- Control de métodos de trabajo que posibiliten la mínima exposición a C.O.V.: periódicamente.
- Elaboración de protocolos para establecer aspectos relacionados con el emplazamiento, almacenamiento, normas de seguridad, etc.: noviembre 2018.
- Estudio de viabilidad de reciclaje de residuos mediante la separación previa selectiva: julio 2018.

Proyecto: 2018_1518 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE C.O.V. EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y GESTION DE RESIDUOS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0403 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LATORRE FORCEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA. PSICOLOGO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· VAL CLAU MARIA JOSE. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· GOMEZ CHAGOYEN BLANCA. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· GARCIA CALVO LAURA. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSIQUIATRIA
· GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· MARTINEZ MARTINEZ ANDREA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el ámbito de la salud mental son fundamentales para el ejercicio de la práctica asistencial diaria las habilidades comunicacionales y la interacción con el paciente, ya que se si realizan de manera adecuada, se pueden evitar situaciones de riesgo, aliviar momentos de intenso sufrimiento y contribuir a una mejor evolución de los pacientes.
Hemos detectado que todos los componentes del equipo tenemos margen de mejora al respecto y un número importante del personal no facultativo de las diferentes unidades de hospitalización del sector nos han trasladado su interés en poder formarse en este
campo: aspectos teórico-prácticos en relación a los diferentes trastornos psiquiátricos que ingresan, así como recomendaciones y pautas sobre el manejo de éstos en distintas circunstancias que puedan generar dificultades en su abordaje.
Al tratarse la salud mental de una disciplina en la cual el trabajo en equipo es clave, este programa podría promover la uniformidad e idoneidad de las intervenciones por parte del personal sanitario, favoreciendo un ambiente terapéutico que facilite la evolución de
los pacientes, sobre todo ante pacientes complejos y/o que nos generan problemas de contratransferencia, actuaciones ambiguas o directamente contradictorias entre los profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto va dirigido a los TCAEs, enfermeras especialistas y celadores que trabajan en salud mental en el sector Teruel.
-Detectar por parte del equipo actuaciones susceptibles de mejorar en el contacto con el paciente.
-Mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones que generan interrupciones en la dinámica de la unidad.
-Fomentar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas.
-Revisar y actualizar aspectos teórico-prácticas de los trastornos psiquiátricos que puedan ser útiles para el abordaje diario con los pacientes.
-Al tratarse de una actividad eminentemente práctica, sobre casos reales; reducir el perjuicio que en el funcionamiento de las unidades provoca el frecuente recambio de profesionales.
-Mejorar el nivel de satisfacción del personal en relación a su trabajo diario en las unidades.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El programa de calidad abordaría los siguientes aspectos:
-Manejo de las crisis de ansiedad.
-Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
-Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
-Manejo de conductas retadoras / oposicionistas.
-Manejo de las ideas de suicidio.
-Manejo de la ira / agitación / agresividad.
-Manejo del hospitalismo.
-Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
-Manejo del insomnio.
-Manejo de la desinhibición.
El formato serían sesiones cortas, de unos 20-30 minutos, impartidos por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría y psicología clínica de las unidades) en los que se repasarían someramente aspectos teóricos de los trastornos y síntomas,
centrándonos sobre todo en el manejo del paciente (habilidades de comunicación, posibles estrategias,qué no hacer;....etc.), dando pie a debatir situaciones concretas de
usuarios que en ese momento o recientemente hayan estado ingresados en la unidad, lo cual nos puede servir para reforzar lo bien hecho y propuestas de mejora ante situaciones futuras similares.
Todas las sesiones se darían por duplicado: en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario, sitio y fechas a convenir con el personal para lograr la mayor asistencia posible, dándose difusión en forma adecuada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Al final de cada sesión se pasará a todos los asistentes una encuesta con los siguientes ítems:

Proyecto: 2018_0403 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

- ¿La sesión te ha servido para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles?
- ¿Crees que contribuirá a mejorar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas?
- ¿Han mejorado tus conocimientos teóricos?

Al final del programa se añadirán en la última encuesta las preguntas:
- ¿En qué medida realizas tu trabajo diario con mayor satisfacción tras realizar el programa de formación?
- ¿Qué propuestas de mejora realizarías para posibles ediciones futuras similares?

Salvo la última, todas las preguntas podrán responderse con:
NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

Objetivo perseguido: lograr que un = del 75% de las respuestas totales sean “bastante o mucho”

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo de 2018: reunión de los integrantes del equipo para repartir sesiones y compartir material teórico.
Inicio de las sesiones en primera quincena junio de 2018 y finalización en primera quincena de diciembre, con una cadencia aproximada de una cada 3 semanas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0590 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CON CONTENCION MECANICA (CM) EN LA UCE DEL HOP

2. RESPONSABLE ..... ANA ROSA GRAÑENA MUNIENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO TORRES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· MARTINEZ MARTINEZ ANDREA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· SANCHEZ DOMINGO AINOA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La CM es un procedimiento terapéutico consistente en la aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica. La agitación psicomotora supone una urgencia médica o psiquiátrica y se considera una de las causas principales de la aplicación de esta técnica. Se utiliza con frecuencia en el medio sanitario, empleándose en el 6% de los pacientes psiquiátricos ingresados.
Las características de la CM son muy especiales y entrañan numerosos riesgos, colocando a la persona en una situación de vulnerabilidad. Los cuidados por parte del equipo de enfermería y del resto de profesionales son una parte fundamental. Es de gran importancia satisfacer las necesidades básicas que no puede hacer por sí mismo, extremar la vigilancia por las posibles complicaciones físicas y realizar una evaluación continua de la esfera emocional.
Este proyecto pretende desarrollar un plan de cuidados de enfermería estandarizado para el paciente sometido a CM, que guíe, unifique y mejore la forma de trabajar del equipo de enfermería a través del establecimiento de pautas de actuación en los cuidados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar calidad de los cuidados en el paciente con CM.
- Unificar los procedimientos y la forma de trabajar durante el desarrollo de los cuidados de enfermería
- Minimizar los riesgos y las complicaciones derivados de la CM durante su aplicación
Población diana: pacientes mayores de 18 años a los que se les ha aplicado la CM durante su ingreso en la unidad de corta estancia del Hospital Obispo Polanco de Teruel

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El proyecto de calidad abordará las siguientes intervenciones:
Se elaborará una plan de cuidados de enfermería que contemple los siguientes campos de trabajo a tener en cuenta en la dinámica de cuidados del paciente contenido. En cada uno de ellos se especificarán las actividades a realizar por parte del equipo de enfermería
Control de la sujeción física
Monitorización de signos vitales y neurológicos
Administración de fármacos
Ayuda en el autocuidado (alimentación, aseo, vestido y baño)
Control de riesgos
Prevención de complicaciones: broncoaspiración, lesiones cutáneas, cardiovascular…
Control de la agitación psicomotriz
Manejo de la ansiedad y del insomnio
Promoción del confort
Presencia, contacto y escucha activa
Apoyo a la familia

Se realizarán sesiones formativas en las que se expondrá el plan de cuidados elaborado así como las pautas a seguir para la implantación al resto de equipo de la unidad. Se facilitará una guía impresa que sirva de documento de consulta donde se recogerá el proyecto.

A partir de la propuesta del plan de cuidados estándar, se valorará al paciente que se encuentre en situación de contención mecánica y se desarrollará de acuerdo con sus necesidades un plan de cuidados individualizado. En él, de manera personal, se detallarán los diagnósticos de enfermería detectados (tanto los que motivaron la sujección física como los que se han desarrollado a partir de ésta), los objetivos que se plantea conseguir, los indicadores apropiados para medirlos y las intervenciones que se van a desarrollar junto a sus actividades. Se facilitará una planilla impresa del plan de cuidados estándar donde poder trabajar de forma más sencilla y eficaz.

Se facilitarán y cumplimentarán nuevos documentos de registro de enfermería más completos que nos permitirán monitorizar la intervención. También se desarrollará una escala de evaluación de enfermería en la que se contemplarán los objetivos e indicadores pertinentes.

Se concluirá el proceso con una reunión evaluativa en la que se contará con todos los profesionales de enfermería que hayan participado en la implantación, que tendrá como finalidad poner en común las conveniencias y las dificultades del proyecto, y la reflexión sobre la experiencia desarrollada durante este periodo de trabajo.

Proyecto: 2018_0590 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CON CONTENCION MECANICA (CM) EN LA UCE DEL HOP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Uso de contención mecánica:
Criterio: conocer la prevalencia de pacientes a los que se le aplica la contención mecánica

Indicador: (nº pacientes a los que se les aplica medidas de contención /nº pacientes en la unidad)x 100

- Cumplimiento del plan de cuidados propuesto
Criterio: verificar la realización de las actividades programadas en el plan de cuidados
Indicador: (nº pacientes contenidos con el plan de cuidados cumplimentado adecuadamente / nº enfermos con contención mecánica) x 100

- Control eficaz de la agitación :
Criterio: alcanzar un adecuado nivel de control en el enfermo con agitación psicomotriz, a las 2 horas tras la aplicación del plan de cuidados

Indicador: (nº enfermos con agitación psicomotriz que a las 2h llegan a un adecuado nivel de control tras la aplicación del plan de cuidados / nº enfermos a los que se le aplica el plan de cuidados) x 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril-junio 2018: elaboración del proyecto por el equipo responsable del proyecto.
Julio-diciembre 2018: aplicación del proyecto. Su implantación será puesta en marcha por el equipo de enfermería de la UCE de psiquiatría del HOP.
Enero 2019: análisis de los datos obtenidos y conclusiones, por el equipo responsable del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1533 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE GESTION DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL SECTOR TERUEL

2. RESPONSABLE ..... LUIS CARLOS IGLESIAS ECHEGOYEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO TORRES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA. PSICOLOGO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· GOMEZ CHAGOYEN BLANCA. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· BLASCO MAS MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
-No se ha desarrollado el modelo comunitario en aquellos pacientes que más lo precisan: primeros episodios psicóticos y TMG graves de evolución no favorable, siendo las atenciones domiciliarias escasas y no regladas
-Carencia de recursos de intervención intensiva no hospitalaria
-Son precisas acciones para abordar la patología dual

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO GENERAL
Aumentar el abanico de recursos asistenciales en salud mental en el Sector para adecuarnos a las características individuales de cada caso ofreciendo atención intensiva y coordinada a diferentes grupos de pacientes con TMG que presentan dificultades por su clínica y vinculación a recursos, para un correcto seguimiento desde la USM. Potenciar la integración funcional (transversalidad) de los distintos recursos asistenciales.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
-Reducir las hospitalizaciones generadas por la falta de continuidad asistencial
-Constituirse en referente para el paciente y su familia como recurso de fácil acceso que pueda vehiculizar demandas urgentes
-En primeros episodios psicóticos: tratar lo antes posible y a distintos niveles las psicosis incidiendo en la evolución de la enfermedad
-En atención intensiva domiciliaria: contribuir a que los pacientes desarrollen estrategias de afrontamiento en su propio ambiente y reducir número de días del año con pacientes cruzados en UCE

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-SUBPROGRAMA TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO
POBLACIÓN DIANA
Personas de cualquier edad con TMG con dificultades para su abordaje desde la USM por dificultades de continuidad asistencial o con escasa vinculación con recursos de SM
PROCESO
Modelo de tratamiento comunitario asertivo y de case management: modelo de la Recuperación, que proporciona intervenciones centradas en la persona para ayudar, acompañar y favorecer que ésta tenga el control de su proyecto vital. El equipo intervendrá fundamentalmente en la comunidad, trabajando en coordinación permanente con la USM (o del CRP o la UCE si la vinculación del paciente en un momento dado de su evolución es mayor con estos últimos).
Respuesta rápida a la demanda, mediante teléfono, email o whatsapp.
Un máximo de 20 pacientes activos

2- SUBPROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA INTENSIVA EN SALUD MENTAL
POBLACIÓN DIANA
Pacientes >16 años del Sector que residan en la ciudad de Teruel o un radio de acción que no exceda los 30 minutos de coche y cuya situación sobrepasa las posibilidades de atención en USM pero que se estima pueden beneficiarse de la opción de evitar el ingreso hospitalario
PROCESO
Proporcionar en el domicilio niveles de diagnóstico y tratamiento similares a los dispensados en el hospital a través de un seguimiento intensivo protocolizado, supervisando familiares responsables
Atención simultánea máxima a 3 pacientes.
Acotado a situaciones en las que no hay cama disponible en UCE HOP, si bien pueden incluirse casos en los cuales las características clínicas del paciente o las preferencias de éste o familiares sean esta modalidad de atención frente al ingreso.
Garantía de tiempo: demora para la primera entrevista < 48 horas. A partir de entonces y hasta estabilización paciente, algún miembro del equipo visitará al paciente de manera diaria en días laborables.

3- SUBPROGRAMA PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS
POBLACIÓN DIANA
Pacientes >16 años del Sector Teruel que han tenido un primer episodio de psicosis
PROCESO
Programa específico cuya estructura garantice un tratamiento comunitario, accesible y asegure la continuidad de cuidados a lo largo de los primeros cinco años de la enfermedad, evitando reingresos, abandonos de tratamiento y consiguiendo reducción / abstinencia de tóxicos en aquellos pacientes que presenten patología dual.
Atención simultánea máxima a 10 pacientes
Elaboración de Plan Asistencial Individualizado

Proyecto: 2018_1533 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE GESTION DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL SECTOR TERUEL

1-Fase aguda del primer episodio:
Periodo comprendido entre comienzo clínica psicótica y respuesta inicial al tratamiento. Citas como mínimo semanales.
2-Fase de recuperación temprana:
Inicio a 18 meses. Citas como máximo mensuales.
3-Fase de recuperación prolongada:
18 meses a 5 años

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Relación recaídas
Acumulativo ingresos en UCE y UME
Pacientes en remisión clínica (PANSS)
Mejora calidad de vida
Estado de funcionamiento global
Número atenciones en urgencias
Satisfacción paciente (encuesta)
Satisfacción familia (encuesta)
Reducción nº días /año con pacientes cruzados en UCE
Reducción porcentaje ingresos involuntarios en UCE

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre 2018: contratación plantilla. Presentación subprogramas a profesionales Sector
Octubre 2018: periodo formativo
Noviembre 2018: inicio actividad
Junio 2019: presentación primera evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1535 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA MULTIDISCIPLINAR DE LA ASISTENCIA A LA SALUD MENTAL EN EL SECTOR TERUEL

2. RESPONSABLE ..... LUIS CARLOS IGLESIAS ECHEGOYEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO TORRES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA. PSICOLOGO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
· GOMEZ CHAGOYEN BLANCA. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· BLASCO MAS MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Carencias en la atención a la salud mental en el Sector Teruel
-Profesionales específicos para la salud mental de enlace
-Guardias de psiquiatría presenciales
-Ausencia de personal administrativo en la USMIJ
-Graves carencias en plantilla de psicólogos clínicos en USM y UCE
-La plantilla de enfermería en UCE es muy reducida

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO GENERAL
-mejorar debilidades, cubriendo carencias de larga duración y equiparando nuestra cartera de servicios a otros Sectores sanitarios
-responder a nuevas demandas que la sociedad, otros servicios y los usuarios reclaman
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
SUBPROGRAMA TRASTORNO MENTAL COMUN:
-Que la USM pueda invertir mayor proporción de su jornada semanal a una atención más intensiva a su cupo de TMG logrando que cada equipo de AP asuma la mayor parte de la atención y seguimiento a la patología psiquiátrica menor
-Reducir los muy negativos datos de espera media para consultas de psicología clínica
SUBPROGRAMA SALUD MENTAL DE ENLACE EN EL HOP
-Puesta en marcha de programas de enlace específicos y atender eficazmente a las crecientes demandas que desde otros Servicios nos realizan
SUBPROGRAMA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA USMIJ
-Realizar las crecientes labores administrativas de la USMIJ de manera satisfactoria para que se centren en su actividad clínica, organizativa, preventiva y de enlace con otros recursos e instituciones
SUBPROGRAMA ATENCIÓN CONTINUADA
-Ofrecer una atención continuada de psiquiatría de calidad para los pacientes y sus familiares, con apoyo adecuado a MIRes y equipo de enfermería de UCE y sin repercutir en la actividad diaria de las unidades por falta de descanso del psiquiatra de guardia o por aumento de demoras debido al aumento de libranzas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-ATENCIÓN CONTINUADA EN EL SECTOR TERUEL
-Asistencia más rápida y eficiente en:
pacientes ingresados en UCE
pacientes en Servicio de Urgencias HOP
pacientes de otros Servicios del HOP
-Beneficios en el propio Servicio de Urgencias del HOP y 061.
-Mejorar la asistencia diurna de todas las Unidades de los dispositivos de SM del Sector al poder librar la guardia los FEAs y no tener que acudir a trabajar sin el descanso adecuado.
-Equiparar condiciones laborales de los psiquiatras con resto de Sectores de Aragón para evitar que el Sector Teruel deje de ser atractivo

2-SALUD MENTAL DE ENLACE EN EL HOP
Puesta en marcha de programas de enlace:
Pacientes en diálisis
Pacientes oncológicos y paliativos
Comisión de mama
Pacientes con procesos de dolor cronificado

3-TRASTORNO MENTAL COMÚN
POBLACIÓN DIANA
Todos los MAPs y enfermeras de AP del Sector Teruel
INTERVENCIONES DEL EQUIPO
INTERVENCIONES CON TODO EL EQUIPO DE AP: mediante visitas periódicas a todos los CS del Sector
INTERVENCIONES INDIVIDUALES CON CADA MAP Y CADA ENFERMERA DEL SECTOR: interconsulta virtual
INCIDIENDO EN:
mejora derivación pacientes a USM
evitar derivaciones fallidas

Proyecto: 2018_1535 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA MULTIDISCIPLINAR DE LA ASISTENCIA A LA SALUD MENTAL EN EL SECTOR TERUEL

asesoramiento en casos clínicos
farmacoeconomía
sesiones de casos tipo
manejo psicofármacos. Reducir iatrogenia
Formación avanzada en EAP que hayan puesto en marcha la consulta monográfica de “atención al malestar emocional en la consulta”.

4-ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL TMG EN UCE
Puesta en marcha programas:
Terapia grupal diaria. Entrenamiento grupal en prevención recaídas.
Programa de adherencia al tratamiento
Programa conocimiento y manejo enfermedad

5-GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA USMIJ
Las propias del auxiliar administrativo en una USM

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES PROGRAMA ATENCIÓN CONTINUADA
-Encuestas satisfacción usuarios, familiares, personal UCE y FEAs servicio urgencias HOP
-Mantener demora media primeras visitas psiquiatría en USM con aumento máximo de 5 días

INDICADORES PROGRAMA TRASTORNO MENTAL COMUN
-Mejorar accesibilidad primeras visitas de psicología clínica en USM
Demora media <30 días
Espera media <45 días
-Mejora índice visitas sucesivas TMG/TMC
-Número visitas de enlace realizadas a los CS

INDICADORES PARA EVALUAR EL PROGRAMA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA USMIJ
-Mantener demora media primeras visitas en niveles óptimos:
psiquiatría <15 Días
psicología clínica <15 días
-Realizar documento de bienvenida y funcionamiento a la USMIJ para usuarios

INDICADORES PARA EVALUAR EL PROGRAMA SALUD MENTAL DE ENLACE EN EL HOP
Programa de enlace Pacientes en diálisis
Programa de enlace Pacientes oncológicos
Programa de enlace Pacientes con procesos de dolor cronificado

INDICADORES PROGRAMA ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL TMG EN UCE
Terapia grupal diaria
Programa de adherencia al tratamiento
Programa de conocimiento y manejo enfermedad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre 2018: contratación plantilla. Presentación subprogramas a profesionales Sector
Octubre 2018: inicio actividad
Junio 2019: presentación primera evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0011 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

2. RESPONSABLE ..... GLORIA MARIA MARTINEZ SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILAR BONACASA EVA YOLANDA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· YAGO ESCUSA MARIA DOLORES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
· FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
• Elevado número de solicitudes inadecuadas de pruebas radiológicas que supone entre otras, la irradiación no justificada de los pacientes en aquellos estudios que utilizan radiación ionizante.
• Incremento de la demora en la realización de estudios por la inclusión de aquellos que no deberían hacerse.
• Consumo innecesario de recursos.
• Pérdida de oportunidad en la orientación clínico-diagnóstica de los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir el número de solicitudes radiológicas inadecuadas o con insuficiente justificación, con intervención en las siguientes áreas:
1.- Atención Primaria: Radiografía oblicua de Columna, radiografía bipedestación en paciente adulto. Ecografías de seguimiento y control de lesiones que lo precisan.
2.- Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio
3.- Servicio de Digestivo: Enema Opaco en alteraciones colónicas.
4.- Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (Atención Primaria, Anestesia, Digestivo, Endocrinología), con presencia de la Dirección del Hospital.
• Realización de sesiones conjuntas de formación donde obtener acuerdos.
• Redactar documento de consenso explícito con cada uno de ellos con las actividades a realizar en el año 2018 para conseguir el objetivo principal.
• Establecer circuitos de comunicación definidos para su desarrollo.
• Reuniones de seguimiento y evaluación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Número de servicios implicados con el proceso específico sobre el que intervenir en cada uno de ellos.
• Número de reuniones de inicio y seguimiento con cada servicio.
• Documentos de consenso obtenido para la consecución de objetivos establecidos previamente. Valor objetivo: 100%.
• Circuitos de comunicación definidos en los documentos. Valor objetivo: 100%.
• Informes presentados por servicio con acciones realizadas/implantadas.
• Informe anual conjunto de evaluación de Dirección y Radiodiagnóstico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Segunda quincena de febrero y marzo: reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (1 servicio por semana).
• Redacción documentos de consenso y circuitos de comunicación definidos: abril-mayo 2018.
• Acciones definidas por servicio. Antes de 30 de mayo 2018.
• Evaluación acciones realizadas por cada servicio. Informe de cada servicio.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología variable con valoración según diferentes pruebas diagnósticas.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0011 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0386 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

2. RESPONSABLE ..... ESMERALDA RENAU HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORELLANA GARCIA RAQUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
· PECES GONZALEZ NATALIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
· ESCARTIN MARTINEZ ROSARIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. UNIDAD DEL DOLOR
· OSCA GUADALAJARA MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· UBEDA DOMINGUEZ PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. UNIDAD DEL DOLOR
· ESCANERO SOLANAS MARIA JESUS. TCAE. H OBISPO POLANCO. UNIDAD DEL DOLOR

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el año 2017, dentro de las patologías valoradas en la Unidad del Dolor, el dolor osteoarticular fue la más prevalente junto con las lumbociatálgias, con una suma total del 74% de los procesos tratados. Respecto a la procedencia de los pacientes tratados en la unidad de dolor destacar los procedentes desde Traumatología y Atención Primaria. Con los datos señalados, es evidente que se precisan de tratamientos complementarios al farmacológico iniciado desde Atención Médica en Primaria para el tratamiento de reagudizaciones del dolor crónico musculoesquelético.
Las Unidades de Musculoesquelético (UME), pertenecen al servicio de Medicina Física y Rehabilitación y colaboran con Traumatología, Reumatología y la Unidad del Dolor para establecer tratamientos dirigidos al proceso inflamatorio con técnicas ecoguiadas y la coordinación de rehabilitación que incluye la fisioterapia y educación sanitaria osteomuscular.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Ganancia en la mejora del control del dolor con técnicas de bloqueo e infiltración ecoguiados, ya que supone una mejoría en la precisión y seguridad de la técnica intervencionista del dolor.
2- Reducción de la medicación analgésica según escala analgésica de la OMS
3- Valorar resultados con rehabilitación domiciliaria versus hospitalaria.
4- Reducción de agudizaciones y recurrencias en patología musculoesquelética, con la coordinación de pautas de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.
5- Registro de la mejora en la calidad de vida del paciente con posibilidad de realizar estudios coste efectividad y coste utilidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Técnicas de bloqueos e infiltraciones ecoguiados y/o otros tratamientos específicos de unidad de dolor para el control de la inflamación y dolor osteomuscular coordinadas con el tratamiento de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.
Se valorarán pacientes con patología mecánico degenerativa articular de articulaciones periféricas de extremidades y patología tendinosa
Realización de infiltraciones en patología de columna mecánico degenerativa facetaria, bloqueos nerviosos en dolor neuropático secundario a neuropatías periféricas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En los pacientes seleccionados, se recogerán las variables a estudio en una base de datos Excel:
- Edad, sexo, número de historia clínica
- Fecha de inicio de valoración y fecha de alta
- Tipo de Patología osteomuscular
- Tipo de bloqueo: anestésico, corticoide, ácido hialurónico, toxina botulínica
- Grado de dolor según la escala visual analógica (EVA) en el momento previo al bloqueo ecoguiado y posterior a las 2 -4 semanas, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.
- Rehabilitación postbloqueo o infiltración ecoguiada. Se recogerá si se realizó y el lugar de dónde se realizó(domicilio o ambulatoria).
- Tratamiento farmacológico analgésico según escala analgésica de la OMS, que lleva el paciente en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.
- Calidad de vida relacionada con la salud en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Se utilizará el cuestionario europeo EQ-5D .Posteriormente se obtendrá el valor de la tarifa social (TS).
- Reagudizaciones de dolor osteomuscular en un plazo de 1 a 2 años de los pacientes valorados
Se realizará un análisis descriptivo de la muestra y posteriormente estadístico utilizando el programa SPSS versión 20 para evaluar los objetivos señalados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La recogida de datos se realizará durante 6 meses a 1 año. Se ha iniciado la recogida de datos en marzo de 2018. Se estima que se recogerá una muestra de 50 a 100 pacientes.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0386 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0609 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE LOS PACIENTES A CONSULTAS DE REUMATOLOGIA DEL OBISPO POLANCO PARA LA SOLICITUD DE DENSITOMETRIA

2. RESPONSABLE ..... LIDIA ESTOPIÑAN FORTEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha observado un incremento en el número de pacientes derivados a consulta de Reumatología para solicitud de densitometría, lo cual puede constituir un problema, ya que conlleva un incremento de solicitudes innecesarias lo que supone un aumento del gasto sanitario y por otra parte, si no quedan claras las indicaciones de esta prueba es posible que se obvie su solicitud a pacientes que realmente lo requieren.

Aunque la densitometría es la prueba de referencia para medir la Densidad Mineral Ósea(DMO), el cribado densitométrico de la población general no es coste-efectivo, y la indicación de esta prueba debe basarse en criterios clínicos en los que la utilización de esta tecnología resulte eficiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Solicitar densitometría únicamente a los pacientes que tengan indicación de esta.
Evitar que acuda el paciente a consulta de reumatología únicamente para la solicitud de la prueba, intentando que el paciente acuda ya con el resultado de todas las pruebas necesarias para la evaluación de osteoporosis.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se detallarán las indicaciones de solicitud de densitometría en el protocolo de la UME (unidad músculo-esquelética) que se pone a disposición de los médicos de atención primaria para recordar cuando realizar y que pruebas son necesarias para el estudio de osteoporosis.
Inicialmente se realizará una reunión en los dos centros de salud de Teruel (CS Ensanche y CS Teruel Centro) para explicar y recordar estas indicaciones.

Se valorará en interconsulta virtual si con las indicaciones de solicitud de prueba es necesaria la petición de la misma y se solicitará en nuestro servicio evitándole al paciente que acuda a nuestra consulta únicamente para la solicitud de la prueba.

Se insistirá en que los pacientes en los que esté indicada la solicitud de densitometría deben ser derivados a consulta con una analítica básica con Ca y P en sangre y orina de 24 horas, así como fosfatasa alcalina (formación ósea) y niveles de 25 OH D3.En el estudio inicial también solicitar TSH y proteinograma.

Solicitar estudio radiológico basal de columna dorsolumbar en proyección lateral para descartar fracturas vertebrales previas y/o silentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se cuantificarán durante este año las interconsultas virtuales que incluyendo las indicaciones de solicitud de densitometría con los datos del paciente, hayan resultado realmente útiles para la solicitud de la prueba y en cuales ha sido necesaria una consulta presencial para valorar si era necesaria la solicitud de la prueba o no.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las reuniones en los centros de salud están previstas para el 21 y 26 de Junio de 2017 a las 13:30.Se realizará un power point con la información que se quiere transmitir.
El proyecto comenzará a partir del 1 de Septiembre de 2017, tras haber realizado las charlas informativas en los centros de salud.
La duración del proyecto será de 12 meses a partir del 1 de Septiembre de 2017.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0063 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... AURORA ANDRES SALIENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ GRACIA LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· MILLA VICENTE ROSA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· VICENTE CORTES ROSA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· PEREZ MARTIN MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· CASTELLOTE ESCRICHE ISABEL. TCAE. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· GASCON CONESA MAR. TCAE. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los problemas relacionados con los medicamentos son una de los eventos adversos prevenibles más frecuentes ligadas a la asistencia en los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH). En el Estudio EVADUR, desarrollado por SEMES, se evidenció que el 12% de los pacientes atendidos en Urgencias tuvieron algún incidente de seguridad. En dicho estudio el 37,6% de los incidentes detectados ocurrieron por algún problema en el manejo de la medicación, provocando un evento adverso en el 66% de las ocasiones.
En nuestro Servicio de Urgencias existe desde hace unos años el buzón para facilitar la notificación anónima de los eventos adversos. Las notificaciones por errores de medicación han sido:
- 2014: 15 relacionados con errores de medicación de los 58 notificados (25,86%)
- 2015: 7 relacionadas de con errores de medicación de los 13 notificados (53,84%)
- 2016: 18 relacionadas con errores de medicación de los 29 notificados (62,06 %).
Por todo ello se llevo a cabo un AMFE del cual se considero necesario la elaboración de un protocolo de Uso seguro de medicamentos en urgencias.
En la evaluación inicial llevada a cabo en enero no se cumplian ninguno de los indicadores planteados para la evaluación de este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Disminuir los errores relacionados con el uso de medicamentos.
- Mejorar la formación de los profesionales en el uso y administración de medicamentos (disminuir los riesgos infecciosos, diluciones correctas, uso correctos de las vías de administración, evitar incompatibilidades)
- Incrementar la sensación de seguridad y confianza de los paciente al estar las preparaciones personalizadas.
- Mejora de la gestión económica al vigilar estrechamente las caducidades.
-Facilitar el trabajo de los profesionales al mejorar el orden, la forma de colocación, y la mejora de la iluminación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Llevar a cabo un AMFE de los riesgos relacionados con el uso de medicamentos en Urgencias.
2. Definir el mapa de riesgos.
3. Elaborar un protocolo de uso seguro de medicamentos y una guía de administración correcta de antibióticos.
4. Difundir el protocolo enviándolo por correo electrónico a todos los profesionales. Presentarlo en una sesión.
5. Llevar a cabo medidas de mejoras de iluminación de áreas de administración.
6. Redistribuir medicamentos en cajones en box 3.
7. Etiquetar todos los cajetines de medicamentos.
8. Conseguir impresora para etiquetas
8. Establecer la dinámica de etiquetado de perfusiones y jeringas.
10. Establecer la colocación de etiquetas con fecha de apertura y caducidad en desinfectantes, gotas, jarabes, pomadas..
9. Establecer dinámica de evaluación mensual de los indicadores establecidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Elaboración de protocolo(I. de estructura)

-Nº de eventos incidentes/eventos adversos relacionados con la medicación. Tasa por nº de urgencias. Pendiente estableer estándar.

- Nº de inyectables caducados < 10 en la revisión mensual
- Nº de antibióticos caducados < 7 unidades en la revisión mensual
- Nº comprimidos caducados <10 unidades en la revisión mensual
- Nº de medicamentos de conservación en frío fuera de la nevera <2
- Nº de envases con letrero no visible desde el frente <6
- Antídotos caducados < 2. Cuando la causa no sea de la farmacia central.
- Datos del libro de estupefacientes mal cumplimentados < 4 en una semana.
- Análisis de los errores de medicación notificados e información a los profesionales.

Proyecto: 2018_0063 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Perfusiones debidamente etiquetadas >80% mañana del corte

- Jeringas debidamente etiquetadas > 80% mañana del corte

Al año realizar una encuesta para valorar la utilidad de la guía/protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto 2017: AMFE. Solicitud de impresora. Solicitud de etiquetas. Inicio del protocolo.
2018:Enero finalización del protocolo. Envío a los profesionales. Sesión de presentación.
En enero primera evaluación de la situación actual.
Con peirodicidad mensual evaluación de indicadores e información de los resulltados de la evaluación a los profesionales.
Diciembre evaluación de indicadores mensuales y de indicadores de corte anual y encuesta a los profesionales.
Memoria provisional.
2019: Seguimiento mensual de indicadores. Correcciones necesarias. Indicadores anuales. Memoria definitiva

9. OBSERVACIONES.
Pendiente estableer estándar. -Nº de eventos incidentes/eventos adversos relacionados con la medicación. Tasa por nº de urgencias.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Seguridad clínica todos los pacientes de Urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0469 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICAS EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... CLARA LOPEZ MAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEBAN FUENTES FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· ROS TRISTAN CARMEN MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· VICENTE CORTES ROSA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· HERNANDEZ GARCIA LOURDES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· SANCHIS YAGO BEATRIZ. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· MUÑOZ MENDOZA VANESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según los datos de numerosos países y atendiendo a las definiciones de anemia de la OMS, se estima que la prevalencia global de la anemia es del 33%. Los Servicios de Urgencias son un área donde es frecuente encontrar pacientes anémicos o ferropénicos, de los cuales el 20-30% presenta una anemia moderada-severa. Actualmente según la evidencia científica se prefieren las políticas restrictivas de transfusión de hemoderivados. Los concentrados de hematies son un recurso escaso, además los riesgos infecciosos e inmunes derivados de su administración deben ser tenidos en cuenta, sobre todo en los pacientes que pueden ser tratados con otras alternativas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En estos pacientes, la incorporación del tratamiento con hierro intravenoso conllevaría una recuperación más rápida de los síntomas de anemia lo que supondrá:
- Principalmente una menor utilización de trasfusión de hematies.
- Menor número de visitas a los Servicios de Urgencias y menores estancias en los mismos. Reduce el tiempo de enfermería por su rápida administración en comparación con la transfusión. Además presenta mayor seguridad de administración que los hemoderivados.
- Menores estancias hospitalarias.
- Reducción de los costes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaboración de un protocolo para la administración de hierro parenteral.
2. difusión del mismo a otras Unidades del Hospital para que puedan ser derivados a nuestro Servicio si se precisa.
3. Charla informativa a Atención Primaria sobre esta alternativa terapéutica en casos en los que el hierro oral es mal tolerado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El registro de los casos se hará en PCH, codificando los mismos como anemia ferropénica (código CIE-9 280.9). La revisión de los casos será anual, valorando parámetros como:
indicación correcta >90%
cuantificación del ahorro de sangre. numero de concentrados de hematies/pacientes con anemia en urgencias. Comparación con año previo. Disminución de c. hematies en al menos un 25%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración revisión protocolo (enero-febrero 2018)
Charlas Atención Primaria (marzo 2018)
Difusión resto de Servicios Hospitalarios (abril 2018)
Análisis de resultados (diciembre 2018)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0502 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MARTINEZ OVIEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· MARTINEZ BURGUI JESUS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· COSCOLLAR ESCARTIN IRENE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· RODERO ALVAREZ FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· BURGUES DALMAU INMACULADA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Diferentes estudios internacionales muestran la alta prevalencia de las agresiones que sufren los profesionales de la salud. en los centros hospitalarios se ha encontrado que el 57% de los profesionales sanitarios han recibido alguna agresión en el último año, ya sea verbal (el 50% de los profesionales) o Física (el 25%). En relación a los Servicios Hospitalarios, es el Servicio de Urgencias donde se dan más del 50% de las agresiones.
La violencia es causada a los trabajadores sanitarios por compañeros, pacientes y familiares de estos. Todas las categorías de profesionales sanitarios están expuestos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Elaborar una pauta de actuación que permita en primer lugar detectar y evaluar las situaciones de riesgo. 2 Manejo del agresor con procedimientos psicológicos y Físicos de autodefensa. 3. Mejorar la respuesta del resto del Personal ante una agresión que se está produciendo. 4. Poner a disposición del trabajador agredido los sistemas de notificación interna y la información para denunciar los hechos. 5. establecer un sistema de apoyo a las victimas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaboración de un protocolo que permita identificar las zonas y profesionales de riesgo en Urgencias y permita coordinar la respuesta a dichas agresiones. Difundir la tolerancia cero del Servicio de Urgencias a las agresiones.
2. Reunión con responsables de la Policia Nacional para abordar este tema. Charlas informativas a los profesionales.
3. Taller de autodefensa personal.
4. Taller de abordaje psicológico del agresor y de las situaciones de violencia.
5. Simulación clínica para difundir la aplicación del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Protocolo redactado y colgado en la intranet.
-Numero de agresiones detectadas/ notificaciones realizadas al responsable superior.
-Disminución del Numero de agresiones en relación con el estándar de la literatura en el Servicio de urgencias x año (58% de los profesionales).
-Encuesta de satisfacción del profesional >80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
abril-junio: contacto con los responsables de la Policía Nacional. Búsqueda bibliográfica.
septiembre-octubre: elaboración de un protocolo de la Unidad sobre violencia al profesional Sanitario.
Noviembre: talleres de defensa personal y abordaje psicológico.
diciembre: simulación clínica y difusión del protocolo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. violencia física o verbal.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Violencia de Género

Proyecto: 2018_1451 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON HIPERPLASIA PROSTATICA

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL SANCHEZ ELIPE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
a hiperplasia benigna de próstata, es una patología con una elevada prevalencia. Afecta sobre todo a varones mayores de 50 años de edad generando alteraciones en la calidad de vida. Así pues sería deseable que el médico de familia, más accesible y próximo a la población, jugase un papel más activo en relación con esta patología que tradicionalmente ha sido abordada casi exclusivamente por los urólogos.
De acuerdo con los médicos de Atención Primaria será necesario clarificar los exploraciones diagnósticas recomendadas actualmente para su correcta valoración. Aplicar los tratamientos eficaces al alcance del médico de familia nuestro alcance y las situaciones en las que sea recomendable la derivación al urólogo, van a ser los objetivos de este plan de mejora. Para ello aplicaremos los “Criterios de derivación para HBP para AP 3.0” de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Médicos Generales y de Primaria (SEMG) y de la Asociación Española de Urología (AUG).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar la implicación de los médicos de Atención Primaria en la detección, diagnóstico y tratamiento en los pacientes con hiperplasia benigna de próstata. Con ello mejoraremos la calidad de vida de los pacientes afectados al mejorar la accesibilidad a un correcto diagnóstico y tratamiento. Conseguiremos además reducir el número de consultas por esta patología en la consulta especializada pudiendo dedicar tiempo y recursos a otras patologías.
Aplicando correctamente o adaptando los algorítmos de la publicación a nuestro medio, conseguiremos adelantar el diagnóstico de otras patologías relacionadas con la hiperplasia prostática como el adenocarcinoma de próstata, los tumores urológicos y específicamente los de la vía urinaria.
Otro de los puntos a incidir es el seguimiento de los pacientes ya tratados, por el urólogo o por el médico de atención primaria. Seguimiento que normalmente puede realizarse por el médico de Atención Primaria y que una vez más evitaremos así desplazamientos del paciente y la utilización innecesaria de la consulta especializada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Inclusión en la Intranet del hospital de los algoritmos y el texto completo de la publicación Criterios de derivación para HBP para AP 3.0 adaptados a nuestra zona de salud.
Reuniones periódicas en los centros de Salud. El Servicio de Urología dedicará 2 horas cada 2 semanas a exponer el programa y los criterios de derivación. En 10 meses se habrán realizado 20 sesiones entre Atención Especializada y el Servicio de Urología. Para la realización de las sesiones se usarán los recursos informativos y de exposición que todos los centros disponen.
Una vez visitados los Centros de Salud con mayor población se organizarán reuniones abiertas a todos los profesionales de Atención Primaria en el Colegio de Médicos de Teruel.
Revisión exhaustiva de todas las interconsultas virtuales solicitadas desde Atención Primaria aplicando los criterios y recomendando las pautas a seguir en cada caso.
Establecer un circuito de “alta resolución” en la consulta de Urología para los pacientes que deban ser vistos por el especialista. En esa consulta se realizará ecografía, exploración y la realización de las pruebas diagnósticas necesarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Revisión en hoja estadística tipo Excel de la indicación o no de derivación según los criterios de valoración.
Revisión según criterios de los casos valorados en las consultas.
Objetivos:
Valoración según los criterios de valoración de al menos el 85 % de los pacientes derivados por Síndrome del tracto urinario inferior
Valoración de al menos el 90 % de los pacientes mediante interconsulta virtual obteniendo las pruebas complementarias necesarias, exploración e inicio del tratamiento antes de la primera consulta del especialista.
Indicadores:
% de pacientes valorados en interconsulta virtual antes de la consulta de atención especializada. Objetivo=igual o mayor al 90 %.
Nº de consultas necesarias antes de intervención quirúrgica deberá ser menor a 4 por paciente intervenido.
Nº de consultas de revisión en los pacientes ya intervenidos. Deberá ser menor de 2 al año.
En total, teniendo en cuenta que la patología prostática supone un porcentaje importante del trabajo diario en las consultas, conseguiremos reducir el indice de sucesivas/primeras de 3,9 (indice ya reducido para la especialidad) en 2017 a 3,7 en el próximo año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El plan de mejora empezará el 1 de Septiembre 2018 con la apertura de las agendas anuales de consultas.Finalizará el 30 de Junio de 2019 para su evaluación final. Se realizarán evaluaciones continuas mensuales para ver el progreso de mejora e implementar nuevas acciones si fuese necesario.

Proyecto: 2018_1451 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON HIPERPLASIA PROSTATICA

Todos los miembros del Servicio de Urología participarán en el plan de mejora.En las reuniones con Atención Primaria, revisiones en interconsultas virtuales y consulta especializada.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_1438 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIETENTES CON CANCER COLORRECTAL

2. RESPONSABLE ..... MANUEL GONZALEZ PANZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA. MEDICO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· BECERRA DARRIBA HELENA. MEDICO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· SAENZ BALLOBAR ANA MARIA. MEDICO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· SANCHEZ LUCAS NAIARA. PSICOLOGO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· GARCES TRASOBARES ROSA. PSICOLOGO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· PANZANO GRACIA EMMA. ENFERMERO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dado el incremento en el número de pacientes que tienen que ser sometidos a cirugía por cáncer de colon en los últimos años cobra sentido dedicar recursos a una intervención que tenga por objeto que éstos lleguen en optimas condiciones psicofísicas abordando aspectos como el ejercicio, la nutrición etc. Dada la evidencia científica que ha demostrado el mindfulness de cara a disminuir la ansiedad y mejorar la salud de una forma integral consideramos que resultaría eficaz también realizar este tipo de terapia de forma prequirúrgica para obtener sus beneficios y llegar en mejores condiciones al momento de la intervención así como también de forma postquirúrgica para una óptima recuperación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos del proyecto:
-Detectar a aquellos pacientes que podrían beneficiarse en mayor medida de una reducción de la ansiedad mediante las escala HADS.
-Realizar en los meses previos a la intervención sesiones mensuales de meditación mindfulnes de cara a reducir el estrés y llegar en mejores condiciones a la cirugía.
-Realizar en los meses posteriores a la intervención 8 sesiones de forma mensual de cara a una óptima recuperación.

Población diana: Pacientes con mayor puntuación en ansiedad detectada en la escala HADS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Creación de un espacio en la agenda de los psiquiatras del CSM de Alcañiz un miércoles al mes de 8 a 10h de forma mensual para realizar la intervención de tipo mindfulness.
-Oferta de participar en las sesiones de meditación que se organizan mensualmente en el CSM Alcañiz los miércoles.
-Oferta postcirugía a los pacientes para continuar con 8 sesiones más de cara a la óptima recuperación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación:
-Registro de escala HADS previamente a iniciar las sesiones de meditación y tras las 8 sesiones.
-Valoración del tiempo de recuperación del proceso en comparación a quienes no realizan las sesiones de meditación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tendrá una duración aproximada de un año, con inicio previsto en julio de 2018 y finalización en julio de 2019. Se planificarán sesiones mensuales de 2 horas, impartidas por los diferentes profesionales participantes de la USM Alcañiz.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1556 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL ABORDAJE CLINICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION DESDE ATENCION PRIMARIA, EN COORDINACION CON LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... HELENA BECERRA DARRIBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA. MEDICO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· GONZALEZ PANZANO MANUEL. MEDICO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· SAENZ BALLOBAR ANA MARIA. MEDICO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· GARCES TRASOBARES ROSA. PSICOLOGO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· PANZANO GRACIA EMMA. ENFERMERO/A. USM ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La interconsulta virtual establece una colaboración directa entre profesionales. Sin embargo, en los trastornos depresivos y de ansiedad que son identificados y canalizados desde Atención Primaria a nuestra Unidad de Salud Mental a través de esta herramienta, hemos detectado manejos terapéuticos inadecuados, escasa resolución previa de cuadros clínicos leves, dificultades en la valoración de la gravedad de la sintomatología y elevada heterogeneidad en los criterios de derivación, especialmente si la patología se presenta en el contexto de un proceso adaptativo. Todo ello contribuye a empeorar el pronóstico con aparición de complicaciones y prolongación de la disfuncionalidad.

Pertinencia: radica en la necesidad evidenciada de proporcionar una formación a los facultativos de atención primaria, para el correcto abordaje de los trastornos depresivos y de ansiedad desde su presentación temprana. Ello posibilitará la discriminación precoz de aquellos casos que precisen una intervención especializada, mediante la aplicación de un protocolo consensuado de derivación y tratamiento, optimizando el uso de la Interconsulta Virtual.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Instaurar un protocolo unificado para el manejo clínico desde Atención Primaria de los trastornos depresivos y de ansiedad, que incremente la eficiencia de las interconsultas virtuales con Salud Mental.

Resultados que se espera conseguir:
- Asumir desde Atención Primaria el manejo terapéutico elemental de la sintomatología ansioso-depresiva leve en contextos adaptativos, de pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos ni criterios de gravedad, con el apoyo de psiquiatría como consultor virtual.
- Identificar desde Atención Primaria a pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad susceptibles de recibir asistencia especializada, para su canalización a Salud Mental e inicio precoz de tratamiento.
- Disminuir la prescripción prolongada de psicofármacos ansiolíticos de potencial abuso como primera elección desde Atención Primaria, ofreciendo formación para la correcta elección terapéutica de antidepresivos en estas patologías.
- Reducir el gasto sanitario que supone la asistencia especializada de trastorno mental común no complicado en un dispositivo psiquiátrico ambulatorio.

Población diana: Mujeres y hombres con edad mínima de 18 años, que consulten en Atención Primaria del Sector de Alcañiz, presentando sintomatología ansioso-depresiva.

Dirigido a: Equipos de Atención Primaria del Sector Sanitario de Alcañiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaboración y distribución telemática por el Equipo de la USM de algoritmos de manejo clínico de los trastornos depresivos y de ansiedad destinados a Atención Primaria, que faciliten la toma de decisiones terapéuticas.
2. Diseño y difusión telemática de un protocolo por el Equipo de la USM, con criterios homogéneos de derivación de trastornos depresivos y de ansiedad desde Atención Primaria a Salud Mental, así como la identificación de sintomatología de gravedad.
3. Implantación de una plantilla modelo en la Historia Clínica Electrónica, para la solicitud de interconsultas virtuales a Salud Mental desde Atención Primaria, que recoja la información clínica necesaria para la gestión de los casos, asignación de terapeuta y preferencia de la intervención.
4. Distribución de material formativo virtual a los profesionales de Atención primaria en relación al uso racional de psicofármacos ansiolíticos y manejo de antidepresivos.

Se enviará un vídeo explicativo a los Equipos de Atención Primaria, detallando la correcta aplicación de los algoritmos y protocolos diseñados. Desde la USM se responderán vía email aquellas dudas que puedan surgir del funcionamiento y puesta en marcha del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica del SALUD.

Proyecto: 2018_1556 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL ABORDAJE CLINICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION DESDE ATENCION PRIMARIA, EN COORDINACION CON LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

-Proporción semestral de Derivaciones a Salud Mental desde Atención Primaria que cumplen con los criterios establecidos (mín. 20%, máx. 100%).
-Proporción semestral de Interconsultas virtuales a Salud Mental desde Atención Primaria que han aplicado la plantilla modelo (mín. 20%, máx. 100%).
-Proporción semestral de pacientes asumidos en Atención Primaria con apoyo de Psiquiatría como consultor virtual (mín. 20%, máx. 100%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tendrá una duración aproximada de 12 meses, con inicio en septiembre de 2018 y finalización prevista en septiembre de 2019.

Los responsables de su implantación serán las psiquiatras, psicólogas y enfermera de la USM. Cada actividad se realizará durante todo el periodo temporal que permanezca activo el proyecto, con disponibilidad ilimitada del material distribuido. Se enviarán emails mensuales a los coordinadores de Atención Primaria del sector, recordando la aplicación de los algoritmos y protocolos del proyecto. Cada seis meses se reservarán tres horas dentro del horario laboral, para la evaluación de los resultados por los miembros del Equipo de la USM.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_0342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... ISABEL CASTELLANO JUSTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBESA BENAVENTE IMMACULADA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· AGUILAR JULIAN MARTA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· FACI OLMOS MIRIAM. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ESTERUELAS REYES. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SALES BUJ ARANTXA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La actividad nace de una necesidad manifestada por el Colegio Emilio Diaz de Alcañiz, acerca de que los niños de 6º de primaria tengan nociones sobre primeros auxilios.
Se forma un grupo de trabajo.
Vista la buena acogida, se decide ofrecer la actividad al resto de colegios de la población, que muestran gran interés.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
GENERALES:
Proporcionar a los alumnos de 6º primaria conocimientos básico sobre primeros auxilios
Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios
ESPECIFICOS:
Fomentar el espíritu de ciudadanía y responsabilidad en la infancia.
Familializarlos con las situaciones de los temas tratados para disminuir el temor antes las mismas
Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica
Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia
Saber llevar el ritmo de las compresiones en caso de RCP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de test para determinar conocimientos previos
Sesión teórica de 1hora
Sesión práctica de 1hora (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos)
Al finalizar las 2 horas realizar de nuevo el mismo test para evaluacion del aprovechamiento de la actividad.
Antes de la finalización del curso escolar, esta prevista la reevaluacion, con el mismo test, de los conocimiento fijados.
RECUSOS:
Busqueda bilbliografica
Tomenta de ideas
Elaboracion de diapositivas para la sesión teorica
Petición de permisos para exibición de audiovisuales e imágenes de la presentación
Petición de los maniquies para la realización de la práctica de RCP
Ordenador portatil, altavocez y proyector
Fotocopias de los test
Varias salas de los respectivos colegios para la teoria y prácticas
Division de tareas entre los integrantes del grupo de trabajo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Entrevista con los centros para la valoración de la satisfaccion al finalizar los talleres.
Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad, adquiridos al finalizar la misma y los fijajdos 2 meses después, antes de finalizar el curso escolar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboracion del contenido teorico de la actividad, petición de permisos, puesta en contacto con los colegios, 2 meses
Llevar a cabo la actividad: 5 dias lectivos en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio (2h y media/día) y disponibilidad de los maniquies

9. OBSERVACIONES.
El título de esta actividad, PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ (modifica al anterior proyecto enviado nº 2018_0096 contrato programa)
Se prevé la continuidad anual de esta actividad.

Proyecto: 2018_0342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Dado el interés y necesidad manifestados por los docentes de todos los colegios, se prevé realizar esta misma actividad orientada a los mismos, con caracter bianual.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Primeros auxilios básicos y actuación en urgencias y emergencias (segun resolución 7 nov 2017del director general de innovacion, equidad y participación...
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0391 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA

2. RESPONSABLE ..... SIRA TELMO HUESO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAMARRE MICHELOT. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El inicio de esta actividad surge hace años ante las dudas e inquietudes de los monitores del Grupo Scout 227 de Alcañiz durante el campamento de verano, el cual dura 2 semanas y en el cual acuden niños y adolescentes. La primera vez que se realizó fue por petición de los monitores de una manera espontánea y sin preparar nada. De alli surgió un taller de RCP y un montón de dudas ante la actuación en las diferentes situaciones que nos podriamos encontrar en la montaña y que finalmente se resolvieron. Cada año realizo este taller durante los primeros dias de campamento, les da seguridad y refrescan los conceptos de otros años.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto va dirigido a la rama de compañeros (futuros monitores), a los monitories y a todo el personal de Comité que se encuentra en campamento.

Resultados a obtener: refrescar los conocimientos ya aprendidos, darles seguridad cuando tengan que asistir o pedir ayuda en alta montaña ya que las actuaciones a realizar son muy concretas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizan reuniones con sus talleres correspondientes. Se presenta las actualizaciones si las hay ante RCP básica y aunque siempre se prepara bibliografia, terminamos haciendo un gran taller práctico donde se exponen todo tipo de situaciones urgentes que se pueden dar en alta montaña, junto con el taller de RCP.
Se les dan nociones básicas de primeros auxilios en alta montaña.
Repasamos el botiquín mínimo que lleva cada rama en su botiquín y el uso que se le puede dar a todo su contenido.
Conocen el material del que disponemos durante el campamento en la enfermeria general y del que sólo hacemos uso los médico o el personal autorizado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Dudas resueltas en el taller / total de dudas planteadas
- Nº de jovenes que se benefician del taller/ nº total de jovenes convocados
- Nº total de jovenes satisfechos con el taller/ nº total de jovenes que realizaron el taller
- Nº total de asistencias sanitarias resueltas en el campamento/ nº total de asistencias sanitarias realizadas
- Nº total de asistencias sanitarias que precisaron evacuación del campamento a un centro sanitario/ nº total de asistencias realizadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cada actividad tiene la duración entre 3.30 a 4 horas, por lo que se realiza una por la mañana y otra por la tarde en grupos no mayores de 14-15 personas y siempre el 2º y/o 3º día de campamento. Este año el campamento es en Panticosa del 15 al 29 de Julio, y será realizada por los tres médicos que figuramos en este proyecto.

9. OBSERVACIONES.
ESTE PROYECTO ANULA O MODIFICA A : PROYECTO 2018_0094

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0414 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"DIME LO QUE COMES ... " DIRIGIDO AL ALUMNADO DEL COLEGIO PUBLICO SAN SEBASTIAN DE CASTELSERAS

2. RESPONSABLE ..... ELENA SOLDEVILLA JIMENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
A partir de una encuesta nutricional dirigida al alumnado y sus familias, se detecta exceso en el consumo de productos poco saludables, ademas de excesos y carencias de determinados alimentos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo del proyecto:

Conocer pormenorizadamente los habitos alimenticios del alumnado del colegio.

Hacer incapie en los diferentes nutrientes

Transmitir conocimientos al alumnado de forma ludica

Conocer la nueva piramide de los alimentos

Conocer los productos no saludables

Implicar a las familias en el conocimiento de una alimentacion saludable

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades:

Organizar la semana de la alimentación

realizar actividades lucidas (talleres, canciones...) que hagan conocer los nutrientes y los alimentos que pertenecen a cada grupo

Las actividades serán especificas para cada grupo de edad

Se realizara una actividad con padres y madres el ultimo día de la semana

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Volver a realizar la encuesta,
Observacion de cambio en los almuerzos del recreo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Todo el curso escolar 2017/2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. sin patologias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1133 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGALISTIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN PEDIATRIA EN EL EAP ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GAN GARGALLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPOS BERNAL ALBA. PEDIATRA. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ ARRIAZU SIXTO. PEDIATRA. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ESTERUELAS REYES. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ALBESA BENAVENTE INMACULADA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FACI OLMOS MIRIAM. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CALLAU ESCUER JOSE. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de uso racional del medicamento en pediatría en el EAP de Alcañiz [uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda (FAA) y uso de antibióticos en otitis media aguda (OMA)] no alcanzaron el mínimo exigido en el contrato de gestión.
Analizando los motivos que pueden favorecer el incumplimiento, detectamos que:
- Los diagnósticos que indican los facultativos no siempre son correctos para esta patologías, ya que se utilizan indistintamente para la FAA diagnósticos tipo Faringitis/amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda, infección …
Esto hace que la extracción de datos sea incorrecta y que para poder analizar realmente el uso de antibióticos, debamos analizar todos los diagnósticos/tratamientos que llevan asociados antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Adecuar la prescripción de antibióticos en FAA y OMA en pediatría en el EAP de Alcañiz, de acuerdo a lo indicado en el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre 2018.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Presentación del proyecto al EAP de Alcañiz en reunión de equipo. Primer semestre 2018.
Formación:
Instrucción técnica a los médicos de familia del EAP, con especial incidencia en los médicos de atención continuada indicando que en caso de fiebre de pocas horas de evolución, sin diagnóstico claro, no se inicie tratamiento antibiótico, citando al paciente en la agenda de pediatría de OMI-AP del día siguiente. En caso de precisar antibióticos en la mencionada instrucción se indicarán los antibióticos que son de primera elección según patología y a qué dosis, para evitar, en la medida de lo posible, el uso de cefalosporinas y macrólidos. En el caso de la FAA y de la OMA, esta información está en el cuadro de mandos de farmacia. Junio – julio 2018.
Selección diagnóstico correcto en OMI-AP.
Uso del streptotest en FAA al personal sanitario.
Trimestralmente se informará al equipo sobre el resultado obtenido en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se plantearán junto con la farmacéutica de atención primaria acciones de mejora.
Elaboración de hojas informativas para los padres sobre la importancia del control de la fiebre en el domicilio, explicando los signos de alarma en la fiebre, e informando de que, en ausencia de signos de alarma, lo ideal es acudir al día siguiente a la consulta del pediatra.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a. Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).
b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavuláni

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer semestre 2018
Elaborar hojas informativas
Formación
Trimestralmente se comunicarán al equipo los resultados de ambos indicadores (FAA y OMA)
Enero 2019
Análisis de los resultados obtenidos en ambos indicadores.
Elaboración de la memoria del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños

Proyecto: 2018_1133 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGALISTIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN PEDIATRIA EN EL EAP ALCAÑIZ

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. OTITIS MEDIA AGUDA, FARINGOAMIGDALITIS AGUDA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1137 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARTA AGUILAR JULIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTELLANO JUSTE ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· NAYA PUERTO SHEILA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SALES BUJ ARANTXA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SENDER ALEGRE LAURA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SOLDEVILLA JIMENO ELENA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· SORRIBAS MARTI MIRIAM. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los registros del pie diabético,en la consulta de enfermería del paciente diabético adulto (mayor de 14 años) del CS Alcañiz del año 2017 han presentado un resultado inferior al resto del sector. Dado el peso que tiene el CS Alcañiz en dicho Sector se considera necesario mejorar la exploración y registro de los datos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
GENERAL:
Mejorar la cobertura del indicador de la Revisión de Pie Diabético.
ESPECIFICOS:
Detectar los errores de registro para poder subsanarlos.
Revisar la metodología de la exploración del Pie Diabético.
Concienciar a los pacientes diabéticos de la importancia del cuidado de sus pies, fomentado el cumplimiento de las revisiones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Constitución del grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de los resultados del año anterior y acciones de mejora al equipo de enfermería.
- Sesiones clínicas sobre exploración y registro.
- Necesidad de implicar al equipo de enfermería en optimizar el tiempo de la consulta del paciente diabético.
- Evaluación trimestral del indicador a partir de los datos del cuadro de mandos.
- Análisis del indicador que esté por debajo del estándar y propuesta de mejora.
- Reunión trimestral para la exposición de los resultados obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Objetivo estratégico del indicador: revisión del pie diabético.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo: Reunión del grupo de trabajo para establecer la estrategia de trabajo.
Junio:Análisis de los datos actuales del CS Alcañiz.
Reunión con el personal de enfermería del centro para exponer los datos de partida
Sesión clínica del pie diabético. Exploración y registro (I)
Julio: Reunión con los sustitutos de enfermería del verano para garantizar la continuidad del proyecto.
Octubre: Reunión con el personal de enfermería del centro para comentar la evolución del proyecto.
Evaluación de los resultados parciales.
Noviembre: Sesión clínica del pie diabético. Exploración y registro (II)
Enero 2019: Evaluación del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_1470 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

2. RESPONSABLE ..... ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOMAS GUTIERREZ FERNANDO. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· CHUMILLAS LIDON RAQUEL. MIR. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· BABOUZID SALEH MOULAY HOUCINE. MIR. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON. MIR. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· FACI OLMOS MIRIAM. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
EN UNA ZONA RURAL CON DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA SE PERCIBE UNA NECESIDAD POR PARTE DE LA POBLACIÓN, PARA ADQUIRIR UNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA YA QUE EN DICHAS LOCALIDADES HAY UN DESA CUYA POBLACIÓN NO TIENE INFORMACIÓN DE SU USO.
LOS PRIMEROS MINUTOS ANTE UNA PCR SON VITALES POR LO QUE ES ESENCIAL LA EDUCACIÓN DEL CIUDADANO PARA ACTIVAR LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y DE ESTA FORMA REDUCIR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, LA MUERTE DE UNO DE LOS CIUDADANOS EN CASO DE PCR AL NO SABER COMENZAR CON LA RCP BÁSICA Y EL USO DEL DESA YA QUE HASTA QUE LLEGUEN LOS SERVICIOS SANITARIOS EL TIEMPO DE RCP PRECOZ ES FUNDAMENTAL

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
FORMACIÓN Y ADQUISICIÓN DE HABILIDADES ANTE SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.
CONCIENCIACIÓN A LA POBLACIÓN EN GENERAL DE LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA DETECCIÓN DE LA PCR Y REALIZACIÓN DE LA RCP Y DESFIBRILACIÓN PRECOZ
ADEMÁS SE PRETENDEN AUMENTAR LAS DESTREZAS PARA ACTUAR EN PRIMEROS AUXILIOS COMO QUEMADURAS, GOLPES, PICADURAS, HERIDAS, ATRAGANTAMIENTOS... BASANDONOS EN MÉTODOS MÉDICO-CIENTÍFICOS Y NO EN CREENCIAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SE REALIZARÁN SESIONES TEÓRICAS CON PRESENTACIÓN DE AUDIOVISUALES EN LAS QUE SE EXPLICARÁ LA ACTIVACIÓN DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA, EL USO DEL DESA Y CÓMO REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS.
SE REALIZARÁN TEST PARA COMPROBAR LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS.
SE REALIZARAN PRÁCTICAS CON LOS MUÑECOS, SIMULANDO POSIBLES CASOS, DEBIENDO DE REALIZAR LAS MANIOBRAS PERTINENTES PARA CADA SIMULACIÓN, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP, USO DEL DESA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
SE COMPARARÁN LOS RESULTADOS DE LOS TEST PREVIO A LOS TALLERES CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS REALIZAR LAS DISTINTAS ACTIVIDADES.
SE PASARÁN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A LO LARGO DEL AÑO 2018, SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE LOS HABITANTES DE LAS POBLACIONES.
UNA SESIÓN SE REALIZARÍA EN VERANO COINCIDIENDO CON LA SEMANA CULTURAL, EL AUMENTO DE POBLACIÓN VACACIONAL Y TENER ASÍ CONOCIMIENTOS NO SOLO LOS HABITANTES HABITUALES Y OTRA SESIÓN EN NOVIEMBRE UNA VEZ ACABADA LA CAMPAÑA DE RECOGIDA DE FRUTA YA QUE LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN SE DEDICA A ESTE SECTOR Y NO PODRÍA ACUDIR A DICHOS TALLERES.
SE REALIZARÁ DE FORMA ANUAL YA QUE ASÍ NOS LO HAN TRANSMITIDO LOS PROPIOS CIUDADANOS.

9. OBSERVACIONES.
MODIFICA EL PROYECTO: 2018_0097 PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1059 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... CARMEN HURTADO LOPEZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE PEREZ CARMEN MARIA. MATRONA. CS ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· SERNA GARCIA CARMEN. MATRONA. CS ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· CALAVIA CONTRERAS MERCEDES. MATRONA. CS CASPE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· REPOLLES PERALTA PATRICIA. MATRONA. CS ANDORRA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Recientemente el Cribado del cáncer de cérvix en Aragón ha pasado a formar parte de la cartera de servicios de Atención Primaria de la mano de las matronas. Estas profesionales serán las encargadas de tomar las muestras y comunicar los resultados a las pacientes. Seguirán el control de todos aquellos casos normales y derivarán lo patológico al servicio de Ginecología.
Dado la carga de trabajo que ello va a suponer para dichos profesionales, se hace necesario la creación de un método de comunicación de resultados más eficiente y unificado para todo el sector de Alcañiz.
Hasta el momento, cada matrona lo hacía como creía conveniente sin establecer consenso entre todos los profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es mejorar la eficiencia del programa de cribado de cáncer de cérvix mediante la implantación de una consulta de acto único. Nuestra población diana son las mujeres de entre 25 y 65 años residentes en Alcañiz.
El proyecto será puesto en marcha en los centros de Atención Primaria del Sector de Alcañiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para hacer posible que todo se realice en una sola consulta y evitar duplicidad de citas, siendo más eficientes y efectivos, comunicaremos por correo ordinario los resultados que entren dentro de la normalidad.
La comunicación de los resultados considerados patológicos será realizada siempre a través de una nueva consulta con la matrona, dónde esta informará a la paciente de los pasos a seguir y de la derivación al Servicio de Ginecología.
Imprimiremos el modelo de carta que aparece en la aplicación OMI personalizada con el nombre de la paciente y firmada por cada matrona, donde se informará de forma clara y comprensible del resultado de la citología y del próximo control. Esta carta será enviada a la paciente por correo ordinario junto con su cartilla rosa cumplimentada.
Cada matrona revisará semanalmente en la historia clínica electrónica los resultados pendientes, registrará los resultados en OMI, imprimirá la carta y la enviará a la paciente.
Con esto evitaremos la necesidad de volver a citar a la paciente, liberando citas de presencia física y quedando estas disponibles para otras usuarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nos servirá como indicador el porcentaje de resultados normales comunicados a las pacientes por éste método. Será contabilizado por el listado de resultados enviados por cada matrona.
El estándar de calidad sería que el 95% de los resultados normales de citologías sean comunicados a través de este método.
Otro estándar de calidad sería la satisfacción de nuestra población diana con el sistema. Será analizado a través de una encuesta de satisfacción aleatoria y telefónica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las reuniones de consenso entre dirección de atención primaria y todas las matronas del sector se realizarán durante el mes de mayo de 2018.
Puesta en marcha del proyecto, de mano de las matronas del sector, durante el mes de junio de 2018.
Realización de encuestas telefónicas de satisfacción durante los meses de marzo y abril de 2019.
El proyecto será realizado por todas las matronas del sector de Alcañiz desde mayo del 2018 hasta mayo del 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2018_1059 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cribado Cáncer de cervix
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0019 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE

2. RESPONSABLE ..... SIXTO MARTINEZ ARRIAZU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO ANENTO PILAR. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· PIRVULESCU MARIANA. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Descubrimos el aumento de poblacion infantil inmigrante y sus carencia en la compresión y trasmision de la informacion en las consulta pediatricas y en sus revisiones infantiles.
Detectamos falta de conocimiento del idioma, que atrasa la consulta y el cumplimiento de las indicaciones dadas en la misma

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la trasmision de informacion y su eficacia en consulta de pediatria y revisiones.
utilizar medios escritos o telematicos para la mejoria y reducion de tiempo de consulta.
mejorar la comprensión de las indicaciones.
Actuaremos sobre la poblacion infantil del cs de alcañiz

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Esta previsto elaboracion de hojas informativas para cada revision pediatrica que trasmitan los conocimientos basicos de esa consulta.
Entregaremos dibujos explicativos de los conceptos basicos asi como numeros de telefono o contactos telematicos de especial interes.
Realizaremos reuniones explicativas con profesionales de la zona para la difusion de estas informaciones
Informaremos a profesores de centros educativos para pedirles su colaboración

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizaremos utilizacion de proyecto y metodos en una consulta de pediatria totalmente, en otra no se realizara y en una tercera solo a un grupo inmigrante control.
valoraremos en 6 meses la habilidad en realizacion tecnicas sanitarias en niños, mejoria higiene infantil y cuidados en alimentacion adecuada respecto a consulta donde no fue realizado proyecto o solo parcialmente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
6 meses con inicio en junio y finalizacion en noviembre.
Los responsables sera el pediatra y dos enfermeras de la consulta cs alcañiz

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. trastorno de cuidados por desconocimiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0804 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL BONDIA HERRERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN MARTIN JORGE. ENFERMERO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
ANALIZANDO LOS INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA, SE OBSERVÓ UN MAL CONTROL DE LOS PACIENTES FUMADORES, NO TENÍAN REALIZADA ESPIROMETRÍA POR LO QUE NO SE PODÍA LLEGAR A UN DIAGNOSTICO PRECOZ DE EPOC, Y POR CONSIGUIENTE NO SE BENEFICIABAN DE UN TRATAMIENTO COMPLETO. ES SABIDO QUE ESTA ENFERMEDAD CONLLEVA UNA GRAN CARGA DE MORBIMORTALIDAD Y PUEDE SUPONER UNA LIMITACION IMPORTANTE EN SU ACTIVIDAD DIARIA, FRECUENTES VISITAS MÉDICAS ASI COMO HOSPITALIZACIONES, POR TODO ELLO LA GRAN IMPORTANCIA DE LA DETECCION PRECOZ DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-DIAGNOSTICAR PRECOZMENTE PACIENTES FUMADORES CON EPOC
-CONTROL DE SINTOMAS Y FUNCION PULMONAR DE DICHOS PACIENTES PERIODICAMENTE
- CORRECTA UTILIZACION DE TRATAMIENTOS INHALADOS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-CAPTACION DE POBLACION DIANA: PACIENTES FUMADORES QUE DEPENDAN DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
- CREACION DE AGENDA TABAQUISMO EN PROGRAMA INFORMATICO OMI AP
-CITACION DE PACIENTES EN DICHA AGENDA PARA REVISIÓN DE SU HISTORIA, ANAMNESIS DIRIGIDA A SINTOMAS EPOC Y REALIZACION DE ESPIROMETRIA
-ENTREVISTA MOTIVACIONAL, OFRECER CONSEJOS Y AYUDA PARA DEJAR TABACO EN SESION INDIVIDUAL
-PACIENTES FUMADORES YA ETIQUETADOS DE EPOC REVISAR SU MEDICACION Y CORRECTO MANEJO INHALADORES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-NUMERO FUMADORES CON ESPIROMETRIA/TOTAL FUMADORES
-NUMERO FUMADORES QUE CONSIGUEN DEJAR TABACO/TOTAL FUMADORES CONSULTA MONOGRAFICA
-PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REDUCEN EL NUMERO DE REAGUDIZACINES RESPECTO AL AÑO ANTERIOR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-REALIZACION DE LISTADO PACIENTES RESPONSABLE DEL PROYECTO :INICIO Y FIN MARZO 2018
- CREACION AGENDA EN PROGRAMA INFORMATICO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO: MARZO 2018
- CITACION DE PACIENTES : RESPONSABLE DEL PROYECTO MAYO / JUNIO 2018
- CONSULTA INDIVIDUAL ESPIROMETRIA, ENTREVISTA MOTIVACIONAL, MANEJO DE TRATAMIENTO RESPONSABLE DEL PROYECTO : JULIO 2018 A MAYO 2019
-VALORACION DE INDICADORES EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA: MAYO 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0860 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA GORETI GOMEZ TENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· ADRIAN MONFORTE ESTRELLA. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
· GIL VALERO CARLOS. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dada la importancia de crecer en un entorno de vida saludable, y teniendo en cuenta cómo el estilo de vida es capaz de variar el curso de la enfermedad cada vez se trabaja más en el campo de la prevención primaria. Es fundamental que los niños aprendan cuanto antes nociones sobre alimentación, ejercicio físico, lavado de manos, cepillado dental...para tener unos buenos hábitos que les acompañen durante toda su vida. Durante el curso escolar, los niños de distintas partes de la provincia acuden al CRIET durante 5 días donde conviven con otros niños, lo que nos parece un buen momento para trabajar estos items.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo primordial es conseguir unos hábitos higienico/dieteticos adecuados y mantenerlos en el tiempo, en concreto lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física y pantallas, protección solar para evitar enfermedades posteriores con gran repercusion como puede ser la obesidad, el sindrome metabolico, enfermedad dental, melanoma... La población diana en este caso serán estudiantes de 6º de primaria que acuden al CRIET de Alcorisa durante el curso escolar 2018-2019. Se pretende trabajar en grupo estos temas en el aula a través de la prensa escrita para ayudar a su implantacion cuando vayan a sus domicilios y se convierta en rutinas diarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Participación de los médicos y enfermeros del equipo de atención primaria de Alcorisa en la elaboración mensual de una página de salud en el periódico del CRIET. Cada mes será un miembro el encargado de elaborar y redactar la página junto con los niños, y despues la maquetarán y publicarán.
Se nombra un encargado del equipo docente del CRIET que será quien se ponga en contacto cada mes con la persona del centro que corresponda según un calendario previamente establecido y le comunique el tema a trabajar. Durante ese mes deberá redactar un artículo junto con los niños que intervengan, quienes pueden venir al centro de salud a preguntar e indagar sobre el tema. La última semana del mes se entregará la página terminada en formato Word al responsable del CRIET para continuar con la maquetación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- encuesta de satisfaccion a los participantes (niños, sanitarios, equipo docente)
- cuestionario tipo test de conocimientos a los niños al finalizar la tarea

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-inicio octubre 2018, perioricidad mensual según calendario escolar del CRIET hasta mayo 2019.
- un total de 6 unidades didacticas: lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física, pantallas, protección solar a desarrollar los meses de octubre, noviembre de 2018, febrero, marzo, abril y mayo 2019
- Responsable del CRIET Alcorisa y responsable del proyecto en el Centro de salud. Comunicación entre ambos y con el resto de plantilla a traves de email o en persona. Reunión mensual para acordar el próximo tema y recoger el material elaborado.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0069 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... TRINIDAD HERNANDEZ RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUIU CAMPOS MIGUEL. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· RIOS LAZARO MIGUEL. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ALGAS JULIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ALBESA BENAVENTE INMACULADA. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· TOMAS GUTIERREZ FERNANDO. MEDICO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. DAP ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La escasez de radiólogos en nuestro sector se ha traducido en numerosos problemas para atención primaria: Uno de ellos es la accesibilidad a la ecografía desde atención primaria, que no solo ha disminuido por la lista de espera sino por la priorización de las pruebas solicitadas por atención especializada.
En los últimos años los ecógrafos han evolucionado hacia una tecnología más barata, con mejor definición, con aparatos más pequeños y portables que han dado lugar a la denominada ecografía “point of care”. Estos aparatos se están utilizando por profesionales médicos no radiólogos tanto en atención primaria como en diferentes especialidades. Existe literatura al respecto tanto en el ámbito internacional como nacional que justifica la adopción de esta experiencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incrementar la accesibilidad a la ecografía en atención primaria.
Asegurar la validez del diagnóstico ecográfico en Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Al menos un médico en cada centro de salud, podrá recibir peticiones de sus compañeros y realizar las pruebas que se soliciten.
Se ha dotado a 4 centros de salud (Alcañiz, Caspe, Hijar, Andorra) de ecógrafos point of care. Se van a formar 6 profesionales en los centros de salud de acuerdo al programa elaborado por el Servicio Aragonés de Salud. Durante el año vamos a evaluar los resultados de las ecografías realizadas en dos localizaciones: diagnóstico de patología biliar (litiasis biliar, colecistitis, coledocolitiasis) y tiroides (bocio y nódulos tiroideos palpables). En cualquier caso estas dos localizaciones podrán cambiar en función de las reuniones que mantengamos con los responsables.
Comunicación
Se informará de la puesta en marcha, y de los resultados obtenidos en el estudio en el seno del consejo de salud de los centros de salud respectivos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En los primeros meses se realizará un estudio de concordancia interobservador repitiendo la ecografía por parte de un radiólogo experimentado, y se evaluará globalmente y en cada centro de salud. Se evaluará la concordancia en las primeras 30 ecografías de cada localización por centro de salud. Se valorará la concordancia en la presencia/ausencia de las patologías mencionadas mediante el cálculo del coeficiente kappa. El objetivo es conseguir un coeficiente kappa > 0,5 en cada localización
Se evaluará también la accesibilidad a la ecografía mediante la demora media en el centro de salud.
- Demora media para la realización de ecografías en el centro de salud (Objetivo: <30 días)
- Variación antes-después en el número de ecografías solicitadas al hospital en cada centro donde se realizan ecografías (una vez finalizado el estudio de concordancia).
- Registro de la comunicación de los resultados del estudio de concordancia en el consejo de salud de cada centro.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación: 12 al 15 de Marzo de 2018
Estudio de concordancia hasta conseguir número propuesto.
Evaluación: Enero 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2018_0069 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ALCAÑIZ

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. patología biliar y tiroidea
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0942 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA REPOLLES PERALTA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Muniesa es una poblacion donde la edad media de las mujeres se aproxima a los 60 años, edad en la que son frecuentes los problemas relacionado con el suelo pélvico (incontinencia urinaria de esfuerzo, sequedad vaginal . dispareunia ....) Problemas que hacen disminuir la calidad de vida de las mujeres y que pocas veces son escuchados por el profesional sanitario a pesar ser motivo habitual de consulta en la matrona .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Informar a las mujeres sobre su anatomia
Explicar los cambios relacionados con la menopusia
Enseñar a realizar ejercicios de Suelo Pélvico
Disminuir las consultas realcionadas con este tema
Mejorar la calidad de vida de las mujeres

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Charla informativa : Anantomia de la mujer
Charla informativa : Disfunciones de suelo pélvico
Charla informativa : Cambios fisiológicos de la menopausia
Taller Práctico : ejercicios de fortaleciomento de suelo pelvico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Grado de conocimiento sobre la anantomia de la mujer (test de conocimentos)
Grado de conocimiento sobre los cambios fisiológicos de la Menopausia (test de conocimentos)
Mejoria en su calida de vida (encuesta de satisfacción)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las charlas y el taller tendrán una duracion de 1 hora cada uno y será impartido por Patricia Repolles
Se realizaran durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. menopausia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1129 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL GONZALEZ ESPINOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMERO ARASANZ EMMA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO ABAD LIDIA. MEDICO/A. CS ANDORRA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GASPAR BLASCO ANTONIO. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ANDORRA. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El proyecto surge a petición de las trabajadoras del servicio social de base, que tienen un grupo de mujeres inmigrantes marroquíes y paquistaníes, con las que ya están trabajando habilidades sociales y ven la necesidad de trabajar hábitos de salud.
Las mujeres marroquíes en la zona no son muchas, pero si son frecuentadoras de los servicios de urgencias, y están solas, con sus maridos e hijos, relacionarse solo con su propio colectivo, por eso la oportunidad de trabajar con el colectivo, para además de educar en salud tengamos un mayor acercamiento al colectivo y sepamos más de sus problemas y eliminemos valores y prejuicios que en ocasiones se tienen con este colectivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Principal: que las participantes ganen conocimientos que apliquen a su vida diaria.

Específicos:
- Qué sepan cómo actuar ante una situación de urgencia.
- Qué identifiquen los distintos grupos de alimentos.
- Qué sepan la documentación que precisan para recibir asistencia sanitaria y donde acudir para tramitarla.
- Qué aprendan la importancia de la higiene personal y del hogar en la prevención de enfermedades.
- Qué sepan como preparar dietas adecuadas a sus necesidades.
- Qué sepan el tipo alimentos que se deben dar a sus hijos.
- Qué sepan cómo prevenir accidentes infantiles.
- Qué sepan cómo actuar ante la enfermedad y que medidas deben de tomar para evitar complicaciones.
- Medidas de control de la natalidad y prevención de enfermedades de trasmisión sexual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La idea surge de las trabajadoras sociales de la Comarca. de forma directa se contacta con la coordinadora de enfermería del centro de salud, y ella pregunta a enfermeras y diversos profesionales si les apetece colaborar y cómo, y de hay van surgiendo diferentes sesiones con contenidos interesantes.
Se crea un grupo whasap a través del cual, se va dando toda la información y se va estructurando las sesiones, los horarios y los contenidos.
La vía de comunicación sera, directa hablando entre nosotras, a través de correo electrónico, de teléfono con las trabajadoras de la comarca.
Recursos materiales: folios, fotocopias, powert point, muñeco para RCP, carpetas para documentación (lo pone la comarca).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Valoración del nivel de conocimientos en cada sesión con cuestionario previo y posterior.
- Ganancia de conocimientos en cada sesión.
Valoración de la satisfacción, de las participantes, mediante cuestionario de valoración en cada sesión.
-Número de visitas a urgencias/ numero de visitas a consulta, de estas mujeres (OMI AP)
-Número de visitas a pediatría con cita previa/ total de las visitas a pediatria (OMI-AP)
- Número de visitas a consulta de las mujeres con cita previa/total de las visitas (OMI-AP)
-DGP. Alimentación adecuada en los hijos de estas mujeres/ alimentación inadecuada. (OMI-AP)
- DGP. Higiene adecuada en los hijos de estas mujeres/ higiene inadecuada. (OMI-AP)
- Número de visitas urgentes de sus hijos con motivo de asistencia accidente/caída/total de visitas urgentes (OMI-AP)
- numero de mujeres que acuden a la consulta de la matrona /total de mujeres sobre las que se ha intervenido.
- DGP método anticonceptivo que usa/ numero total de mujeres sobre las que se ha intervenido

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Sesiones de 2 horas de 10 a 12 de la mañana, en el centro ITACA de Andorra que cuenta con guardería para que los niños puedan estar atendidos, mientras las madres están en el curso.
CRONOGRAMA 2018:
- 25 de mayo: PRIMEROS AUXILIOS: Dra. Ferrer, Ana lagar, enfermera
- 29 de mayo: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA: Raquel Gonzalez, enfermera
-1 de junio: HIGIENE PERSONAL Y LIMPIEZA: Ana Garcia, enfermera
-5 de junio: DOCUMENTACIÓN Y USO DEL SISTEMA SANITARIO: Rosa Galve, administrativa y Antonio Gaspar, Trabajador social.

Proyecto: 2018_1129 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

- 8 de junio: ALIMENTACIÓN Y CUIDADO DE HIJOS, Emma Romero, Enfermera de pediatría,
-12 de junio: ACTUACIÓN ANTE LA ENFERMEDAD, Dra. Lidia Navarro, medico de familia, actualmente en funciones de pediatra.
- 15 y 19 de junio, ALIMENTACIÓN Y DIETAS, Susana López, enfermera.
- 22 de junio, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y ATENCIÓN A LA MUJER, Patricia Repolles, matrona

9. OBSERVACIONES.
Realizar la actividad dentro del horario laboral, facilita la implicación de los profesionales.
Los recursos sociales de la localidad también facilita la comunicación y la organización de este tipo de proyectos.
El reto de este proyecto es el grupo al que va dirigido, ya que son mujeres marroquíes y paquistaníes con un nivel de español, en algunos casos escaso, por lo que la aintervención debe ser muy visual y didáctica para que se entienda y se logren los objetivos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. prevención y cambio de habitos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1093 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

2. RESPONSABLE ..... ALBA SIMON MELCHOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALACEITE
· Localidad ..... CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LLORENS PALANCA DOLORES. ENFERMERO/A. DAP ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN MARIN JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad de Alzheimer es una patología de larga evolución e invalidante que impide al individuo la realización de las actividades de la vida diaria.
El cuidador principal es aquella persona que asume la responsabilidad integral de la atención y cuidado del paciente con Alzheimer.
En ocasiones, esta atención sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, dando lugar a la denominada sobrecarga del cuidador. Esta sobrecarga tiene fuertes repercusiones sobre el receptor de los cuidados dando lugar a situaciones de claudicación o abandono del cuidado, institucionalización etc. Estas repercusiones ocasionan un elevado coste en el sector público y privado, hospitales o residencias.
Para reducir el impacto del Alzheimer se considera imprescindible ofrecer una formación completa acerca de esta patología a la población general, especialmente a los cuidadores.
Una mayor implicación de estos puede favorecer su diagnóstico precoz, aumentando su esperanza y calidad de vida.
Sería recomendable realizar técnicas de educación sanitaria a los familiares de enfermos de Alzheimer ya que son una importante red de apoyo.
Los métodos que se han utilizado para identificar problemas, priorizar, evaluar las causas y proponer acciones de mejora han sido Brainstorming y Grupo Nominal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general: Detectar el grado de sobrecarga del cuidador principal en el Centro de Salud de Calaceite e intervenir para disminuirla, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.
Objetivos específicos:
- Medir el grado de sobrecarga subjetiva sentida por el cuidador mediante la escala de valoración de Zarit (< 47 puntos: no sobrecarga, 47-55: sobrecarga leve y > 55: sobrecarga intensa).
- Conocer las vivencias y preocupaciones de los cuidadores principales.
- Diseñar un programa psicoterapéutico según las necesidades de los cuidadores para formales y ayudarles en el cuidado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas acerca de la sobrecarga del cuidador y cuidados de los enfermos de Alzheimer.
- Identificar a los familiares de enfermos de Alzheimer del Centro de Salud de Calaceite para seleccionar los participantes del proyecto.
- Contactar con los participantes por teléfono, explicarles la finalidad del estudio y solicitar su consentimiento informado.
- Realizar una entrevista semiestructurada y aplicar la escala de Zarit.
- Transcribir y codificar los datos obtenidos en la escala y entrevista mediante los programas estadísticos SPSS y MXQDA.
- Diseñar el programa psicoterapéutico.
- Realizar 5 talleres a cuidadores relacionados con: manejo de úlceras por presión, fomento de la salud del cuidador, técnicas de alimentación y eliminación, estrategias para el control de impulsos y manejo de la medicación, recursos sociales comunitarios disponibles.
- Realizar de nuevo la escala de Zarit al finalizar los talleres.
- Analizar los resultados de las escalas de Zarit al inicio y final del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de cuidadores participantes en el programa*100/Nº cuidadores seleccionados. Estándar 100%.
- Nº de cuidadores a los que aplicamos la escala de Zarit tras los talleres*100/Nº de cuidadores a los que aplicamos el Zarit previo a los talleres. Estándar 100%.
- Nº de talleres realizados*100/ Nº de talleres programados. Estándar 100%.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit < 47 previo a los talleres *100/Nº de cuidadores seleccionados. Estándar 100%.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit < 47 después de los talleres *100/Nº de cuidadores que permanecen en el proyecto. Estándar 100%.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 previo a los talleres *100/Nº de cuidadores seleccionados.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 después de los talleres *100/Nº de cuidadores que

Proyecto: 2018_1093 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

permanecen en el proyecto.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 previo a los talleres *100/Nº de cuidadores seleccionados.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 después de los talleres *100/Nº de cuidadores que permanecen en el proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se está desarrollando con continuidad durante 2018 y se realizará su medición a final de año.
- Búsqueda bibliográfica: enero de 2018.
- Identificar y contactar con los familiares de enfermos de Alzheimer: febrero-marzo de 2018.
- Seleccionar del Centro de Salud de Calaceite los cuidadores para el proyecto: abril-mayo de 2018.
- Solicitar la firma del consentimiento informado para participar en el estudio: mayo de 2018.
- Realizar la entrevista y aplicar la escala de Zarit a cada cuidador: mayo-junio de 2018.
- Transcribir los datos mediante los programas SPSS y MXQDA: julio de 2018.
- Diseñar el programa psicoterapéutico: agosto de 2018.
- Realizar los 5 talleres grupales: septiembre-octubre-noviembre de 2018.
- Aplicar de nuevo la escala de Zarit a los cuidadores tras los talleres formativos: noviembre de 2018.
- Analizar los resultados mediante los indicadores y formular propuestas de mejora: noviembre-diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1140 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

2. RESPONSABLE ..... CLARA FERRANDO AZNAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCELIN JEAN ELIE. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· LLORCA CAMARASA MIGUEL. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· BARDAJI RUIZ BEATRIZ. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· COSTA MONTAÑES ROSA MARIA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y no reversible al flujo aéreo, debida principalmente al humo del tabaco. El programa de atención a dicha enfermedad se enmarca en las líneas prioritarias que el Departamento de Sanidad desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades de gran incidencia con elevada carga social y económica sobre la población.
El estudio EPI-SCAN (2009) habla de una prevalencia en España de un 10,2% en la población entre 40 y 80 años.
En nuestro centro, en diciembre del 2017, solo un 2,89% de la población en esa franja de edad estaban diagnosticados de EPOC, según datos del cuadro de mandos del Acuerdo de Gestión.
Asimismo durante el año 2017 se ha iniciado en el CS de Calanda una consulta monográfica de realización de espirometrías tras la adquisición de un espirómetro electrónico que realiza el personal de enfermería.
Con el presente proyecto se va a incrementar el diagnóstico precoz de la EPOC a través de la implementación de una consulta de espirometrías en la que además se realice la valoración individualizada del paciente con dicha enfermedad

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Alcanzar objetivos de prevalencia de EPOC en el Centro de Salud de Calanda mayores que los conseguidos a finales del año 2017.
Poner en conocimiento de todos los profesionales del CS la consulta monográfica de espirometrías, así como la captación y citación de los pacientes, realización de la prueba y registro correcto de resultados en OMI.
Aumentar el porcentaje de pacientes EPOC con registro de sintomatologia respiratoria y/o registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Captación activa de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a través de emisión de listados por profesional en OMI.
Creación de nueva agenda en OMI para la realización exclusiva de espirometrías.
Formación activa a través de sesiones clínicas de los profesionales del CS.
Valoración individualizada del paciente EPOC en dicha consulta monográfica y en consultas médicas y de enfermería del CS, incluyendo registro de sintomatología respiratoria y/o registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas. Así mismo se valorará la correcta pauta vacunal acorde a dicho paciente (Gripe, Neumococo...) y se recordará al paciente la necesidad de vacunarse en la próxima campaña antigripal.
Transmisión de los resultados espirométricos por parte del profesional de enfermería encargado de la realización de las espirometrías al profesional médico para registrar correctamente los datos en OMI a través de las plantillas correspondientes.
Realización de una consulta no presencial para transmitir al paciente el resultado de la prueba.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº de pacientes fumadores entre 40 y 80 años en los que se ha realizado la espirometría.
Fuente: OMI.
Estandar: 70%
2. Prevalencia EPOC: población de entre 40 y 79 años con diagnostíco de EPOC entre la población asignada entre 40 y 79 años.
Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión.
Estandar: 3,8%
3. EPOC- Síntomas respiratorios: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el periodo de evaluación.
Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión
Estandar: 55 %
4. EPOC- Higiene de vías aéreas: Porcentaje de paciente con diagnóstico EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el periodo de evaluación.
Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión
Estandar: 55%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 2018: Reunión con profesionales del CS para inciar la búsqueda activa y poner en conocimiento el proyecto.
Mayo 2018: Realización de sesiones formativas en el CS sobre espirometría y protocolo diagnóstico EPOC.
Desde Mayo 2018 hasta Diciembre 2018: citación escalonada en consulta monográfica de espirometría y obtención de resultados.

Proyecto: 2018_1140 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

Diciembre 2018: Valoración de indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_1159 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BARDAJI RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRANDO AZNAR CLARA. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· CHAMOCHO OLMOS ELVIRA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· MARCELIN JEAN ELIE. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· JUNCOSA OLIVERA DANIEL. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA
· JUNCOSA FANTOVA FERNANDO. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La parada cardiorrespiratoria es la principal causa de muerte tanto a nivel nacional como internacional. La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes al año y la tendencia va en aumento.
En España los paros cardíacos extrahospitalarios son un problema de primera magnitud para la salud pública, estimándose que cada año se producen más de 24.500, lo que equivale a una media de un paro cardíaco cada 20 minutos. El 60% de estos paros cardíacos se producen en presencia de testigos, amigos o familiares. Se conoce que si los testigos iniciaran las maniobras de RCP, las probabilidades de sobrevivir al evento podían incrementarse hasta en 5 veces; de hecho, por cada minuto de retraso en el inicio de las maniobras de RCP, disminuyen entre un 8 y un 10% las posibilidades de supervivencia de las víctimas de parada cardíaca. Y no se trata solo de salvar vidas: una RCP bien efectuada reduce considerablemente las secuelas neurológicas que podría tener una parada cardiorrespiratoria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La lucha para revertir estos datos requiere, necesariamente, trasladar a la población los conocimientos y técnicas básicas en reanimación cardiovascular. Es muy importante que toda la población esté concienciada y conozca la cadena de supervivencia para así poder actuar correctamente, poniendo en marcha de forma precoz los primeros eslabones, que consisten en el reconocimiento de la emergencia, activación de los servicios de emergencias y realización de las técnicas de RCP.
El 100% de la sociedad ha de cumplir la obligatoriedad de escolarización hasta la edad de 16 años, esto convierte a los estudiantes en la población diana ideal para el aprendizaje de las técnicas de resucitación cardiopulmonar por varios motivos:
- Los jóvenes, a diferencia de los adultos, son más asequibles, retienen mejor los conocimientos y habilidades adquiridas, ya que es la etapa de la vida con mayor capacidad de aprendizaje, y estos conocimientos son más duraderos en el tiempo.
- Se motivan con facilidad, lo que significa que los conocimientos y habilidades transmitidas, no solo llega a la población diana, sino también a su entorno: padres, hermanos, amigos, etc.
Desde el IES de Calanda nos demandan la posibilidad de realizar alguna actividad sobre RCP y primeros auxilios para los alumnos más mayores, chicos de 3º y 4º de la ESO. Tras comentarles la idea del proyecto les parece muy interesante y educativo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar sesiones, con 10 alumnos en cada una de ellas, de una duracion aproximada de 50-55 minutos, hasta completar el número de alumnos exitentes en 3º y 4º de la ESO.
- Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencia básicas (atragantamiento y posición lateral de seguridad).
- Taller práctico con maniquí preparado para entrenamiento de las maniobras, por parte de los alumnos, de una forma activa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Al final de los talleres se expondrá algún caso práctico para que sea resuelto por los alumnos y poder evaluar los conocimientos adquiridos.
- Cuestionario satisfacción de la actividad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- La duración del proyecto dependerá de la cantidad de alumnos de 3º y 4º de la ESO del curso escolar de realización, contando que en cada sesión habrá 10 alumnos, para que todos puedan participar en la práctica con maniquí.
- El proyecto se realizará durante el curso escolar, con la idea de que sea un proyecto que se realice todos los años para los chicos de 3º y 4º. Así podemos mantener una continuidad en la formación a los estudiantes sobre conocimientos básicos en RCP.
- Empezaremos en el curso 2018-2019

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_1159 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1388 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA EN EL C.S DE CALANDA Y EL C.S DE MAS DE LAS MATAS

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA COSTA MONTAÑES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SUSO FERNANDEZ MARTA. MEDICO/A. CS CALANDA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· PIQUER GOMEZ ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CALANDA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MAS DE LAS MATAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CHAMOCHO OLMOS ELVIRA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GAUTHIER ALFARO YOLANDA. ENFERMERO/A. CS CALANDA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· VICENTE PEREZ CARMEN MARIA. MATRONA. CS ALCAÑIZ. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma
Según informes recientes existen patologías prevalentes y no transmisibles como la enfermedad isquémica cardiaca, la diabetes mellitus tipo 2 y la fractura de cadera por osteoporosis que generan un gran gasto sanitario. Gasto que podría verse reducido en más de un 50% si desparecieran los factores de riesgo modificables en cada caso.
Creemos que para mejorar o corregir estos factores de riesgo lo mejor es comenzar desde la base educando en salud desde el inicio de la vida y junto con esto hacer acciones dirigidas a los padres, familia y comunidad.
Para ello queremos realizar un proyecto secuencial que comience con la promoción para la salud desde el nacimiento (incluso embarazo) y vaya creciendo con los niños.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Crear un blog del servicio de pediatría y página en redes sociales con información de hábitos saludables, de las actividades que se realicen como punto de apoyo en el contacto con los padres para intentar evitar el problema de la dispersión geográfica.
Concienciar a los pacientes de la importancia de la alimentación, la prevención de accidentes y la higiene entre otras desde el inicio de la vida para fomentar una vida sana
Mejorar los conocimientos de los padres (desde el embarazo) y más adelante de los niños en hábitos saludables.
Promocionar la lactancia materna y una correcta introducción de la alimentación complementaria favoreciendo una alimentación variada y saludable.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades del personal

Reuniones con el equipo para valorar los contenidos mas necesarios en el blog y las redes sociales y creación de los mismos.
Formación del personal de pediatría en Lactancia materna.
Reuniones con la matrona para captación de embarazadas en 3º trimestre y consensuar una formación similar en ambas consultas.
Creación de una guía de introducción de alimentación complementaria.
Captación de pacientes en primera visita del recién nacido a la consulta de pediatría.
Realizar sesiones con el resto de equipo de los centro de salud sobre lactancia materna y promoción de la misma

Actividades con las madres

Difundir el blog y la página en redes sociales entre las madres para que puedan contactar con nuestro servicio y estén al tanto de las actividades desarrolladas.
Educación grupal en talleres con madres para promoción de lactancia materna, prevención de accidentes, cuidados habituales en la infancia y alimentación entre otros.
Asesoramiento en la consulta de manera individual según necesidades.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración de la lactancia materna exclusiva a los 0-2-4-6 meses de edad
Participación en talleres grupales
Encuesta de satisfacción e interés en hábitos saludables al inicio, a los 6 meses y al año.
Guía de alimentación complementaria redactada antes de Enero 2019
Seguimiento del blog y las redes sociales e interacción a través de ellas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación en lactancia materna del personal en junio 2018
Captación de pacientes nacidos a partir de Junio de 2018
Inicio de los talleres de promoción de la lactancia materna y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Julio de 2018

Proyecto: 2018_1388 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA EN EL C.S DE CALANDA Y EL C.S DE MAS DE LAS MATAS

Inicio de los talleres de promoción de alimentación complementaria y nutrición y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Enero de 2019
Reuniones de equipo para redacción de la guía de alimentación complementaria de en segundo semestre de 2018
Sesiones en los centros de salud sobre lactancia materna en segundo semestre 2018.
Reuniones equipo y creación del blog y página en redes sociales en tercer trimestre de 2018

9. OBSERVACIONES.
Es un proyecto a largo plazo. Cada año iremos ampliando la edad de la población diana con nuevos talleres y proyectos manteniendo los realizados hasta el momento.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Niño sano
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0432 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTICOS EN FARIGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL SANJUAN DOMINGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU. FARMACEUTICO/A. DAP ALCAÑIZ. FARMACIA ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de farmacia en pediatría en el EAP de Cantavieja (Uso de antibióticos en FAA en pediatría y uso de antibióticos en OMA en pediatría) no alcanzaron el mínimo exigido en el contrato de gestión. Esta situación se dio también en el conjunto del Sector Alcañiz y en el Sector Teruel (al que estamos adscritos en Pediatría).
Analizando los motivos que pueden favorecer el incumplimiento, detectamos que:
- Resulta complejo obtener los datos de consumo, ya que pertenecen a otro sector. A través de la farmacéutica de AP (FAP) los conseguimos y se pueden analizar, aunque sea manualmente.
- Los diagnósticos que indican los facultativos no siempre son correctos para esta patologías, ya que se utilizan indistintamente para la FAA diagnósticos tipo Faringitis/amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda, hipertrofia, infección … Esto hace que la extracción de datos sea incorrecta y que para poder analizar realmente el uso de antibióticos, debamos analizar todos los diagnósticos/tratamientos que llevan asociados antibióticos y perdamos aquellos diagnósticos diferentes a FAA en los que no se ha prescrito antibiótico.
Por lo que otro de nuestros objetivos es que se seleccione el diagnóstico correcto en OMI.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estar en los rangos indicados por el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre de 2018.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP de Cantavieja en reunión de equipo. Primer trimestre 2018.
2. Formación en OMI-AP (diagnósticos). Primer trimestre 2018.
3. Sesiones clínicas en ambas patologías (FAA y OMA). Primer trimestre 2018.
a. Diagnóstico y tratamiento.
b. Uso del Streptotest en FAA.
c. Datos de prescripción EAP.
4. Trimestralmente, se informará al equipo de los resultados obtenidos en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se planterarán junto con la FAP las acciones de mejora oportunas.
a. Uso de antibióticos en Faringoamigdalitis estreptocócica.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).
b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Presentación del proyecto al EAP de Cantavieja en reunión de equipo. Primer trimestre 2018.
2. Formación en OMI-AP (diagnósticos). Primer trimestre 2018.
3. Sesiones clínicas en ambas patologías (FAA y OMA). Primer trimestre 2018.
a. Diagnóstico y tratamiento.
b. Uso del Streptotest en FAA.
c. Datos de prescripción EAP.
4. Trimestralmente, se informará al equipo de los resultados obtenidos en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se planterarán junto con la FAP las acciones de mejora oportunas.
a. Uso de antibióticos en Faringoamigdalitis estreptocócica.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).
b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer Trimestre 2018
Difusión e información del proyecto al equipo de EAP.
Impartición sesiones clínicas.
Trimestralmente
Análisis de los datos, presentación al equipo y planteamiento/ejecución de acciones de mejora junto a la FAP.

Proyecto: 2018_0432 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTICOS EN FARIGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

Enero 2019
Análisis de los resultados obtenidos en ambos indicadores.
Elaboración de la memoria del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. FAA y OMA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0435 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS

2. RESPONSABLE ..... OSCAR EGEA PER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· JARQUE MATEO AMPARO. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ SILVESTRE MANUELA. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· APARICIO ROS EUSEBIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que tiene su origen en el tabaquismo sigue siendo la primera causa de muerte evitable en España. Su prevalencia aumenta año tras años por dos motivos, el primero el infradiagnóstico, y el segundo porque ahora empiezan a desarrollar la enfermedad personas que empezaron a fumar hace 20 o 30 años, especialmente mujeres. Según diferentes estudios, la prevalencia de EPOC en España se sitúa en torno a un 10% entre la población de 40 y 80 años.
Debido a la importancia que tiene el tabaco en la etiología de EPOC nos proponemos realizar la búsqueda activa de pacientes EPOC entre los fumadores de nuestra zona básica de salud.
La espirometría es la prueba fundamental para este tipo de diagnostico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- La población diana en la que tenemos intención de actuar es la siguiente: fumadores de más de 40 años y menores de 80 años de edad .
- Instaurar medidas para el diagnóstico precoz de EPOC entre la población fumadora de la zona.
- Fomentar la realización del consejo antitabáquico.
- Mejorar el control del paciente EPOC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesión formativa en espirometrías para los profesionales del EAP.
- Designación de responsable de la realización y control de las espirometrías
- Creación de agendas especifícas para realización de espirometrías en el centro de salud y sistema de derivación a consulta médica para el resultado de la misma.
- Listado de pacientes de 40-80 años fumadores por cupos.
- Formación en la realización e interpretación de la espirometría del equipo.
- Sesiones clínicas sobre la correcta interpretación de la espirometría.

Se realizaran reuniones con carácter trimestral para la evaluación de la puesta en marcha del proyecto y seguimiento del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de espirometrías realizadas/población diana (fumadores entre 40 años y 80 años)
Numero de espirometrías patológicas/ Numero de espirometrías realizadas
Numero de nuevos casos EPOC /total espirometrías realizadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Curso de formación para los profesionales del equipo (mayo-junio 2018)
Listado de pacientes que cumplan el criterio (mayo-junio 2018)
Sesiones clínicas (mayo-junio 2018)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0538 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MARCO LOSTAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAULO FUERTES ROSARIO ANA. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· EDO MALLEN JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ SILVESTRE MANUELA. ENFERMERO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· CUCALON LAFUENTE MARCELINO. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· VALLE LOBATON JUAN MANUEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.
En el EAP Cantavieja no es frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos es la dispersión poblacional, por lo que se tiende a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, creemos conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.
La incorporación de la programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.
Con este proyecto se quiere reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También se quiere implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se formarán 2- 3 profesionales del equipo en los contenidos del programa estructurado de educación grupal del Servicio Aragonés de Salud. Para ello, asistirán a un curso completo de educación grupal desarrollado por uno de los centros del sector que ha sido formado para implementar este programa. Se impartirán un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente de una hora y media de duración. Cada una de ellas será impartida por dos miembros del equipo. La actividad se desarrollará en la sala de juntas del CS Cantavieja.
Cada sesión constará de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos proporcionados por el programa del Servicio Aragonés de Salud, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol-playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de forma activa. En las sesiones se favorecerá el dialogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.
La captación de pacientes se realizara a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera, que contendrán información básica como fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. También se utilizará la captación activa de pacientes cuando acudan por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería, ya sean consultas programadas o a demanda.
El grupo será homogéneo: en función del nivel de instrucción. Los grupos estarán compuestos por un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares
A los asistentes a las sesiones, se les realizará un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y otro test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. También, al acabar el curso, se les realizara una encuesta de satisfacción.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Resultados Test previo a cada sesión
Resultados Test posterior a cada sesión
Resultados de la encuesta de satisfacción

Proyecto: 2018_0538 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dependerá del calendario de formación del SALUD para desarrollar el curso de educación grupal donde se difundirá el programa estructurado. En los meses siguientes se realizarán los talleres que se crean necesarios.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0539 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION GARCIA ROBRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· APARICIO ROS EUSEBIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CANTAVIEJA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GRANADA GARCIA PASCUAL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· CUCALON LAFUENTE MARCELINO. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA
· SANJUAN DOMINGO RAQUEL. MEDICO/A. CS CANTAVIEJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente.
Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asisten¬ciales, que se realizan sin que el paciente se desplace has¬ta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enferme¬ra o el administrativo, utilizando como canal de comuni¬cación el teléfono, la correspondencia, el correo electróni¬co o el SMS.
Hay tres tipos de CNP en función del tipo de demanda que resuelven, que son las siguientes:
- Un primer grupo son todas aquellas visitas para entre¬gar resultados de analíticas y pruebas complementa¬rias.
- Un segundo grupo serían las visitas asistenciales de pacientes con patología crónica que habitualmente si¬guen protocolos y programas de salud. Si ofrecemos información y formación al paciente sobre los objetivos de su problema de salud y lo responsabilizamos, algu¬nas de esas visitas de control pueden hacerse por telé¬fono. En el seguimiento de una patología aguda, puede ser útil programar al cabo de unos días un contacto te¬lefónico para valorar la evolución. Después de una visi¬ta a otro especialista, un ingreso o una atención en un servicio de urgencias, en ocasiones, una consulta no presencial será suficiente como primer contacto.
- El tercer grupo serían las visitas administrativas que deben estar dirigidas al personal de administración para que las gestionen y resuelvan con o sin ayuda del per¬sonal sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equi¬po de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profe¬sionales lo distribuyen mejor)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equi¬po de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profe¬sionales lo distribuyen mejor)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría)
10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Difusión e información del proyecto al equipo de EAP: primer trimestre 2018
Creación del circuito de demanda no presencial: primer trimestre 2018
Reuniones trimestrales con el equipo de EAP para analizar los resultados obtenidos hasta ese momento y planteamiento/ejecución de acciones de mejora .
Análisis de los indicadores y elaboración de la memoria: enero 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0539 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2018_0933 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA RELANCIO PASCUAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUIU CAMPOS MIGUEL. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· ISTRATE RAMONA RALUCA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· BELLES PALLARES LUCIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En los centros de educación primaria no existe de forma reglada formación en materia de primeros auxilios para los niños, por ello el profesorado del centro nos solicita formación para los alumnos de 6º de primaria en este tema. Desde el centro de salud consideramos que es primordial que éstos conozcan cómo realizar maniobras básicas de RCP, saber cómo actuar ante un atragantamiento, cómo y a quién avisar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que los niños de 6º primaria conozcan el protocolo de actuación ante un paciente insconciente, sepan como actuar ante un atragantamiento, y adquieran habilidad para realizar las maniobras básicas de RCP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizan sesiones de una hora de duración con el alumnado. Previamente se valoran los conocientos que tienen los niños, se continúa con una breve formación teórica seguida de una parte práctica con maniquíes, para terminar con un conciso resumen de lo explicado y resolución de las dudas que puedan haberles surgido.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Al finalizar la sesión de formación se comparan los conocimientos adquiridos respecto a los que tenían antes de realizarla.
También se hace un coloquio con los profesores para que valoren lo aprendido por los niños.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las sesiones tendrán una hora de duración y se prevee realizarlas de
forma anual en cada colegio

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1400 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

2. RESPONSABLE ..... LUCIA BELLES PALLARES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA MORENO MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· ABADIA BUISAN CAROLINA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· RELANCIO PASCUAL PATRICIA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· ROCA BERENGUER MARGARITA. ENFERMERO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA
· GODINO MOYA MARIA TERESA. MEDICO/A. CS CASPE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
EL DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO ACABA DE COMENZAR EN NUESTRO CENTRO DE SALUD (CASPE) Y NUESTRAS COBERTURAS SON MUY BAJAS TODAVÍA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
INCREMENTAR LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CON CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
CONSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS TENGAN UN PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO ACTUALIZADO Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ESTOS PACIENTES PARA EVITAR INGRESOS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL DE INDICADORES CON REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LOS MISMOS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% DE PACIENTES CON GMA>99 INCLUIDOS EN PROGRAMA
%DE PACIENTES CON PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO EN EL ÚLTIMO CONTACTO
%DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN EL ÚLTIMO MES
%DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
%DE PACIENTES CON CONTACTO EN AP EN LOS CUATRO DÍAS SIGUIENTES DESPUÉS DEL ALTA
%PACIENTES CON MÁS DE TRES INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
%PACIENTES INGRESADOS/MES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
JUNIO:SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
JUNIO-JULIO:PRIMER CORTE DE INDICADORES
SEPTIEMBRE:SEGUNDO CORTE
ENERO:REVISIÓN FINAL

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE CON PLURIPATOLOGÍA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0910 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

2. RESPONSABLE ..... PILAR LAZARO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ALGAS JULIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· RIOS LAZARO MIGUEL. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ BARCELO ANTONIO PABLO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los resultados del estudio UKPDS 34 mostraron una reducción de la mortalidad por cualquier causa (MCC) a los 10 años de riesgo relativo (RR) 0,64 (IC 95% 0,45 a 0,91) y por infarto agudo de miocardio (IAM) de RR 0,61 (IC 95% 0,41 a 0,89). El número necesario para evitar una muerte fue de 14 y la reducción del riesgo absoluto del 0,07. Esto se consiguió con pacientes con sobrepeso en tratamiento con metformina en las fases iniciales de la enfermedad. Recientemente, en la reunión del grupo de diabetes del sector, se expresó desde endocrinología la impresión de que existe cierta tolerancia ante el control glucémico en los pacientes recién diagnosticados y que se tarda en introducir el tratamiento con metformina, en particular en los pacientes obesos. Las guías de práctica clínica recomiendan que en los pacientes recién diagnosticados se intente un control de glicada por debajo de 7, (algunas 6,5), preferiblemente con fármacos con bajo riesgo de hipoglucemia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir que los pacientes diagnosticados de diabetes de < de 3 años de evolución, IMC >25 y tengan glicadas por encima de 7 lleven tratamiento con metformina (excepto intolerancia).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Ciclo de mejora. Se evaluarán en el centro 40-pacientes diagnosticados hace menos de 3 años con IMC>25 y que hayan tenido un glicada mayor de 7 desde su inicio de la enfermedad, no controlada por medios dietéticos. Se evaluará si están en tratamiento con metformina como único criterio. Los pacientes se seleccionarán por muestreo aleatorio simple. Fuente de datos OMI-est y OMI-AP.
En caso de confirmarse la hipótesis, se realizaría sesión clínica mostrando los resultados y se realizaría formación al respecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes diagnosticados de diabetes hace menos de 3 años con IMC >25 y que tengan glicadas por encima de 7 que llevan tratamiento con metformina (ver aclaraciones del criterio en el apartado “6”)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
6 meses
Se compararán los resultados al inicio y a los seis meses de la intervención.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_1063 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CICLO DE MEJORA EN LA DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA PROTEINURIA EN PACIENTES DIABETICOS

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL RIOS LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASAMIAN GUERRERO ASUNCION. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· CALVO ALBAS MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· GASQUE CALAHORRA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO GRACIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad renal crónica en la diabetes puede manifestarse en forma de proteinuria, descenso de la función renal o ambos. La estrategia de diabetes del Servicio Aragonés de Salud, en consonancia con las principales guías de práctica clínica tiene establecido un protocolo de diagnóstico y seguimiento de la proteinuria del paciente con diabetes. Sin embargo, desde el servicio de Nefrología del Hospital se comenta que son numerosos los pacientes en los que no se está ejecutando este procedimiento de forma adecuada, siendo ignorados muchos casos con proteinuria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Detectar y tratar tempranamente la microproteinuria.

Derivar la macroproteinuria al hospital.

Controlar de forma adecuada los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con proteinuria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de ciclo de mejora de la calidad en el centro para comprobar la hipótesis de que no se está ejecutando de forma correcta el protocolo de proteinuria.

Se estudiarán los indicadores que se citan a continuación antes y después de una intervención de mejora consistente en mostrar los resultados alcanzados en una sesión clínica en la que se revisará el procedimiento con énfasis en los puntos mejorables.

Tomaremos una muestra aleatoria de 40 pacientes diabéticos de entre los pacientes con micro/macroalbuminuria extraídos del cuadro de mando de cada profesional. Fuente de datos: cuadro de mando y OMI-AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% Pacientes diabéticos con evaluación anual de albuminuria

% de pacientes diabéticos con micro/macroalbuminuria en los que se ha repetido la determinación

% de pacientes diabéticos con mictoalbuminuria y tratamiento con IECA/ARA II

% de pacientes con macroalbuminuria que han sido derivados al nefrólogo.

% de pacientes con micro/macroalbuminuria en los que:
La media de las últimas 3 presiones arteriales es inferior a 140/90. Si no tiene 3 en el último año se considerará incumplimiento
El último LDL es menor a 100
No fuman (Si no se la he preguntado es incumplimiento)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
JUNIO 2018. Evaluación inicial

JULIO-SEPTIEMBRE: Presentación de resultados al equipo junto con sesión clínica

ENERO 2019. Reevaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2018_1063 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CICLO DE MEJORA EN LA DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA PROTEINURIA EN PACIENTES DIABETICOS

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_1300 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

2. RESPONSABLE ..... CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· VALERO SALAS JESUS. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· BURRIEL AGUDO OSCAR. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MEDINA MORA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las infecciones asociadas al medio sanitario constituyen una causa importante de morbimortalidad, suponiendo un grave problema dentro de la línea estratégica de la Seguridad del Paciente, además de una elevación de los costes socioeconómicos para el sistema sanitario y la sociedad (aumento del gasto farmacéutico y deterioro de los instrumentos y equipos).
La limpieza, desinfección y esterilización del instrumental clínico, junto con la higiene de manos, se incluyen entre las medidas más eficaces en la prevención de las infecciones.
Analizando los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario en nuestro centro, se percibe variabilidad en las formas de actúar, así como a la hora de almacenarlo. No se dispone de una dependencia exclusiva y apropiada para estos procedimientos.
Dada su importancia, se hace preciso reforzar las actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales en relación a la desinfección y la esterilización del material, e impulsar prácticas seguras. Encontramos por tanto oportunidades de mejora que justifican el desarrollo de un plan de mejora de la gestión de la desinfección y esterilización en nuestro centro.
El plan responde a una de las líneas de actuación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Como objetivo general sería mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en nuestro centro a través de la implantación y difusión de buenas prácticas en la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario, para contribuír a la prevención y control de la infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS), los cuidados en el CS y consultorios locales.
Como objetivos específicos serían sistematizar los procedimientos de limpieza, desinfeción y esterilización en el CS, así como mejorar la capacitación de los prfesionales en la gestión, seguridad y calidad de los procedimientos y difundir la cultura de la seguridad del paciente vinculada a la prevención de la infección asociada a los cuidados con instrumental.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesión clínica al equipo de atención primaria explicando el procedimiento de gestión de material quirúrgico estéril. Dicha sesión, la incluiremos dentro del Plan de Formación del Centro de Salud y se pedirá la acreditación de la misma.
- Taller de formación a los profesionales responsables del procedimiento (personal de enfermería). Sesión práctica, acreditada.
- Centralización del proceso de limpieza, desinfección, esterilización y almacenaje del material quirúrgico en dependencia interior del centro de salud (cuarto ya disponible, con su correspondiente fregadero y encimera). Habilitando una mesa para soporte de autoclave además de estantería con cubetas para material esterilizado y cuaderno de registro de controles de esterilización.Trasladando del cuarto de Urgencias y otras dependencias los aparatos y/o materiales implicados en dicho proceso y llevándolo a la citada sala de "esterilización".
- Realización del Proceso de Gestión de Esterilización, su descripción, con los algoritmos necesarios en el desglose del mismo.
- Registro semanal en formato papel de los controles biológicos envíados.
- Evaluación mensual tanto de las condiciones del material empaquetado y almacenado así como del cuaderno de controles biológicos realizados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador dicotómico (Sí/No): "Implantación del proceso de mejora para gestionar y controlar el material esterilizado".
Indicadores de resultado:
- Nº paquetes material estéril sin indicador químico x 100 / Nº total paquetes material estéril.
Fuente de datos: Gradilla de material esterilizado.
- Nº incidencias mensuales en los registros de controles biológicos x 100 / Nº registros.
Fuente de datos: Carpeta de registros de control biológico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Planificación del Proyecto: marzo 2018.
Sesión clínica al EAP: abroñ 2018.

Proyecto: 2018_1300 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Taller práctico a profesionales enfermería: junio 2018.
Solicitud gradillas para almacenaje de paquetes: junio 2018.
Habilitación de cuarto de esterilización y estantería: junio-julio 2018.
Registro semanal de procesos y controles biológicos: julio - diciembre 2018.
Revisión mensual de paquetes esterilizados: julio - diciembre 2018.
Evaluación de resultados: enero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1311 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... JUAN ANTONIO PEÑALVER PARDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· CANTIN LOPEZ ELISENDA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BURRIEL AGUDO OSCAR. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde hace años disponemos en el sector del PO-06_AL(P)E “Procedimiento de organización del material de urgencias”, del PO-04_AL(P)E “Procedimiento operativo de gestión del equipamiento en los equipos de atención primaria” y del PO-02_AL(P)E “Procedimiento operativo de control y gestión de los botiquines de medicamentos en los equipos de atención primaria”, con los que se organiza lo referente a la atención a la urgencia en el centro de salud. Las recomendaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resucitation Council (ERC) en relación con el soporte vital básico recomiendan revisar y actualizar, si procede, el documento que establece las instrucciones y el procedimiento para la gestión, identificación de contenidos y plan de mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias en los centros de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Revisión y propuesta de actualización (si procede) de los procedimientos de organización del material de urgencias y de gestión del equipamiento en los equipos de atención primaria del sector.
Reorganización del área de urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP de Híjar en reunión de equipo. 1Semestre 2018.
2. Revisión de la documentación y de las nuevas recomendaciones, y propuesta de modificación al sector de los documentos en vigor, si procede. 1Semestre 2018.
3. Reorganización del área urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas. 2Semestre 2018.
4. Actividad de formación (junio-octubre 2018).
a) RCP básica, durante el 2º semestre de 2018 (entre junio y octubre), impartida por D. Alejandro Bierge Valero, monitor de soporte vital básico.
b) Organización del área de urgencias, impartida por el responsable y colaboradores del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. El proyecto ha sido presentado al equipo (si/no).
2. La documentación ha sido revisada y se ha comunicado a la dirección del sector la propuesta de modificación, si procede. (si/no)
3. El área de urgencias ha sido reorganizado para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas (si/no)
4. Se ha realizado la formación (si/no).
5. Incidencias registradas durante el desarrollo del proyecto. Medidas correctoras realizadas (si/no).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 Semestre 2018
Difusión e información del proyecto al equipo del EAP.
Revisión de la documentación y de las nuevas recomendaciones, y propuesta de modificación al sector de los documentos en vigor, si procede.

2 Semestre 2018
Reorganización del área de urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas.
Actividades de formación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1311 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1330 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENOR AMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANDRES RUBIO DEL PERAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· BURRIEL AGUDO OSCAR. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VALERO SALAS JESUS. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· MEDINA MORA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CASANOVAS SEVILLANO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Ante la demanda por parte de los profesionales de enfermería y medicina de instrumental quirúrgico adecuado para la realización de diversos procedimientos como intervenciones de cirugía menor ambulatoria, curas, sutura de heridas, etc., se hace necesario abordar la revisión de todo el instrumental quirúrgico existente en el Centro de Salud de Hijar para comprobar su idoneidad para estos acometidos, así como la confección de equipos con este instrumental para facilitar la realización de estos procedimientos.
Los profesionales vienen detectando en los últimos años que el material va disminuyendo en número y que se va deteriorando por un uso excesivo y/o inadecuado. Posiblemente el inventariado del material existente en la actualidad, así como el agruparlo en diferentes equipos para procedimientos específicos, podría reportar un mayor control sobre este y un uso más adecuado del mismo.
Tras la revisión del material existente, se determinará cual se podrá aprovechar para confeccionar los nuevos equipos así como el material nuevo que habría que solicitar.
El material con el que se cuenta en la actualidad es escaso, parte de él se encuentra en mal estado y otra parte es inadecuado para los procedimientos que se realizan en atención primaria: pinzas de disección muy grandes, mucho material con dientes, tijeras inapropiadas y que no cortan, porta-agujas con la zona de agarre de la aguja desgastada, etc.
Este proyecto de mejora serviría para optimizar los recursos con los que contamos así como para hacer una previsión de pedido (nuevo material quirúrgico) más acorde con la actividad que estamos desarrollando en el centro. Esto repercutiría además en la mejor atención de los pacientes, mayor satisfacción de los profesionales de enfermería y medicina que usan este instrumental y un menor gasto económico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar la atención a todos los usuarios del C.S. de Hijar a los que se les realice cualquier práctica donde se use instrumental quirúrgico.
2. Mejorar el control y uso del instrumental quirúrgico del C.S. de Hijar.
3. Responsabilizar a los profesionales de enfermería y medicina en su control y uso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primer lugar hay que realizar un inventariado de todo el material quirúrgico existente. Posteriormente se inspeccionará para determinar su estado así como su idoneidad para las actividades que se realizan en el centro: curas, cirugía menor ambulatoria (C.M.A.) y suturas fundamentalmente. Luego se agruparán los materiales para confeccionar diferentes equipos quirúrgicos: equipo de C.M.A., equipo de curas y equipo de sutura. Y finalmente si faltase algún material (pinza de disección, porta-agujas, tijera curva, pean, etc.) para completar los equipos se solicitaría.

Recursos materiales:
- Una plantilla en word/Excel o similar para anotar el material quirúrgico del centro.
- Un equipo del centro.
- Material nuevo para completar los equipos quirúrgicos siempre y cuando fuese necesario.

Reuniones previstas:
-Reunión previa al comienzo de la actividad de mejora para debatir algún tema de interés, dudas y estrategias de afrontamiento.
- Reunión tras la revisión e inventariado del material.
- Una o dos reuniones para determinar el estado de la confección de los equipos.
- Reunión para finalizar el proyecto previa a la memoria.
- Todas aquellas reuniones que sean necesarias ante imprevistos y para el buen desarrollo del proyecto de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- nº de incidencias por falta de material, material inhadecuado o estropeado en 1 año.
(Las incidencias las realizarán los profesionales sanitarios del centro a través del intranet del sector de alcañiz)
- La realización de un listado con todo el material referenciado y agrupado por equipos (equipo de CMA, de

Proyecto: 2018_1330 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENOR AMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

curas y suturas), tanto del existente en la actualidad como del nuevo si fuese necesario pedirlo)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Inventariado del material quirúrgico. Duración prevista 1 mes desde la aprobación de la mejora. Responsables: José Andrés Rubio del Peral, Daniel Tornos Pérez y Jesús Valero Salas.

- Valorar estado e idoneidad: Duración prevista 1 mes desde la aprobación de la mejora. Responsables: José Andrés Rubio del Peral, Daniel Tornos Pérez y Jesús Valero Salas.

- Confección de los diferentes equipos de instrumental quirúrgico: Duración prevista 1 mes tras la catalogación y revisión del material. Responsables: Raquel Casanovas Sevillano, Cristina Medina Mora, Marisol Artal Enfedaque y Oscar Burriel Agudo.

- Solicitud de nuevo material (si fuese preciso): Duración prevista 1 mes desde la realización de los equipos. Responsables: Marisol artal Enfedaque, Daniel Tornos Pérez y Oscar Burriel Agudo.

- Comunicación del proyecto: plan de comunicación. Tras la realización de los equipos. Responsable: José Andrés Rubio del Peral.

- Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto: Desde la aprobación del proyecto de mejora hasta final de 2018.

9. OBSERVACIONES.
El proyecto de mejora solo se realizará con el material disponible en la sala de urgencias del CS de Hijar.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1395 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO PABLO MARTINEZ BARSELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ ALGAS JULIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· LAZARO GRACIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· RIOS LAZARO MIGUEL. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA
· ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA. MEDICO/A. CS HIJAR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de uso racional del medicamento del cuadro de indicadores de farmacia en medicina de familia en el EAP de Híjar (Selección eficiente de estatinas, Tratamiento hipolipemiante combinado en atención primaria, Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años) no alcanzaron o rondaron el mínimo exigido en el contrato de gestión.
Analizando los motivos que pueden favorecer el incumplimiento, detectamos que aunque los datos están disponibles, no está sistematizado el presentar y trabajar en equipo los resultados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Estar en los rangos indicados por el cuadro de mandos de farmacia para los indicadores comentados en diciembre de 2018.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Presentación del proyecto al EAP de Híjar en reunión de equipo. 2T 2018.
2. Sesiones farmacoterapéuticas sobre dichos indicadores. Junio – Diciembre 2018.
3. Trimestralmente, se informará al equipo de los resultados obtenidos en los indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se planterarán junto con la FAP las acciones de mejora oportunas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Selección eficiente de estatinas (< 16,62 %)
Descripción
• Numerador: CIA distintos [con prescripción activa de rosuvastatina (C10AA07) o pitavastatina (C10AA08)].
• Denominador: CIA distintos [con prescripción activa de simvastatina (C10AA01) o lovastatina (C10AA02) o pravastatina (C10AA03) o fluvastatina (C10AA04) o atorvastatina (C10AA05) o rosuvastatina (C10AA07) o pitavastatina (C10AA08) o simvastatina+ezetimiba (C10BA02) o pravastatina+fenofibrato (C10BA03) o atorvastatina+ezetimiba (C10BA05) o atorvastatina+amlodipino (C10BX03) o atorvastatina+AAS+ramipril (C10BX06)].
2. Tratamiento hipolipemiante combinado en atención primaria (< 8,44%)
Descripción
• Numerador: CIA distintos [con prescripción activa de [estatinas (C10AA*, C10BX*) más (fibratos (C10AB*) o resinas (C10AC*) o triglicéridos omega-3 (C10AX06) o ezetimiba (C10AX09))] o [estatinas en asociación (C10BA*)]] y [sin código CIAP de angina (K74) o IAM (K75) o enfermedad cardíaca arterioesclerótica (K76) o accidente cerebrovascular/ictus (K90)].
• Denominador: CIA distintos [con prescripciones activas de hipolipemiantes (cualquiera de los fármacos del numerador aunque sea en monoterapia)] y [sin código CIAP K74 o K75 o K76 o K90].
3. Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años (< 12,42%).
Descripción
• Numerador: CIA distintos de mayores de 75 años con prescripciones de al menos un medicamento de elevado riesgo anticolinérgico (ver tabla en cuadro mandos farmacia).
• Denominador: CIA distintos de mayores de 75 años con prescripción de cualquier fármaco.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2 Trimestre 2018
Difusión e información del proyecto al equipo de EAP.
Trimestralmente
Análisis de los datos, presentación al equipo y planteamiento/ejecución de acciones de mejora junto a la FAP.
Junio – Diciembre 2018
Sesiones farmacoterapéuticas en el equipo sobre dichos indicadores.
Enero 2019
Análisis de los resultados obtenidos de los indicadores.
Elaboración de la memoria del proyecto.

Proyecto: 2018_1395 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1532 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ..... CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASPAR BLASCO ANTONIO. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS HIJAR. TRABAJO SOCIAL
· CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MEDINA MORA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BURRIEL AGUDO OSCAR. ENFERMERO/A. CS HIJAR. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El desarrollo del Servicio de Atención Comunitaria debe ser un pilar fundamental y estratégico que forme parte de la cartera de servicios de nuestro centro. Desarrollar dicha estrategia implica una serie de acciones organizativas y formativas por parte de los profesionales de Atención Primaria.
Sabemos que en nuestro medio se realizan distintas acciones e iniciativas relacionadas con la salud (bien por iniciativas individuales de profesionales o bien por otros activos en salud), pero no están reflejadas ni contextualizadas en el organigrama de nuestro centro, así como publicitadas en el Consejo de Salud de Zona, siendo éste un órgano de participación esencial.
La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativas que se vienen realizando por parte de los distintos profesionales y que no quedan registrados en ningún tipo de documento y también ayudará a fomentar de forma activa la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación y Salud Comunitaria.
- Creación de un Grupo de Trabajo en el centro de salud y la elaboración posterior de la Agenda Comunitaria.
- Identificar los distintos recurso y Activos en Salud de la zona.
- Establecer líneas de trabajo conjuntas entre el centro de salud y el colegio de Híjar (CEIP Luis Turón) con actividades formativas a sus alumnos, entendiendo la escuela como pieza clave para el aprendizaje de hábitos saludables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesiones formativas presentando la Estrategia Comunitaria a los miembros del Equipo de Salud.
- Reparto de cuestionarios a profesionales responsables de cada localidad sobre"iniciativas o actividades de promoción de la salud que se realicen en su zona".
- Establecer contacto con Ayuntamiento, Consejo de Salud, Trabajador Social, Residencias, Comarca, colegio, instituciones y asociaciones para crear un entrorno de Salud Comunitaria.
- Análisis de los datos obtenidos de las distintas reuniones para dar una respuesta a la demanda real por parte de los miembros del proyecto.
- Diseño físico de la Agenda Comunitaria.
- Puesta en marcha de la Agenda Comunitaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de profesionales del EAP a los que se ha presentado la Estrategia Comunitaria (> 80%).
- Nº de cuestionarios entregados y respondidos (> 50%).
- Nº de reuniones mantenidas con los distintos agentes intersectoriales.
- Indicador dicotómico (Sí/No): "¿Se ha presentado la Estrategia Comunitaria en el Consejo de Salud de Zona?".
- Indicador dicotómico (Sí/No): Puesta en marcha de un proyecto de Educación Comunitaria en el CEIP Luis Turón de Híjar.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Planificiación del proyecto: Junio 2018.
- Sesión informativa al EAP: Junio 2018.
- Reunión con Equipo Directivo del CEIP Luis Turón de Híjar: Junio 2018.
- Establecimiento de contactos comunitarios intersectoriales, incluyendo Consejo de Salud de zona: Julio a Octubre 2018.
- Análisis de los datos obtenidos en los distintos encuentros: Noviembre 2018.
- Diseño de la agenda y actividades a desarrollar: Diciembre 2018.
- Puesta en marcha de la Agenda: Enero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_1532 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1173 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAELLA
· Localidad ..... MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENEZ ANDRES FABIOLA. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PARDOS CAMACHO ANDRES. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· JARABA BECERRIL CARLOS. MEDICO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· MIGUEL MENDEZ MANUELA. MEDICO/A. CS MAELLA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La zona básica de Salud de Maella comprende tres poblaciones, Maella, Fabara y Nonaspe. Da servicio a unos 4100 habitantes aproximadamente. En Maella se encuentra ubicado el centro de Salud, y es donde se realiza la atención continuada. En las otras poblaciones se realiza consulta sanitaria de lunes a viernes en horario de mañanas. Nonaspe se encuentra a 20 km del Centro de Salud de Maella y Fabara a 10 Km. Asimismo la UVI y Hospital más cercano están a unos 70 km de la población más lejana de nuestra zona básica.
Entre los 10 principios del "European Resuscitation Council" (ERC) - incrementar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) con la campaña "Kids Save Lives" (“Los niños salvan vidas”), tenemos:

1. Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños pueden hacerlo.
2. Hasta dos horas de formación en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) al año para niños en edad escolar son suficientes.
3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Por todo esto creemos que cada vez es más necesaria la formación en primeros auxilios y en RCP en nuestra zona de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto va destinado a los alumnos (9 -11 años) de los Centros Escolares de la Zona Básica de Salud de Maella.

OBJETIVOS GENERALES:

• Proporcionar a los alumnos de los centros escolares conocimientos básicos sobre primeros auxilios, conocimiento de la cadena de supervivencia y maniobra de Heimlich.
• Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

• Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia.
• Mantener la calma en un momento crítico, llevar a cabo de manera correcta una reanimación cardiopulmonar (RCP) y resolver una situación de riesgo gracias a la maniobra de Heimlich.
• Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica.
• Los niños también aprenderán responsabilidad social relevante y habilidades sociales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Realización de test para determinar conocimientos previos.
• Sesión teórica sobre RCP.
• Sesión teórica sobre Atragantamiento - Maniobra de Heimlich.
• Sesión práctica de 1.30 horas (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos).
• Al finalizar realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
• Encuesta de satisfacción a los alumnos y profesores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad y adquiridos al finalizar la misma.
• Encuesta de satisfacción de alumnos y profesores

Proyecto: 2018_1173 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Junio - Septiembre 2018: Elaboración del contenido teórico de la actividad.
• Septiembre 2018: Puesta en contacto con los colegios.
• Octubre-Noviembre 2018: Llevar a cabo la actividad: 3 días lectivos (1 día en cada centro escolar de cada población) en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio y disponibilidad de los maniquíes.
• Diciembre 2018 elaboración memoria del proyecto.

9. OBSERVACIONES.
Según resultados se prevé la continuidad anual de esta actividad y ampliación a otros grupos de edad.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1538 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAELLAANALISIS DE SITUACION. PERTINENCIA DEL PROYECTO

2. RESPONSABLE ..... FABIOLA GIMENEZ ANDRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAELLA
· Localidad ..... MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CEBRIAN FRANCO MILAGROS. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· PARDOS CAMACHO ANDRES. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· BARBERENA ARANO LOURDES. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· VIDAL BOTA MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· MADRONA ELENA ISABEL. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA
· BUÑUEL PELLICER MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS MAELLA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El despliegue del programa del paciente crónico complejo acaba de comenzar en nuestro centro de salud, y nuestras coberturas son muy bajas todavía

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incrementar la inclusión de pacientes con criterios de selección en el programa del paciente crónico complejo
Conseguir que todos los pacientes incluidos tengan un plan de intervención escrito actualizado.
Garantizar la continuidad asistencial en estos pacientes.
Evitar ingresos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesión clínica sobre el programa del paciente crónico complejo
- Evaluación cuatrimestral de indicadores con realización de acciones de mejora derivadas del análisis de los mismos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes con GMA>99 incluidos en programa
% de pacientes con plan de intervención escrito en el último contacto
% de pacientes que no han recibido asistencia en el último mes
% de pacientes que no han recibido asistencia en los últimos 3 meses
% de pacientes con contacto en AP en los cuatro días siguientes después del alta
% pacientes con más de 3 ingresos en los últimos 6 meses

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Julio: sesión clínica programa paciente crónico complejo
Julio: Primer corte de indicadores
Septiembre: segundo corte
Enero: revisión final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1390 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... TERESA ESPADA QUEROL
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ GORRIZ TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MAS DE LAS MATAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BORRAZ MIR MARIA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
-Facturacion: tráfico, accidentes laborales, agresiones y mutualistas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Realizacion de forma correcta los impresos de cargos a terceros
- Conocimiento de la documentacion a solicitar por parte del personal sanitario
- Tramitacion de ellos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Formacion al equipo de atencion primaria del Centro de Salud de Mas de las Matas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Control de pacientes a los que se les realiza el Cargo a terceros con respecto al resto de pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primer semestre del 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0703 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA RICO GASCON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLALBA MIR ANA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GRACIA CARRASCO ELIAS. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BORRAZ MIR MARIA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· TELMO MARTINEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· PITARCH CAÑADA PEDRO. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· BARDAJI RUIZ BEATRIZ. MEDICO/A. CS CALANDA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El lugar idóneo para iniciar con los conocimientos de primeros auxilios de manera temprana es la escuela. Los alumnos de infantil y primaria, son un grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
En nuestro caso implementaremos la la formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa infantil e ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para impartir los cursos en las escuelas de la zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del 112.
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos
- Adaptar el contenido de las charlas a las edades.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En nuestra zona básica de salud, hay 2 colegios, El colegio de Mas de las Matas, y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Olea, que su sede se encuentra en Castellote, y ofrece la escolarización además en Aguaviva, Bordón, Cuevas de Cañart, La Ginebrosa y Foz calanda. Este último municipio pertenece al centro de salud de Calanda, pero dado que es de este CRA, impartiremos de la misma forma la clase, para que no haya desigualdad entre alumnos del mismo CRA.

En primer lugar se designaran los responsables del proyecto.Estos se pondrán en contacto con los directores de los colegios para conocer nuestro proyecto, y saber si estan dispuestos a participar. Así mismo se acordaran las fechas en que se impartiran los talleres.(septiembre-diciembre)

Preparamos el temario adaptado a la edad de los escolares, y acordamos que el taller de los de infantil tendrá una duración de 30 minutos, y el resto 1 h aproximadamente.

Utilizaremos medios audiovisuales vistosos para captar la atención de los pequeños, y llevaremos maniquíes para poder para practicar, y a su vez les indicaremos que se traigan un peluche de su casa para poder practicar de manera grupal.
Los elementos fundamentales que deben constituir la formación son el reconocimiento de parada cardiaca, seguridad de la escena, obtención de ayuda llamando al 112, la administración de compresiones de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante un emergencia.

Contenido según grupo de edad:
Grupo de 1-3 años

emergencia
112
¿para que sirve el 112?
¿que me preguntaran?, ¿que tengo que decir?
¿desde que telefono puedo llamar?
¿que es una RCP?
Practica de RCP solo con las manos

Grupo de (7-10 años)
Además de lo anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, sincope y convuliones.

Grupo (11-12 años)

Lo mismo que en los anteriores con la diferencia que la rcp se les enseñara completa.

Proyecto: 2018_0703 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Se realizara en cada grupo un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
niños participantes/total de niños entre ambos colegios
niños por escuela/ total de niños de cada escuela
profesores asistentes

pre-test y post-test adecuado a la edad e los niños y valorar conocimientos adquiridos.
Resultados de la encuesta de satisfacción de niños. Seran 10 preg con 4 respuestas a elegir entre nada, poco bastante y mucho

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En el mes de junio se deciden responsables.
Julio y agosto se prepara el taller.
Octubre noviembre y diciembre se desarrollan los talleres.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1236 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER PEREZ TORRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TELMO MARTINEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· RICO GASCON SILVIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GRACIA CARRASCO ELIAS. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MIR SORRIBAS LOURDES. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN BARRIO JOSE ANGEL. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· FERRER DA PENA MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MAS DE LAS MATAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica e irreversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
La prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona básica de salud es baja, en torno al 2,5% de la población. Muy por debajo de datos medios de prevalencia a nivel nacional, que en el estudio EPI-SCAN 2006/2007 en España según criterios diagnósticos GOLD es del 10,2%, de la población de 40 a 80 años. Así como muy por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud.
Mejora de los recursos para la realización de espirometrías tanto en el centro de salud de Mas de las Matas como en los consultorios locales de Aguaviva y Castellote.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar los datos de prevalencia de pacientes EPOC en nuestro ámbito asistencial mediante la realización de espirometría forzada con prueba post broncodilatadora a pacientes fumadores.
Población diana: pacientes fumadores, ambos sexos, de 40 a 79 años

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Información a los miembros del EAP sobre el proyecto en una reunion.
Designar a la persona encargada de realizar espirometría.
Taller práctico de realización prueba y el aprendizaje del programa Custo,
Crear consulta específica de Espirometría y su agenda correspondiente.
Mostrar a los compañeros el documento sobre la metodología e información a los pacientes de la preparación previa a la realización de la prueba, donde se anotará día, hora y lugar del acto, así como un teléfono al que podrán llamar en caso de no poder acudir.
Captación de pacientes de ese grupo en las diferentes consultas de AP y en A.C.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Aumentar prevalencia de pacientes con diagnostico EPOC de la población de referencia respecto al punto de partida.

Número de espirometrías positivas al criterio EPOC / nº total de espirometrías realizadas.

Fuente de datos para medición de indicadores: Historias de OMI, listados elaborados, registro de la consulta monográfica de espiros.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Organización y formación de los profesionales en mayo – junio 2018.
Desarrollo del proyecto a partir de junio hasta abril del 2019
En Octubre de 2018 primera valoración de resultados conseguidos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_1296 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR BORRAZ MIR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RICO GASCON SILVIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CASTAN BARRIO JOSE ANGEL. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· BERLANGA RUBIO JUAN JOSE. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VILLALBA MIR ANA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GRACIA CARRASCO ELIAS. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PASTOR CABALLERO PAULA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE DOCENCIA Y FORMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Un accidente cerebro vascular es un episodio agudo de disfunción focal del cerebro, la retina o la médula espinal que dura más de 24 horas, o de cualquier duración si la imagen (TC o RM) o la autopsia muestran un infarto o hemorragia en el foco correspondiente a los síntomas aparecidos. La definición incluye la hemorragia subaracnoidea. La definición de AIT dice que se trata de una disfunción focal de menos de 24 horas de duración y sin evidencia de formación de imágenes de infarto.
A pesar de que las tasas de incidencia son estables y las tasas de mortalidad han disminuido durante las últimas 2 décadas, el número de episodios de ACV, la prevalencia de supervivientes de ACV, los años de vida ajustados por la discapacidad (AVAD) secundaria a un ACV y las muertes relacionadas con el ACV están aumentando. El ACV es la segunda causa principal de muerte después de las cardiopatías isquémicas, y es la tercera causa de AVAD perdidos en todo el mundo.
Existen en nuestra zona básica de Salud, determinados factores (dispersión, localización geográfica, envejecimiento de la población...), que predisponen a que posibles ACVs no se detecten con la celeridad que precisan.
Si se pone en conocimiento los signos y síntomas, predominantes para la detección o descarte de un ACV a la población, y su rápida actuación ante la misma, aumentaría la probabilidad de mejora en el tratamiento y reducción de secuelas postACV, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Concienciar y explicar a la población adulta los signos y síntomas de un ICTUS, para una rápida detección.
Implicar a los profesionales sanitarios del Centro de Salud para la imparticion de sesiones informativas y participativas a la Comunidad.
Mejorar la actitud de la población en general ante una situación de emergencia por ICTUS.
Hacer participes a los activos en salud de nuestra Zona para la difusión de conocimientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Designación de un responsable del Programa de información y de sesiones.
Realización de una sesión explicativa del Proyecto a los sanitarios del Centro de Salud, donde se llevara a cabo el reparto de tareas.
Concretar locales en cada municipio, asociaciones, colectivos.... y formas de difusión de la información que se quiere transmitir.
Elaboración del material a difundir y evaluación del mismo. (power point, posters),
Realización de un test de valoración previa (10 items) y el mismo, tras la formación para valorar objetivamente la metodología aplicada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numero de participantes / Total población adulta de la Zona Básica de Salud
Numero de participantes de cada titular/ Total población perteneciente a dicho titular
Evaluación y valoración del test. Nº aciertos preformacion/ Nº aciertos postformacion

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante los meses de junio, julio y Agosto se realizaran dentro del mismo centro de salud las sesiones informativas del Proyecto, preparación de los materiales.
En Octubre y coincidiendo con el comienzo de actividades invernales, toma de contacto con las distintas asociaciones, residencias de ancianos.....para la concreción de fechas para impartir los talleres.
Desde Noviembre de 2018 y hasta Marzo de 2019, se desarrollaran los talleres en las distintas localidades en las que se nos haya facilitado la imparticion de las mismas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2018_1296 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NEUROLOGIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1421 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL CASTAN BARRIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BORRAZ MIR MARIA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· TELMO MARTINEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· VILLALBA MIR ANA PILAR. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· BERLANGA RUBIO JUAN JOSE. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· FERRER DA PENA MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
· MIR SORRIBAS LOURDES. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
NO SE HAN ALCANZADO OBJETIVOS PROPUESTOS EN 2017. NO SE HA DESARROLLADO LA DINÁMICA ADECUADA, DIFICULTAD DE AJUSTAR UN PLANTEAMIENTO TEÓRICO IDEAL CON LA PRÁCTICA DIARIA, DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN PCC Y CUIDADORES-SANITARIOS. PUNTO FUNDAMENTAL: INTRODUCIR LA DINÁMICA DEL CONTROL PREVENTIVO ANTES QUE LA DINÁMICA DE ATENDER AL PACIENTE DESCOMPENSADO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
INCREMENTAR LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CON CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
CONSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS TENGAN UN PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO ACTUALIZADO.
GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ESTOS PACIENTES.
EVITAR INGRESOS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL DE INDICADORES CON REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LAS MISMAS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% DE PACIENTES CON GMA>99 INCLUIDOS EN PROGRAMA..
% DE PACIENTES CON PLAN DE ACTUACIÓN ESCRITO EN EL ÚLTIMO CONTACTO.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBDO ASISTENCIA EN EL ÚLTIMO MES.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBDO ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES.
% DE PACIENTES CON CONTACTO EN AP EN LOS CUATRO DÍAS SIGUIENTES AL ALTA.
% DE PACIENTES CON MÁS DE TRES INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.
% DE PACIENTES INGRESADOS/MES.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
JUNIO: SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
JUNIO-JULIO: PRIMER CORTE DE INDICADORES.
SEPTIEMBRE: SEGUNDO CORTE.
ENERO: REVISIÓN FINAL.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0937 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO SALESA ALBALATE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARA GALLARDO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MALLEN EDO MARTA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MUNIESA NAVARRO MARIA INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente trabajo en Muniesa, centro que tiene muchos nucleos alejados del centro de salud.
Considero primordial que la poblacion de los nucleos rurales tengan conocimientos básicos de RCP por su distancia al centro medico, ya que en caso de urgencia la asistencia se puede demorar en algunos casos casi media hora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos:
-Intentar que en cada nucleo rural alejado parte de la población tenga conocimientos basicos de RCP y manejo de desfibrilador
-Inventariar desfibriladores que existan en la zona y comprobar su estado
-Conciencia a ayuntamientos y comarcas de la necesidad de tener Desfibriladores en zonas alejadas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones:
Inventariado de desfibriladores
Contacto con ayuntamientos y comarcas si es necesario, de manera individual o a traves del consejo de salud
Talleres de RCP básica y con manejo de desfibrilador
Estas actividades se realizaran por todos los integrantes del proyecto. Actualmente cuento con un muñeco de RCP (personal) con el cual se pueden realizar talleres para pocas personas. En casa de tener grupos mas grandes seria necesario contar con mas recursos materiales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores
-Intentar formar a 8-10 personas por cada 100 en nucleos rurales alejados.
-Encuestas de satisfaccion de usuarios

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primeros dos meses: comunicacion con ayuntamientos e inventariado de desfibriladores
Resto del año: Planear conjuntamente con los ayuntamientos los talleres en cada municipio

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Parada cardio respiratoria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1155 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

2. RESPONSABLE ..... MARTA MALLEN EDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALESA ALBALATE ALBERTO. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· MUNIESA NAVARRO INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· VILLANUEVA CABRERA ALEX. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· BARA GALLARDO MARIA JESUS. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha demostrado que una inactividad física multiplica los factores de riesgo de provocar daños a nuestro sistema cardiovascular así como acentuar otros factores de riesgo como la obesidad,la hipertensión, la diabetes.
El ejercicio físico es un hábito de vida saludable, una manera que junto con una alimentación sana, podemos disminuir y prevenir el riesgo cardiovascular.Nuestro proyecto de realizar paseos saludables se concibe a raíz de la detección en la población adulta,de un porcentaje alto de sedentarismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
GENERALES:
-Fomentar la practica del ejercicio físico y crear un hábito de realizar actividad física de forma regular y continuada.
-Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
-Promover un estilo de vida saludable.
-Favorecer las relaciones interpersonales.

ESPECÍFICOS:
-La actividad en principio ira dirigida a toda la población adulta de Muniesa, tanto hombres como mujeres.
-Aumentar el numero de personas que hacen ejercicio de manera habitual.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Comunicación a los miembros del equipo.
-Información sobre el proyecto en el Consejo de Salud.
-Charla informativa con las Amas de casa de la poblacion de Muniesa.
-La actividad tambien se publicará en nuestra pagina de Facebook del centro de salud, carteles informativos distribuidos por los puntos importantes del pueblo y difusión a través del Ayuntamiento con bandos.
-En las consultas y en Atención Continuada se irá captando pacientes.
-Inicio de los paseos.El primer día se dará unabreve explicación sobre los beneficios del ejercico,asi como debemos ir preparados para la actividad(ropa comoda,botellin agua, zapatillas deportivas,proteccion solar..).
Se realizará todos los lunes,partiendo desde el Centro de Salud a las 8:30 con una duración de unos 45 minutos, acompañados por un enfermero/a. Antes se realizarán unos ejercicios de calentamiento y estiramientos.
-Taller: "Los Beneficios del deporte".
-Taller: "Alimentación saludable y dieta"

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Toma de TA y peso, calculando su IMC.Inicio y final del proyecto.
-Nº de personas que estan realizando la actividad al inicio y nº de personas que la siguen realizando durante el año.
-Encuesta de satisfacción a finalizar la actividad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Enero de 2018, y sin fecha de fin de programa

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevencion y Promoción de la Salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1256 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA NONAY LACRUZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FESSENDEZ GOMEZ JESSICA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· DE MINGO USON MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
· VILLANUEVA VACA ALEX. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MUNIESA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANCHEZ GIMENO JAVIER. MEDICO/A. CS MUNIESA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En nuestro centro de salud, pese a tener en el contrato de gestión una buena puntuación en el item de intervención sobre los fumadores, no conseguimos el abandono del hábito tabáquico en los mismos. Las posibles causas que hemos encontrado son la falta de conocimientos y de interés del personal sanitario, falta de motivación de los pacientes fumadores y falta de un responsable capaz de poner en marcha un programa de deshabituación tabáquica.
Las consecuencias son muy importantes para la población afectada, ya que tienen un riesgo mas elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares, EPOC, neoplasias...

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Pretendemos aumentar la tasa de abandono de tabaquismo para disminuir la prevalencia de EPOC, el riesgo cardiovascular, la incidencia de procesos neoplásicos relacionados con el tabaco y disminuir el porcentaje de fumadores pasivos relacionados con el mismo. La actividad va dirigida a todos los pacientes fumadores de nuestra Zona Básica de Salud excepto los pacientes con cardiopatía isquémica, con patología psiquiátrica, incluida depresión, los fumadores de distintas sustancias al tabaco, que serán susceptibles de tratamiento en la unidad de tabaquismo del Hospital de Alcañiz

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Implementar una consulta de deshabituación de hábito tabáquico en nuestro centro, para ello nos vamos a implicar todo el personal que formamos parte del equipo para la captación de los fumadores y posteriormente, evaluación, tratamiento y seguimiento por parte de las personas encargadas de la consulta, que serán un médico y un enfermero/a . Vamos a hacer cursos de formación sobre este tema y reuniones trimestrales para exponer las carencias del programa y valorar cambios y logros obtenidos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR: % de personas que han dejado de fumar
FÓRMULA: En el numerador Nº personas fumadoras que han dejado de fumar x100
Denominador: Nº fumadores existentes en el momento de poner en marcha el proyecto e incluidos en el programa
Frecuencia de medición: Anual
Estándar 5%
Fuente: Listado de pacientes incluidos en el programa de atención al fumador de OMI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Creación del grupo de trabajo: JUNIO 2018
• Recogida de información de los listados existentes: Junio 2018
• Redacción de las instrucciones técnicas y disponibilidad del documento: Septiembre-Octubre 2018
• Difusión y puesta en marcha: Octubre-Noviembre 2018
. Duración: anual, renovable

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EPOC, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, PROCESOS NEOPLÁSICOS RELACIONADOS CON EL TABACO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0916 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES: CUMPLIMENTACION DE CARGOS A TERCEROS

2. RESPONSABLE ..... SANDRA FIGUEROLA FALCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALLUE DE BARO MARTA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· ZAPATER MONSERRAT MATILDE. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· MOJONERO ANTEQUERA JUANA A. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· VELILLA LOMBA ANA. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· GRANERO LAZARO CARMEN. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE CARPIO JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tras comprobar la inactividad del Centro de Salud de Valderrobres en la gestión de Cargos a terceros y ante la importancia de reclamar el coste de las atenciones y prestaciones sanitarias realizadas a los terceros obligados a pago, hemos considerado pertinente la puesta en marcha de este proyecto.

Además el Centro de Salud de Valderrobres da cobertura sanitaria a una zona con gran impacto turístico, con muchos desplazados de otros países y Comunidades Autónomas que visitan la Comarca, por lo que es todavía más necesario conocer como rellenar y adjuntar la documentación necesaria para la cumplimentación de cargos a terceros y la facturación de los mismos, para una correcta financiación de la Sanidad Pública.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la cumplimentación por parte de todo el personal del Centro de Salud de Valderrobres de la documentación necesaria para que el servicio de Cargos a Terceros del Hospital de Alcañiz tenga toda la información necesaria para tramitar la gestión de la facturación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesión Clínica explicativa a todo el personal del Centro de Salud de Valderrobres para responder dudas y preguntas, explicar los formularios a rellenar cumpliendo los criterios necesarios en cada caso (accidentes laborales, de tráfico, cargos a terceros para extranjeros, etc)
Anualmente revisión cumplimiento del proyecto y evaluación de la mejora en la tramitación de cargos por parte del personal del Centro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Contabilizar el número de casos remitidos al servicio así como la correcta cumplimentación de los mismos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración será indefinida mientras siga vigente esta normativa y con carácter anual se evaluarán los indicadores, realizando análisis y acciones de mejora.
Mayo 2019: Evaluación del proyecto y realización de memoria.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0919 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

2. RESPONSABLE ..... MARISOL GUERRERO VICENTE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FIGUEROLA FALCO SANDRA. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· MOJONERO ANTEQUERA JUANA A. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· VELILLA LOMBA ANA. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· DEL GALLEGO MOLIAS ANA DEL PILAR. MEDICO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION PRIMARIA
· RINCON ESTRADA RAFAEL. ENFERMERO/A. CS VALDERROBRES. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La OMS ha establecido unas Directrices sobre la higiene de manos demostrando que el lavado de manos con jabón es una de las maneras más eficaces y económicas de prevenir, entre otras, las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas siendo ambos diagnósticos motivos de ingreso hospitalario frecuentes en edad infantil en España.

Por otro lado, el ámbito escolar es el lugar idóneo para ejercer enfermería comunitaria, donde los niños pueden aprender la importancia del lavado de manos como práctica sencilla además de eficaz de una manera divertida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que los niños aprendan la importancia del lavado de manos y enseñarles como hacerlo.

Prevenir en un futuro ingresos hospitalarios debidos a esta causa.

Establecer una relación de confianza entre el personal sanitario y los niños que pertenecen al Centro de Salud de Valderrobres.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En colaboración con los docentes, la actividad consistirá en realizar una sesión explicativa, en la que se hace hincapié en la importancia del lavado de manos.
Nos desplazaremos a la escuela en el mes de junio donde realizaremos la sesión a todos los niños del colegio en el caso de que se trate de centros unitarios (La Portellada, Monroyo, Peñarroya, Fuentespalda y Fresneda) y, en Valderrobres, la realizaremos a niños de primer curso de primaria, ya que consideramos que a esta edad tienen la capacidad suficiente para entender y disfrutar del proyecto .
Para llevar a cabo la explicación disponemos de un power-point informativo y sencillo, además de un video cantado y pegadizo, método divertido para que los niños aprendan el proceso. Tras la explicación, los niños se lavarán las manos con antiséptico de manos siguiendo los pasos aprendidos y pondrán las manos bajo una lámpara donde podrán apreciar hasta dónde ha llegado la extensión del antiséptico.
Colocaremos carteles informativos de cómo lavar las manos en el colegio para que los puedan visualizar siempre que quieran.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tras la sesión comprobaremos que los niños han aprendido la importancia del lavado de manos y que han aprendido a hacerlo, para ello les haremos un cuestionario al finalizar la sesión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se trata de un proyecto que en un principio no daremos por finalizado, ya que cada año en Valderrobres realizaremos la sesión a niños de primero de primaria. En el resto de los pueblos, se realizará cada tres años.

Comprobaremos cada año que los carteles de cómo lavarnos las manos están colgados, si vemos que tras un año no son efectivos, cambiaremos el lugar y formato de los mismos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0068 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el año 2016, en coordinación con los servicios de Traumatología, Rehabilitación/consulta de musculoesquelético y Reumatología se establecieron unos criterios de derivación por patología osteomuscular desde Atención Primaria al Hospital de Alcañiz en las patologías más frecuentes, criterios que incluían en determinados casos la solicitud de resonancia magnética. Sin embargo, a lo largo de 2017 se produjo un incremento significativo de la demanda de resonancia magnética desde atención primaria en nuestro sector, muy superior a la de otros sectores de Aragón, demanda que no se traducía en una reducción significativa de las peticiones por parte del hospital, por lo que decidimos valorar las solicitudes desde la dirección de Atención Primaria, lo que mostró un número significativo de peticiones que no se adecuaban a protocolo. Por este motivo decidimos revisar este procedimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Redefinir los criterios de solicitud de resonancia magnética en el sector en grupo de trabajo conjunto Atención Primaria/Unidad de musculoesquelético.
Mejorar la adecuación de las peticiones de resonancia magnética en atención primaria del sector Alcañiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación
- Establecimiento de un volante específico con criterios de adecuación
- Estudio de adecuación de las peticiones al protocolo acordado desde dirección del sector
- Revisión de todas las peticiones por parte de dirección

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de RMN solicitadas sin criterios de adecuación (Objetivo < 20%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo-Abril: establecimiento de criterios
Mayo-Enero 2019: evaluación concurrente

9. OBSERVACIONES.
El grupo definirá criterios de adecuación específicos por localización y patología, que serán convertidos en nuevos indicadores.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0074 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En un reciente informe del IACS, nuestro sector presentaba una tasa creciente de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en pacientes diabéticos desde el año 2011 a 2014, tendencia que está por encima de las tasas de Aragón y de España. A pesar de la notable modificación de los contenidos de las guías de insuficiencia cardiaca desde 2012, no se ha llevado a cabo ninguna actualización formativa ni protocolo destinado a Atención Primaria. Creemos que esto redunda en que se diagnostique y trate tardíamente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardiaca crónica en el sector de Alcañiz.
Incrementar el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria.
Reducir la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca y la estancia media en el sector de Alcañiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo, en colaboración con otros sectores, orientado hacia Atención Primaria basado en la adaptación del proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca de la SEC, introduciendo un algoritmo de evaluación de síntomas que dirija la secuencia de pruebas diagnósticas desde atención primaria. La selección de tratamientos iría orientada a los hallazgos diagnósticos previos de acuerdo a los criterios de la guía.
Introducción de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca dentro del proceso asistencial del paciente crónico complejo con insuficiencia cardiaca
Formación en los centros de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Prevalencia de insuficiencia cardiaca en los registros de Atención Primaria. Fuente de datos: OMI-est
- % de pacientes con nuevo diagnóstico de insuficiencia cardiaca en los que consta en la Historia Clínica la fracción de eyección a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%).
- % de peticiones de péptido natriurético justificadas por la clínica a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%)
- % de pacientes con resultado de péptido natriurético elevado a los que se han realizado ecocardiografías en el año en curso. (Objetivo >80%)
- % de pacientes crónico complejos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica en los que consta la cumplimentación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca al menos una vez al año. (Objetivo >80%)
- Tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca (Objetivo: Reducción)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Abril – Julio: Redacción del protocolo
- Septiembre: Formación a los centros
- Febrero 2019: evaluación de primeros resultados.

El proyecto tendrá una duración plurianual sujeta a la evolución de la implantación del proyecto y de los resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0791 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA CLAVERO SORIANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente el Servicio de Atención e Información al Usuario, no dispone de Manual de acogida para el personal de nuevo ingreso en el servicio. Por lo que el personal de la Unidad, está constatemente en formación con personal de nueva contratación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Crear el Manual de Acogida al nuevo profesional de la Unidad.
2. Detallar los trámites que se llevan a cabo dentro del Servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Crear un Manual a lo largo del 2018, sobre la acogida al personal de nueva contratación de la Unidad.
2. Crear un listado con los trámites de la Unidad y su desglose.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Realización del Manual de Acogida: si/no.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Anual.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0356 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL CANCER DE MAMA

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO CAY DIARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SIMON PORTERO SARA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANATOMIA PATOLOGICA
· ESCARTIN GARCIA MARIA ESTRELLA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H ALCAÑIZ. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARCO CANO JOSE LUIS. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H ALCAÑIZ. ANATOMIA PATOLOGICA
· VILLARROYA MARTINEZ MARTA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H ALCAÑIZ. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARTINEZ MOLINER ROCIO. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H ALCAÑIZ. ANATOMIA PATOLOGICA
· ARIAS MUÑOZ VERONICA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H ALCAÑIZ. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Necesidad del Servicio de A. Patológica de recuperar la acreditación según la norma ISO 15189 ya alcanzada con anterioridad en citología cervicovaginal y citología genera y suspendida por falta de personal facultativo.
En principio se va a aprovechar el apoyo de ICSA dentro del contrato realizado por la central de compras con Agilent, para intentar acreditar el cáncer de mama y la citología cervicovaginal, en paralelo con ptros laboratorios de A. Patológica del Servicio Aragonés de Salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera conseguir la trazabilidad y calidad en los alcances a acreditar con el fin proporcionar a los clínicos la información necesaria para aplicar el tratamiento más adecuado y una valoración pronóstica y predictiva.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Contacto personal con los servicios implicados en la obtención y transporte de las muestras así como con aquellos que aunque no están directamente relacionados con la obtención de las muestras, sí que los están con el tratamiento.
Para ello es fundamental la participación activa en el Comité de Cáncer de Mama y con el Servicio de Ginecología y Microbiología.
En principio los recursos utilizados tanto personales como materiales serán los que ya dispone nuestro Servicio con la posibildad nuestro servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores están pendientes de evaluación y serán los mismos que se planteen para el resto de Servicios del Salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Todavía no hay una fecha prevista para el inicio y finalización del proyecto. Pendentes de reunión con la entidad de apoyo ICSA.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_0265 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACON DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA CALDERON AGUIRRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBENDEA CALLEJA CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· MURILLO PINA RAQUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· MONTON MILLAN ELISA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· CARLUCCIO CRISTINA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARIN ABAD TERESA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARAFULLA GARCIA JESUS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· GRAÑENA MUNIENTE EMILIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los Programas de Rehabilitación Multimodal/Recuperación Intensificada incluyen medidas y estrategias aplicadas a los periodos preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la cirugía abdominal electiva.
En la actualidad la valoración preanestésica del paciente con neoplasia de colon no se diferencia de la valoración habitual para cualquier otro tipo de cirugía mayor.
Esta nueva modalidad, surgida en el año 2000 con el cirujano Henrik Kehlet y justificada a lo largo del tiempo por la evidencia científica, otorga al Anestesiólogo una importancia relevante en la valoración de la capacidad funcional, el estado nutricional y el estado cognitivo previos (prehabilitación trimodal) del paciente, actuando sobre ellos con la colaboración de los facultativos que corresponda y con la finalidad de llegar en un estado óptimo a la cirugía.
La importancia del proyecto radica en conformar previamente con las especialidades involucradas (endocrinología-salud mental-rehabilitación-cirugía y enfermería) un grupo multidisciplinario, no existente hasta el momento, para la implantación de la Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (Vía RICA) a la altura de las características de nuestro hospital

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Implementar la Consulta de Prehabilitación Anestésica para pacientes adultos que van a ser intervenidos de neoplasia colorrectal en modo electivo
-Conseguir una mayor optimización preoperatoria
-Disminuir las complicaciones postoperatorias
-Reducir la estancia hospitalaria
-Mejorar la morbilidad y mortalidad
-Conseguir que el paciente y su familia se impliquen desde el momento del diagnóstico en este proceso

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Reuniones previas con los servicios involucrados: endocrinología, salud mental, rehabilitación y enfermería
b) Reuniones con servicio de Farmacia y Dirección para la prescripción de suplementos nutricionales
c) Solicitar a Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Gerencia un espacio físico y enfermería para la nueva consulta
d) Una vez obtenida la indicación quirúrgica los pacientes serán vistos en la consulta dende se les realizará la valoración preanestésica habitual, así como una evaluación de su capacidad funcional(test de la marcha de los 6 minutos-6MWT), su estado nutricional (instrumento de cribado MUST) y su estado cognitivo (escala HADS)
e) Tras esa valoración se realizarán indcaciones tales como: ejercicios aeróbicos adaptados a su situación funcional y socio-familiar, complementos nutricionales específicos y apoyo psicológico
f) Se realizará una segunda consulta previa a la cirugía para evaluar la mejoría obtenida y remarcar las pautas a seguir hasta la intervención
g) Un mes posterior a la cirugía se ver´´a nuevamente al paciente para valorar el grado de recuperación postoperatoria
h) Se creará una base de datos con el fin de registrar los pacientes valorados en la consulta y recogerlos para estudio
i) se evaluarán los resultados mediante el análisis de los indicadores establecidos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Porcentaje de pacientes vistos en la consulta de Prehabilitación:
pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva vistos en consulta de Prehabilitación*100/total de pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva
Fuente: Historia clínica
Estándar: 70%

2) Porcentaje de pacientes vistos en consulta de Prehabilitación como parte de la via RICA:
pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal vistos en consulta de Prehabilitación*100/total de pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva que cumplen todos los criterios de la Vía RICA
Fuente: Historia Clínica
Estándar: 60%

Proyecto: 2018_0265 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACON DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

3) Capacidad funcional: distancia recorrida en metros en el 6MWT en tres momentos perioperatorios (M0:basal, M1:previa a cirugía, M2: al mes de cirugía)
b-a: b distancia recorrida en M1; a distancia recorrida en M0
c-a: c distancia recorrida en M2 ; a distancia recorrida en M0
Fuente: base de datos creada para tal fin
Estándar: distancia recorrida en M1 20-40 metros superior a la distancia recorrida en M0 y distancia recorrida en M2 10-20 metros usperior a M0

4) estancia media hospitalaria: Ingreso hospitalario en días
Fuente: Historia Clínica
Estándar: reducción de la estncia media en 1-2 días

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
+ Duración del proyecto: 1 de Abril de 2018 a 1 de Abril de 2019
+ Durante los meses de Abril y Mayo se llevarán a cabo todas las reuniones previstas en el punto 6. +Dejar establecido el material informativo que se manejará y/o entregará en la consulta.+Establecer lugar y horario de la consulta.+Acordar el gasto/consumo de los suplementos nutricionales con farmacia y Gestión.
+ A partir de Junio si las acciones preliminares están resueltas se comenzará con la consulta

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2018_0374 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA CARLUCCIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARAFULLA GARCIA JESUS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· CALDERON AGUIRRE PATRICIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARIN ABAD TERESA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· MONTON MILLAN ELISA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· GRAÑENA MUNIENTE EMILIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La analgesia epidural constituye sin duda hoy en día la técnica de elección para el control del dolor durante el trabajo de parto. Las pacientes embarazadas de nuestro sector reciben una información genérica sobre la analgesia epidural en atención primaria por parte de las matronas. El consentimiento informado para la analgesia epidural se suele entregar a las pacientes gestantes en la semana 35 en la consulta de Ginecología, sin poderle explicar exhaustivamente la técnica por parte de un Anestesiólogo y así aclarar los riesgos, beneficios y eventuales dudas. La obtención del consentimiento informado firmado (válido para la realización de dicha técnica), se obtiene actualmente en la sala de dilatación, en condiciones de sufrimiento y poca receptividad por parte de las mujeres. Además la presencia de una población multiétnica en nuestro sector nos hace cada vez más dificultosa la comunicación con las pacientes necesitando la traducción de dicho consentimiento en el momento de la realización de la técnica. La importancia del proyecto se basa en la posibilidad de ofrecer a las mujeres gestantes de nuestro sector de acudir a reuniones informativas sobre la técnica de analgesia epidural para el trabajo de parto, así explicar los riesgos y beneficios de la técnica, y poder contestar las dudas y preguntas que puedan surgir antes de firmar el consentimiento informado que será entregado por parte de un Especialista en Anestesiología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dada la imposibilidad de poder citar a todas las mujeres gestantes en la consulta de Anestesia se van a realizar unas reuniones informativas periódicas, cada 15 días, para que las pacientes puedan asistir de forma grupal. De esta forma podrán recibir toda la información necesaria para entender la técnica de analgesia epidural, sus riesgos y beneficios, y poder expresar las dudas y preguntas que puedan surgir sobre ella. Al finalizar una proyección audiovisual y responder a todas las preguntas y dudas, las pacientes embarazadas e interesadas en recibir esta técnica, se llevarán a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural redactado en varios idiomas, que podrán firmar con el tiempo suficiente para reflexionar sobre la técnica. Todo esto con el fin de mejorar la calidad de la información de la analgesia epidural para el trabajo de parto y la atención a las mujeres gestantes de nuestro Sector.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reuniones informativas sobre analgesia epidural de forma periódica (quincenales - mensuales)
- Explicación por parte de un Especialista en Anestesia de la técnica, beneficios y riesgos
- Resolución de dudas y temores
- Proporcionar Consentimiento Informado comprensible anticipadamente al trabajo de parto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes que asistirán a las sesiones informativas sobre la analgesia epidural
- Ratio entre las mujeres embarazadas que acuden a las reuniones informativas y que solicitan la analgesia epidural/ total de mujeres embarazadas que solicitan analgesia epidural

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Abril 2018- Abril 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0374 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0392 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MURILLO PINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBENDEA CALLEJA CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· GASCON FERRER ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALMEIDA PONCE HELEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· VERDES SANZ GUAYENTE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· BOSQUE LUNA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Rehabilitación Multimodal, también conocida como “Fast-track”, es un nuevo enfoque de manejo y cuidado del paciente quirúrgico. Supone un conjunto de estrategias basadas en la evidencia científica y llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar de profesionales (cirugía, endocrinología, rehabilitación, psicología, enfermería, etc.), diseñadas para que el paciente llegue a la cirugía en las mejores condiciones posibles, tenga el mejor tratamiento posible durante la misma y su recuperación posterior sea la más eficaz. En este sentido, se han desarrollado protocolos que contemplan cuidados pre-, peri- y post-operatorios.
El Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) ha desarrollado una Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (Vía RICA), al amparo del Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad. Esta Vía contiene 95 ítems de práctica segura basados en la evidencia cuyo fin supone la estandarización de los cuidados peri-operatorios en un intento de garantizar la práctica clínica mejor y más segura en el ámbito quirúrgico, la disminución de la variabilidad en la práctica, la consecución de la eficiencia y el ahorro de costes.
Este nuevo enfoque, inicialmente implantado en la cirugía colorrectal, ha demostrado un impacto positivo significativo en la calidad asistencial con evidencia de una mejora en la experiencia y satisfacción del paciente, una disminución de complicaciones postoperatorias y una recuperación posterior precoz, con la consecuente reducción de la estancia hospitalaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Principal: Implementar los protocolos propuestos por el GERM contenidos en la Vía RICA, en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva.
Secundarios:
-Estandarizar los cuidados perioperatorios, sistematizando la práctica clínica segura basada en la evidencia: mejora de la optimización preoperatoria, fluidoterapia guiada por objetivos (FGO), analgesia multimodal, abordaje laparoscópico, movilización temprana.
-Fomentar la formación del personal sanitario implicado en los cuidados perioperatorios del paciente (planta y bloque quirúrgico).
-Mejorar los resultados postoperatorios: estancia hospitalaria y complicaciones postquirúrgicas.
-Formar parte del proyecto IMPRICA (plan de implementación nacional de la Vía RICA) propuesto por el GERM

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Elaboración de protocolos de cuidados perioperatorios derivados de la Vía RICA, adaptados a nuestro hospital.
b) Creación de una consulta específica (consulta de prehabilitación) en la que se llevará a cabo una evaluación y optimización funcional, nutricional y cognitiva.
c) Control del dolor mediante estrategia multimodal y seguimiento del paciente a través de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP).
d) Administración de fluidoterapia mediante la monitorización del Volumen Sistólico o Variación de Volumen Sistólico con el sistema ClearSight®.
e) Creación de una base de datos en la que se recogerán datos retrospectivos de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal en los 6 meses previos al proyecto y datos prospectivos 6 meses después de iniciar el mismo.
f) Evaluación de los resultados mediante el análisis de los indicadores establecidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
•Porcentaje de pacientes incluidos en la Vía. Numerador: pacientes intervenidos bajo la Vía RICA*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar: 60%. Fuente: Historia clínica y base de datos elaborada.
•Porcentaje de pacientes con dolor en la Escala Visual Analógica (EVA) de 0-4 en el postoperatorio inmediato, a las 24 y 48 h. Numerador: pacientes con dolor controlado*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar 70%. Fuente: Historia clínica, registro UDAP
•Porcentaje de pacientes con complicaciones postoperatorias según la clasificación Clavien-Dindo I-IV.

Proyecto: 2018_0392 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

Numerador: pacientes con complicaciones*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar: 30%. Fuente: Historia clínica.
•Estancia media hospitalaria en días. Numerador: número total de días de los egresos del periodo X; denominador: número total de egresos en el periodo X. Estándar: 5 días. Fuente: Historia clínica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: de Mayo de 2018 a mayo de 2019.
Durante los meses de mayo y junio se realizarán reuniones entre los Servicios involucrados en el proyecto, se elaborarán conjuntamente protocolos de cuidados perioperatorios derivados de la Vía RICA y adaptados a nuestro hospital, y se llevará a cabo la recogida de datos retrospectivos.
Una vez realizadas estas acciones se iniciará la implantación de los protocolos con la correspondiente recogida de datos prospectivos.
Los responsables serán el coordinador y los colaboradores conjuntamente con los demás profesionales que componen sus correspondientes Servicios.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1566 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN PABLO BRUNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLE LLOP ESTHER. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. BIOQUIMICA
· REBOLLAR GONZALEZ SORAYA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En los últimos 2 años venimos observando como nuestro indicador de tiempo de respuesta del laboratorio se está alargando, como consecuencia, fundamentalmente, del aumento de peticiones tanto de extracciones, como de pruebas de laboratorio de nuestros servicios
clientes. Además, este aumento tiene como consecuencia el aumento de consumo de tubos de laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Reducir el tiempo de respuesta del laboratorio
- Reducir el consumo de tubos de extracción
- Facilitar el trabajo de las enfermeras de extracción

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se va a proceder al cambio de equipos en el laboratorio, que permiten la reducción de tiempos, requieren de menos tubos de extracción, así como facilitan el alicuotado de las muestras para pruebas externas (que va a ser automatizado), la distribución de muestras y su archivo.
Esto va a requerir cambiar todos los procedimientos del laboratorio relacionados con los equipos mencionados, así como implementar un plan de formación a los profesionales relacionados con ellos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Tiempo de respuesta en analíticas inferior a 4 días
- Reducción en el consumo de tubos de extracción respecto a 2017
- Satisfacción del personal de extracciones
- Satisfacción del personal de laboratorio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Falta por concretar

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0149 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REMODELACION Y ACTUALIZACION HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BONO LAMARCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. BLOQUE QUIRURGICO
· CALDU AGUD MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. BLOQUE QUIRURGICO
· FRAGA MILIAN MARI CRUZ. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. BLOQUE QUIRURGICO
· GASCON POLO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. BLOQUE QUIRURGICO
· OLIVER MARIN LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. BLOQUE QUIRURGICO
· ABIZANDA MARTINEZ MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. BLOQUE QUIRURGICO
· MAMPEL ROYO NIEVES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
DICHO PROYECTO ESTA JUSTIFICADO YA QUE SE HAN DETECTADO FALLOS EN LOS INDICADORES DE HORA QUE NO REFLEJAN LA CETIVIDAD QUIRURGICA REAL. ASI COMO IOROS INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA QUE SE QUEDAN OBSOLETOS DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUIRURGICAS REALIZADAS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
REGULAR EL SISTEMA DE INDICADOR DE HORARIOS QUE REFLEJEN TIEMPO REAL DE ACTIVIDAD Y TIEMPO DE OCUPACIÓN DE QUIRÓFANOS.
ACTUALIZAR INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA A LA EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
REUNIFICAR TODO TIPO DE ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA REALIZADA AL PACIENTE DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚGICO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ELABORAR UN SISTEMA DE MEJORA DE INDICADOR DE TOMA DE HORARIOS DE OCUPACION DE ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ELABORACION DE LISTADO DE CLASIFICACION DE PASICIONES, Y DE IDENTICICACION DE TIPO DE CIRUGIA(LIMPIA, SUCIA, CONTAMINADA,ETC)
CLASIFICACIÓN DE TIPO ANESTESIA REALIZADA Y PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.
SISTEMA DE IDENTIFICACION DE FARMACOS UTILIZADOS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA REALIZADOS SOBRE EL PACIENTE
ACTUALIZAR ITEMS DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUE SE COMPLEMENTE CON EL LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA
COMPLEMENTAR HOJA DE ENFERMERÍA QUIRURGICA CON LA DE LA SALA DEL DESPRERTAR

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
DISPONIBILIDAD HOJA,FACIL ACCESO
MEJORAS EN EL % DE OCUPACION DE QUIRÓFANO Y ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ACCESIBILIDAD Y FACILIDAD DE INDICADORES DE ACTIVIDADES REALIZADAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ENERO 2018--NSTITUCIÓN DEL GRUPO
FEBRERO- JUNIO--ELABORACION DE LA HOJA
JUNIO- NOVIEMBRE--DIFUSION E IMPLANTACIÓN
DICIEMBRE --EVALUACIÓN

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0233 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... HELEN ALMEIDA PONCE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ UBIETO FERNANDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALBIAC ANDREU MANUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GIL BLASCO SILVIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El paciente que es dado de alta tras una intervención quirúrgica, tanto si esta es mayor y precisa anestesia general, como si se trata de un procedimiento ambulatorio, requiere medidas específicas relativas a los cuidados de la herida quirúrgica, analgesia tras el procedimiento y en ocasiones, medidas higiénico dietéticas especiales (dietas específicas, restricciones en la actividad física, etc.) que generan en el paciente dudas y en algunos casos cierta ansiedad.
Habitualmente, tanto cirujanos como enfermeras, proporcionamos de forma verbal y en los distintos informes de alta y de continuidad de cuidados, ciertas recomendaciones a propósito de estos cuidados postoperatorios, sin embargo, por factores de difícil análisis, las confusiones y las dudas persisten, lo que ocasiona una sobrecarga innecesaria de los centros de atención primaria para la realización de curas y revisiones.
Por otra parte, el cumplimiento inadecuado de las recomendaciones postoperatorias (como la falta del aseo adecuado de la herida, la inmovilización, etc.) es causante frecuente de complicaciones postoperatorias (infecciones de herida, cicatrización tórpida, trombosis venosa, etc.) que pueden ser prevenibles.
Ante esta situación, es necesaria la implementación de nuevas vías de transmisión de la información para mejorar el apego a las recomendaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Principal: Brindar información sobre los cuidados postoperatorios en un formato visual (tríptico/díptico)

Secundarios:
• Mejorar el apego a las recomendaciones postquirúrgicas
• Disminuir las complicaciones prevenibles mediante dichas recomendaciones

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Elaboración de trípticos con la información necesaria para los cuidados postoperatorios según el tipo de intervención realizada:
o Cirugía menor.
o Hernia inguinal.
o Cirugía mayor:
? Eventración abdominal y cirugía abierta
? Resección de colon laparoscópica
? Colecistectomía laparoscópica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
o Satisfacción del paciente: valorado mediante la elaboración de encuestas estandarizadas en las revisiones postoperatorias al mes de la intervención.
o Análisis de las complicaciones de la herida quirúrgica derivadas del mal apego a las recomendaciones mediante el interrogatorio durante la revisión y el seguimiento de las consultas a urgencias y atención primaria por motivos relacionados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De mayo 2018 a Mayo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Periodo postquirúrgico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0233 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE

Proyecto: 2018_0299 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BLASCO GIL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ UBIETO FERNANDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALBIAC ANDREU MANUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GASCON FERRER ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ALMEIDA PONCE HELEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GRACIA ROCHE CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) es el organismo especializado en cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los datos que nos ofrece su informe GLOBOCAN 2012, publicado en el año 2014, son los más actualizados a nivel mundial sobre incidencia, prevalencia y mortalidad por los 28 tipos de cáncer más frecuentes de 184 países. Sitúan al cáncer de mama como el más frecuente en mujeres en España (1).
Una mujer diagnosticada de una neoplasia maligna de mama no sólo se enfrenta al proceso de superar un cáncer, con todo lo que ello implica, si no que ve afectada su propia condición de mujer por la íntima relación que esta guarda con el pecho. El cáncer de mama puede considerarse como una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional(2).
La detección cada vez más precoz y los avances en las técnicas oncoplásticas para el tratamiento quirúrgico de este tipo de cáncer, han permitido disminuir las repercusiones psicosociales tras la cirugía al permitir preservar el pecho en muchos de los casos. Sin embargo, quedan cicatrices y no sólo en la piel. En algunos casos no es posible preservar el complejo areola-pezón (CAP) viéndose afectada la imagen de la paciente, y por tanto su autoestima.
Existen diferentes métodos para la reconstrucción del CAP y conseguir así el mejor resultado posible tras la cirugía. Entre ellas, y es la que proponemos en este proyecto, se encuentra el tatuaje del mismo mediante técnica de micropigmentación, por los buenos resultados estéticos que se consiguen, mejores costes frente a otras técnicas y la baja morbilidad de la misma(3).
Becker fue el primer cirujano que introdujo la técnica del tatuaje para la reconstrucción de NAC en 1986 y Spear lo popularizó en los años siguientes. Actualmente, los equipos técnicos ofrecen resultados de alta calidad aunque es probable que se pierda algo de pigmentación a lo largo del tiempo, y es posible que se requieran algunos retoques (4)

La micropigmentación de la areola y el pezón el punto final de la reconstrucción mamaria tras una mastectomía por cáncer de mama. La micropigmentación oncológica, es un tatuaje intradérmico que ayuda a recuperar el aspecto de la areola definitivo tras una reconstrucción mamaria.
El objetivo es la creación de areolas en los casos en los que no se haya podido preservar el CAP de la paciente, camuflar cicatrices postoperatorias, corregir asimetrías entre ambos pechos o, simplemente, dar color. De ese modo conseguimos devolver a la mama reconstruida un aspecto lo más natural posible y conseguir simetría con la mama contralateral, potenciando la autoestima de la paciente. Lo cual le permitirá llevar desde una perspectiva más optimista el duro trance que supone sufrir un cáncer de mama y el tratamiento del mismo.

1. GLOBOCAN 2012. International Agency for Research on Cancer. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Default.aspx
2. Sierra García A, Piñero Madrona A, Illana Moreno J. Cirugía de la mama. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid 2006. Aran Ediciones S.L.
3. Goh S.C.J., Martin N.A., . Pandya A.N, Cutress R.I. Patient satisfaction following nipple-areolar complex reconstruction and tattooing. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2011):64; 360-363
4. Nimboriboonporn, A, Suebwong Ch. "Nipple-Areola complex reconstruction". Gland Surgery 3.1 (2014): 35-42. PMC . Web. 16 de enero de 2018.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ofrecer a las pacientes con cáncer de mama un tratamiento integral con el objetivo de reducir el impacto en su calidad de vida (física, psicológica y social).
Favorecer el afrontamiento de la paciente ante el proceso de su enfermedad mejorando su imagen corporal y por ende su autoestima.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Micropigmentación del complejo areola pezón y camuflaje de cicatrices postoperatorias.

Proyecto: 2018_0299 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Número de pacientes intervenidas de cáncer de mama a las que no se les ha podido preservar el CAP/ Número total de pacientes intervenidas de cáncer de mama x 100
- Número de pacientes a las que se les ha realizado micropigmentación del CAP/ Número de pacientes candidatas a micropigmentación del CAP x 100
- Número de pacientes micropigmentadas que han presentado complicación tras la técnica/ Número total de pacientes micropigmentadas x 100
- Grado de satisfacción de la paciente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Técnica que ya se realiza en el servicio y con duración indefinida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0347 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PRACTICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO RAMIREZ RODRIGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GINER VIDAL ALICIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· FANDOS LORENTE SERGIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· SANCHO DEL VAL IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ALVAREZ ALEJANDRO MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· MIR ADRIAN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Unificar material necesario, técnica a seguir, correcto procesamiento de muestras para la realización de toracocentesis tanto diagnostica como evacuadora. Esta técnica la llevan a cabo varios servicios (pneumologia, medicina interna, Oncología) utlizando material y adaptando la técnica de forma individual, lo que conlleva en ocasiones a complicaciones en su realización en cuanto a adquisición de material y errores en el envio de muestras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretente con la redacción de una guía consensuada con todos los servicios implicados:
1.estandarizar el material a utilizar
2.agilizar la preparación del carro de punciones
3.correcta recogida de muestras y procesamiento
4.unificar criterios sobre la técnica evacuatoria
5.tener una referencia para el personal que se vaya incorporando al trabajo de las plantas
6.una vez redactada la guía de toracocentesis se implantaría a nivel de todas las plantas
7.Readcción de un modelo de consentimiento informado que se presentará en Comisión.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
se informaría al personal de cada planta, en reunión de sesión sobre el contenido de la guía, fotos, video sobre el procedimiento de toracocentesis y minimo equipamiento del carro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Redacción de un formulario de consentimiento informado sobre la técnica que se debe adjuntar cada vez que se realice una toracocentesis de acuerdo con la guía actual incluyenda fecha y tipo de procedimiento (diagnóstico y/o evacuatoria),

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2018 a Junio 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0302 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... ANA MAURAIN VILORIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· APARICIO ARTAL CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ALSINA PUJOL MONTSERRAT. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· YAYA BEAS MANUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RUIZ MARISCAL MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCIA LARA ENCARNA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Debido a que la artroplastia total de rodilla es una de las intervenciones más frecuentes que realizamos y que el paciente, tanto por su edad que suele ser avanzada, como por la patología concomitante precisa un tratamiento multidisciplinar, hemos decidido realizar un protocolo que comenzaría con el ingreso del paciente en planta y terminaría con el alta hospitalaria, abordando todos los momentos y posibles complicaciones que se pudieran presentar durante ese periodo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera conseguir una disminución de la estancia media y una más rápida detección de posibles complicaciones relacionadas fundamentalmente con su patología concomitante.
La población diana serán todos los pacientes que van a ser sometidos a una prótesis total de rodilla.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se programará una reunión con los participantes para definir los objetivos y repartir las distintas tareas, cada una con su correspondiente investigación y acompañada de bibliografía.
Tras esta reunión de inicio, se programarán otras reuniones de revisión de resultados y revisión de borradores, antes de su presentación definitiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se proponen los siguientes indicadores para evaluar los resultados
-estancia media
-situación funcional al alta
-profilaxis antibiótica
-profilaxis tromboembólica
-protocolo analgesia
-protocolo ahorro de sangre
-reingreso en 30 días

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de la realización del proyecto será de unos 6 meses.
Una vez que esté aprobado se realizará la primera reunión. y se programará una reunión mensual hasta la fecha de su entrega en el plazo de tiempo previsto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL APARATO LOCOMOTOR
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0604 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... ALVARO RIVERA RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El año pasado se detectó un problema con la lista de espera quirúrgica de Dermatología en el Hospital de Alcañiz. Existían más de 180 pacientes pendientes de intervención quirúrgica por sospecha de patología maligna de los cuales algunos llevaban más de dos años esperando.
La causa pudiera deberse a que, tradicionalmente, se incluían en quirófano biopsias y exéresis de lesiones dermatológicas que pueden realizarse en la consulta de Dermatología y no se priorizaban las lesiones con sospecha de patología maligna.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es dar prioridad a la patología tumoral maligna para que esta reciba tratamiento quirúrgico en menos de 45 días.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En Diciembre de 2017 se creó un sistema de registro propio en un libro dentro de la consulta, en la que se gestiona la propia lista. El registro consta de los datos del paciente, tamaño y tipo de tumor así como localización, fecha de inclusión en lista, fecha de realización, diagnostico histológico de confirmación y cita de resultados. De esta forma son priorizadas las intervenciones de patología tumoral. Con este método, en lo que va de año, la lista de espera por patología quirúrgica maligna, ha bajado a menos de 60 días.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Demora media por tratamiento quirúrgico con sospecha de malignidad. Estándar mínimo: < 45 días. Estándar óptimo: < 30 días.
Demora media de la lista de espera quirúrgica por cualquier causa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Sistema de registro propio: ya creado
- Implementación: Mayo-Diciembre de 2017
- Medición: Monitorización mensual de la lista de espera por patología quirúrgica maligna

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2018_0605 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA FUENTELSAZ DEL BARRIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el año 2017 se detectó el problema de que existen en el Hospital Comarcal de Alcañiz muchos pacientes en tratamiento con Infliximab en comparación con otros Hospitales de la Comunidad Autónoma. Se trata de un fármaco intravenoso que se usa para la psoriasis grave. Su eficacia es alta y su seguridad también aunque se han descrito reacciones infusionales muy graves. Se trata de 19 pacientes, algunos de ellos con más de 10 años en tratamiento.
La causa de este problema pudiera ser que Infliximab fue el primer tratamiento Anti- TNF para psoriasis grave. Sin embargo y actualmente, existen otros tratamientos más cómodos para el paciente y que suponen menos gasto dado que no necesitan la Unidad de Hospital de día ni ingreso hospitalario ni pérdida laboral.
La consecuencia de este hecho es un enorme gasto farmaceútico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducir el gasto farmacéutico por Infliximab en los pacientes con psoriasis grave, sin producir rebrote de las lesiones de estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Evaluar los pacientes con psoriasis grave en tratamiento con Infliximab, para ver si deben continuar con este tratamiento o ser sustituido por otro. Además queremos dar paso al biosimilar (Inflectra) para aquellos pacientes que deben continuar con el tratamiento lo que supondría un importante ahorro económico para el Sistema.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes en los que se ha retirado Infliximab
% de pacientes en los que se ha sustituido Infliximab por fármaco biosimilar
Número de reagudizaciones de psoriasis grave tras el inicio de la actividad de mejora
Reducción del gasto farmacéutico por tratamientos biológicos en la psoriasis grave
El objetivo a final de año (2018) es el de haber conseguido disminuir al menos un 50% el gasto farmaceútico que supone este grupo de pacientes respecto a las cifras de inicio del proyecto (2017).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto comenzó a finales de 2017, actualmente se sigue implementando y evaluaremos en Diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0522 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARTINEZ CRESPO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LACARTA GARCIA PEDRO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· SOLANO SANCHEZ MARINA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· MARCEN ECHANDI BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En este momento no está incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria en el sector de Alcañiz la posibilidad de solicitar endoscopias digestivas por indicación del médico de familia. A los pacientes se les remite a la consulta de Digestivo lo que sobrecarga la consulta y aumenta la demora de las consultas. Además desde la introducción de la interconsulta virtual se indica virtualmente la necesidad de realizar derivación para endoscopia cuando no se dispone de volante para ello

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Introducir la oferta del servicio de endoscopia digestiva a Atención Primaria mediante la creación de una hoja de solicitud de Endoscopias Digestivas en el Sector de Alcañiz de acuerdo a las indicaciones aceptadas en las principales guías de práctica clínica.
Reducir las derivaciones a la consulta externa de digestivo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un procedimiento de actuación en Atención Primaria que incluya:
- Hoja de solicitud de Endoscopias Digestivas tipo formulario para la solicitud de gastroscopia y colonoscopia en el que se desglosen las indicaciones comúnmente aceptadas.
- Diseño de un circuito para la derivación de la solicitud, valoración por parte del especialista y citación de la prueba por parte del Servicio de Citaciones del Hospital

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de solicitudes de Endoscopias Digestivas desde Atención Primaria realizadas por esta vía frente a las vías anteriores (Interconsulta Virtual y derivación a consultas externas).
% de solicitudes de Endoscopias Digestivas con indicación incorrecta

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La hoja de derivación ya está elaborada.
May-Junio: Difusión a Atención Primaria.
Diciembre: Medición resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0617 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LACARTA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLANO SANCHEZ MARINA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· MARCEN ECHANDI BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· MARTINEZ CRESPO ELENA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DIGESTIVO
· VERDES SANZ GUAYENTE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PRUEBAS FUNCIONALES
· MARTINEZ ARIÑO MANUELA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PRUEBAS FUNCIONALES
· VIDAL MESEGUER ANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Aunque la gastrostomía endoscópica percutánea se realiza desde hace 11 años en el hospital se han detectado de manera recurrente diversas incidencias que influyen negativamente en la unidad de aparato digestivo. En cuanto a los requisitos y cuidados previos del paciente se han tenido que postponer colocaciones de sonda de gastrostomía por la no cumplimentación de los consentimientos informados en pacientes tutelados hasta que se ha localizado a los tutores de los mismos. También se han producido retrasos en su colocación, que afectan a la programación diaria de la sala de endoscopias digestivas, por no haberse realizado la correcta profilaxis antibiótica. Asimismo el servicio de Digestivo es consultado frecuentemente acerca de qué nutrición iniciar y del tiempo adecuado para iniciar por la sonda.
Si bien existen varias hojas informativas relativas a los cuidados posteriores a la colocación de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea que se usan en las diferentes unidades de enfermería del hospital, en la actualidad no existe ningún protocolo en el queden reflejadas las indicaciones del procedimiento, los cuidados necesarios previos al mismo, los cuidados de la sonda posteriores a su colocación o la pauta de nutrición enteral tras la colocación de la sonda, aspectos que se pretenden aclarar y definir en este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Homogeneizar las actuaciones a nivel hospitalario antes y después de la colocación de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo en el que se incluya:
- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación. Elaboración de hoja a modo “Checklist”.
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes con hoja de comprobación rellenada previa a la realización de la gastrostomía.
% de pacientes derivados a Endocrinología para valoración de las necesidades nutricionales al alta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
MAYO.JUNIO: ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
JULIO-DICIEMBRE: IMPLEMENTACIÓN
ENERO 2018. MEDICIÓN

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0682 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DEL SUPERVISOR

2. RESPONSABLE ..... ANGELA LARA GARRIDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ FERRI MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· BENEDICTO FUERTES MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· FRAGA MILIAN CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
· VIDAL MESEGUER ANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BONO LAMARCA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. BLOQUE QUIRURGICO
· ABAS VILA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente el/la supervisora de la unidad afronta muchos quehaceres varios a lo largo de la jornada. Actividades relacionadas con lo asistencial, con la gestión de materiales, con la gestión de personal, con suministros, cocina... esta variabilidad hace que sean muchas las actividades que tiene que "controlar" y saber actuar de manera rápida. Por lo que nos vemos en la necesariedad de realizar un Manual del Supervisor en el que queden registradas las actividades y su flujograma de actuación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Elaborar un listado de las actividades más comunes en el trabajo.
2. Desarrollar un flujograma de actuación.
3. Registrar las funciones del supervisor de guardia y actividades menos comunes que pueden presentar problematica de actuación.
4. Mantener información permanente con todos los supervisores.
5. Manejar situaciones dificiles con garantía de solución justa y acertada a los problemas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Mantener información permanente con todos los supervisores.
2. Realizar reuniones semanales a la salida de las guardias semanales y registrar las actividades "inusuales" realizadas en las guardias.
3. Realizar flujograma de actuación con las actividades que presenten mayor problema de realización, bien por complejidad, por falta de medios...
4. Crear un listado con las situaciones difíciles a solucionar en las guardias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización del manual del supervisor.
- Crear listado de actividades más inusuales y su flujograma de actuación.
- Crear listado de funciones del supervisor de guardia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Anual, empezaremos a lo largo del mes de junio.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1507 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA

2. RESPONSABLE ..... GUAYENTE VERDES SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El acceso a la ecografía resulta primordial para el diagnóstico de los nódulos tiroideos. Sin embargo, problemas estructurales del sector, en este momento, hacen que el acceso a la realización de ecografías tenga una demora habitual superior a tres meses, lo que puede tener repercusiones en el pronóstico de algunos pacientes. Incluso las ecografías solicitadas en Atención Primaria están siendo derivadas a un centro externo privado con concierto con el Salud (Centro Asistencial Bajo Aragón) para intentar agilizar listas de espera.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducir la demora para acceder al diagnóstico ecográfico de la patología tiroidea.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de consulta de ecografía tiroidea 1 tarde a la semana a cargo de un endocrinólogo con formación y habilidades en el diagnóstico ecográfico. Para ello se compartirá ecógrafo con el servicio de Rehabilitación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes con diagnóstico de nódulo tiroideo que tardan más de tres meses en la realización de la ecografía antes y después de la intervención.
Se pretende reducir el tiempo medio de espera hasta la realización de ecografía después de la intervención a menos de dos meses.
Fuente de datos: registro específico de nódulo tiroideo (ecografías tiroideas realizadas en el servicio de Radiología del Hospital de Alcañiz y en el Centro Asistencial Bajo Aragón) e historia clínica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Julio a Octubre.
Diciembre 18: Evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0310 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE PROCEDE AL LAVADO Y LIMIEZA EN LA CENTRAL DE ESTERILZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS FERRANDO RAMOS
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ VAQUERO CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION
· FUSTER BUJ MARIA ELENA. TCAE. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION
· RODRIGUEZ ALBA SUSANA. TCAE. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION
· SANCHEZ ROYO ALBERTO. TCAE. H ALCAÑIZ. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el proceso de recepción de material de la Central nos encontramos con que mucho material que nos llega desde el bloque quirúrgico no está correctamente desmontado para la limpieza, y a veces ni el personal del bloque al preparar el material lo sabe, con lo que vemos que puede y de hecho está ocurriendo un grave problema de seguridad para el paciente quirúrgico.
Si ese material que no se ha desmontado correctamente, se lava, se prepara y se esteriliza sin haberse desmontado por lo que no se ha lavado correctamente todas las piezas, en el momento del acto quirúrgico puede ocurrir que no reúna las condiciones necesarias y seguras para el paciente.
A sus vez, también nos hemos dado cuenta de que hay material que por sus características precisa de que se tenga mucho más cuidado y se revise con mayor precisión en el proceso de limpieza.
Tenemos numerosas incidencias al respecto, sobre todo material de traumatología muy concreto que no se desmonta correctamente y que supone un riesgo para la seguridad del paciente y un gasto aumentado para el centro hospitalario.(una vez que se ha lavado vía normal hay que volver a repetir el ciclo por que no se había desmontado correctamente y retrasando el trabajo del personal de la Central)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Disminuir el número de incidencias en el proceso de recepción respecto a los material que llegan sin desmontar desde el bloque quirúrgico.
-Disminuir el número de piezas críticas que no se han lavado correctamente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Realizar foto individual de cada instrumental.
-Identificarlo con ayuda de la referencia y de la Responsable de Calidad de la Central e Esterilización.
-Elaborar de un registro fotográfico en formato papel.
-Elaborar un registro fotográfico en formato digital.
-Realizar póster o ilustraciones y ponerla en la Central para llamar la atención del personal del bloque quirúrgico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Realizar un indicador con las incidencias de este tipo en el proceso de recepción y de las que puedan producir "in situ" dentro e quirófano por esta causa.
-Realizar un indicador de todas aquellas piezas críticas que después de la limpieza en termodesinfectadora hay que volver a reprocesar y conocer la causa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Febrero- Septiembre 2018: Realización de fotografías de los distintos materiales críticos.
-Septiembre-Noviembre 2018: Identificación de cada material con su nombre y fotografía. Crear formato para registrar incidencias e este tipo.
-Diciembre 2018: Evaluación de registrados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0741 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

2. RESPONSABLE ..... EDGAR FERNANDEZ ALONSO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ ALEJANDRO MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ALONSO TRIANA YARA MARIA. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· GALAN CERRATO NIEVES. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· MALDONADO DOMENECH ANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· ARIÑO ALBAJEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO
· ORTI MOLES JESSICA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITAL DE DIA ONCOHEMATOLOGICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La gestión de hospital de día oncológico es compleja y requiere en la práctica clínica de la participación de diferentes profesionales con un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Además, este tipo de tratamientos resultan de los más complejos existentes actualmente en la terapéutica: complejidad de esquemas, diferentes criterios de dosificación, diversas pautas de administración, etc..
Gracias a las nuevas herramientas en tecnologías de la información y comunicación, podemos facilitar, simplificar y automatizar los procesos de prescripción médica, confirmación del paciente, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración de enfermería y seguimiento del paciente. Todo ello, supone una reducción en los errores de medicación, así como la optimización de los procesos.
Actualmente en el centro se está realizando un uso ineficiente del sistema de prescripción electrónica:
-No existe una programación eficiente de los ciclos de los pacientes correspondientes al plan terapéutico.
-No es posible realizar una gestión eficiente y una planificación de la actividad de hospital de día a través de una agenda de programación de pacientes informatizada (se realiza manual), y ello conlleva a ineficiencias en el proceso de compras y a roturas de stock.
-La administración de enfermería se realiza siguiendo una prescripción manual, en vez de utilizar una electrónica validada por el Farmacéutico, que además se acompañaría de instrucciones en la administración.
Debido a todos estos factores expuestos es aconsejable la optimización del circuito de forma que proporcione argumentos en la mejora de seguridad en el entorno de una farmacoterapia tan compleja.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejora en el proceso de prescripción en Oncología Médica en el ámbito de Pacientes Ambulantes.
- Optimización de la programación de los planes terapéuticos de los pacientes, de tal forma que permita realizar una planificación de la actividad y de los recursos necesarios en el Servicio de Farmacia Hospitalaria.
-Mejora del sistema de administración de antineoplásicos por parte de enfermería: implantación de un sistema de confirmación presencial de pacientes y de administración electrónico validado por el Farmacéutico, proporcionando un incremento en la seguridad a este nivel.
-Mejora en la trazabilidad del proceso.
-Mejora de la eficiencia: optimización de los recursos (gestión de stocks y compras).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se proporcionará por parte del servicio de Farmacia Hospitalaria formación adicional y específica a los facultativos del servicio de Oncología Médica en materia de prescripción informatizada y de programación eficiente de los ciclos del plan terapéutico. Se revisarán y adaptarán de forma consensuada protocolos antineoplásicos estandarizados en función del diagnóstico e indicación.
Se proporcionará formación específica para el personal de enfermería: confirmación online de la prescripción tras verificación de la situación del paciente en la consulta o analítica del paciente.
Impresión de la “Hoja de Administración de tratamiento antineoplásico” para enfermería tras validación Farmacéutica, que contiene la información necesaria para la administración de antineoplásicos: dosis, forma farmacéutica, cuidados específicos, tiempos de infusión, etc.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el hospital desde el inicio del proyecto.
- Nº de roturas de stock
-Porcentaje de pacientes oncológicos con programación en el sistema informático respecto del total de pacientes programados en hospital de día.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proceso de implantación del circuito de mejora se llevará a cabo durante el primer semestre del 2018.

Proyecto: 2018_0741 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1002 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

2. RESPONSABLE ..... YARA MARIA ALONSO TRIANA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ ALONSO EDGAR. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· CALDERON MEZA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· NAVARRO DORADO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· LAHOZ ROMEO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· AGUILAR GASCON YOLANDA. TEAF. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· ROCA PONZ ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· FORT JULIAN ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente la prescripción de vacunas por el servicio de Medicina Preventiva se realiza manualmente desaprovechándose así todo el abanico de opciones que pueden ofrecer las herramientas informáticas disponibles en el Servicio de Farmacia (Farmatools).
La instauración de la prescripción electrónica en el Servicio de Medicina Preventiva supondría una optimización del proceso asistencial del paciente en todos los niveles (prescripción, validación, adquisición, dispensación y administración) traduciéndose en una mejora en seguridad. La gestión de la vacunas será más eficiente al facilitar una rápida actuación frente a alertas de calidad del producto (retirada de lotes afectados, detección rauda de pacientes perjudicados), así como alertas de desabastecimientos al disponer de una previsión de pacientes con varios meses de antelación.
Este proyecto se ve avalado por los buenos resultados obtenidos tras la implantación de la prescripción electrónica en las áreas de Oncología Médica, Hematología, Reumatología, Digestivo y Dermatología (años 2014 al 2016).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la trazabilidad del proceso.
- Previsión de stocks necesarios de vacunas (mayor margen de actuación en situaciones de desabastecimiento al disponer programación de pacientes y tipo de vacuna).
- Mejora en el proceso de prescripción médica.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Reducción de probabilidad de error en prescripción, dispensación y administración.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®).
- Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).
- Prescripción médica electrónica.
- Validación farmacéutica electrónica.
- Gestión del stock de vacunas e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad.
- Gestión de alertas de desabastecimiento.
- Gestión de alertas de calidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de prescripciones médicas electrónicas de vacunas del servicio de Medicina Preventiva *100/ Total de prescripciones médicas de vacunas del servicio de Medicina Preventiva.
- Media y rango de días de demora en la administración de una vacuna (o alternativa) a un paciente ante problemas de desabastecimiento. (Rango= demora mínima-demora máxima)
- Media y rango de días de demora en la retirada de vacunas con alertas de calidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2018: Configuración del programa informático Farmatools® (Maestro de Artículos y Gestión de Pacientes Ambulantes), Instalación del programa en los ordenadores de la consulta y formación del personal implicado.
Julio 2018: Implantación de la prescripción y validación electrónica.
Julio 2018 – enero 2019: Seguimiento e instauración de mejoras.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1002 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías con algún estado de inmunosupresión
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0727 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO SANCHO VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARICIO MORENO MIGUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GAVIN BLANCO OLGA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· RIOS GARCIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· PELLICER PIQUER ANA. TEL. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MOROS GARCIA MASCARAQUE MARIA JESUS. TEL. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· AYORA RUBIO RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE. TEL. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Hemovigilancia es el conjunto de procedimientos organizados de vigilancia de los efectos o reacciones adversas que puedan aparecer a lo largo de la cadena transfusional. Consiste en la detección, recogida y análisis de la información sobre los efectos adversos e inesperados, desde la selección del donante, extracción, procesamiento y análisis de la sangre, hasta la distribución y administración final de cualquiera de los componentes sanguíneos y el seguimiento de los receptores. El fin es prevenir y tratar su aparición o recurrencia

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos, es decir, tener la capacidad de identificar tanto al receptor de cada componente sanguíneo, como a todos los donantes que han intervenido en la transfusión de un determinado paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Implantación de sistema de hemovigilancia Gricode en todas las plantas del Hospital, así como en Sº de Urgencias, quirófanos y Hospital de Día.
Curso de formación tanto a médicos como a personal de enfermería y técnicos de laboratorio.
Procesamiento de datos recogidos con sistema Gricode para uso investigacional.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de transfusiones registradas con sistema Gricode.
Notificación de eventos adversos.
Reducción de incidentes transfusionales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Enero 2018
Finalización: Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0812 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVOSEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL PARICIO MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO VAL IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS ANTONIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GOMEZ ARA ANA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· ALCAINE CHAURE FERNANDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· CRUZ LOPEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Debido a ser un uso fuera de indicación de ficha técnica del fármaco, se busca la unificación de criterios de uso siguiendo los estándares publicados hasta la fecha así como la disponibilidad de un consentimiento informado de manera rápida. Así mismo, debido al incremento del uso de fármacos anticoagulantes de acción directa, el sangrado como efecto adverso de estos medicamentos tiene un manejo más complicado en situaciones de urgencias, y más en situaciones de riesgo vital, por lo que conviene tener establecido el uso más apropiado de todas las armas terapéuticas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se dirige a toda la población, ya que cualquiera puede presentar sangrados de muchas etiologías susceptibles de compromiso vital.
El objetivo es en primer lugar conseguir el mayor éxito terapético revirtiendo la situación grave o crítica del paciente con los menores efectos adversos posibles.
Otro objetivo es el ahorro en el uso de hemoderivados y evitando los posibles efectos secundarios de su administración.
La mayor parte de estas situaciones se encuentran en los servicios de Urgencias y en Quirófano.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se está realizando un protocolo que incluye información a cerca del fármaco, recomendaciones en su utilización y un consentimiento informado para poder entregar.

Se ha distribuido entre los servicios dónde es más probable su uso en las condiciones descritas, estando disponible para todo aquél que lo desee solicitándolo al servicio de Hematología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Reducción del uso de hemocomponentes en sangrados masivos o compromiso vital.
-Reducción del uso de otros concentrados de factores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año.
Se revisa cada trimestre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0157 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL DELGADO PASCUAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ GUIJARRO MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· ABELLA PEREZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· MORENO PARRA NATALIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· ALQUEZAR CIVERA MANUELA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· OYOLA CARMONA DAVID. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· RUIZLOPEZ HERRERO YOLANDA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tras estudio de la situación se aprecia que al tratarse de un Servicio nuevo, incluido recientemente en al cartera de servicios, del Hospital de Alcañiz, hay un desconocimiento y muchas dudas entre los profesionales de dicho centro sanitario, entorno a la organización y metodología de trabajo d e la Unidad.
Por lo que creemos necesario la realización de un Manual de Acogida, de manera que el profesional de nueva incorporación en el mismo, sea conocedor de las características y piculiaridades de dicho servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Elaboración del Manual de Acogida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar un Manual de acogida que contenga:
1. Inforamción realtiva al Hospital de Alcañiz.
2. Información específica de la Unidad.
- Uniforme propio del Servicio.
- Reparto de las cargas de trabajo.
- Tipos de pacientes y lugar de procedencia al ingreso.
- Como hacer el ingreso y el material suministrado al paciente
- Manejo de las bombas volúmetricas y elastómericas.
- Fármacos más utilizados en domiciliaria, preparación y manejo.
- Modo de registro en la HCE.
- Administración de hemoderivados (en domicilio).

Se entregará un Recibí a todo el personal e nueva incorporación en el servicio, cuando se le facilite el Manual de Acogida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Realización del Manual de Acogida. Indicador dicotómico SI/NO.
- Recibí al personal de nueva incorporación al servicio.
Nº de recibis totales/ Nº contratos totales en el servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A lo largo del 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1412 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOTOMIAS

2. RESPONSABLE ..... SARA ARENZANA GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. LABORATORIO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AYORA RUBIO RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· ORTIZ MILLAN PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· ABAS VILA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· VALLES CASES SARA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· TRALLERO GASCON NIEVES. TCAE. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· ABAD CATALAN PILAR. TCAE. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· ALCAÑIZ FERRER RAQUEL. TCAE. H ALCAÑIZ. LABORATORIO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La sangría terapéutica o flebotomía es un tratamiento médico encaminado a resolver diferentes enfermedades hematológicas.Es una técnica sencilla y segura realizada por personal de Enfermería y sobre dicho personal recae la responsabilidad de la vigilancia y el bienestar del paciente mientras dura el tratamiento, por todo ello es imprescindible contar con un procedimiento enfermero detallado en nuestra unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Realización de un procedimiento enfermero para sangrías terapeúticas o flebotomías en el servicio de extracciones del Hospital de Alcañiz.
- Recomendaciones generales al paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión bibliográfica y puesta en común para la realización de sangrías terapeúticas en nuestra unidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización del procedimiento enfermero en la realización de sangrías terapeúticas
Satisfacción del paciente/usuario y personal del servicio de extracciones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De septiembre a Diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1413 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL AYORA RUBIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. LABORATORIO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARENZANA GARCIA SARA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· ORTIZ MILLAN PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· ABAS VILA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· VALLES CASES SARA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· TRALLERO GASCON NIEVES. TCAE. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· ABAD CATALAN PILAR. TCAE. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· ALCAÑIZ FERRER RAQUEL. TCAE. H ALCAÑIZ. LABORATORIO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Necesidad de realización de un procedimiento estandarizado en cuidados enfermeros a pacientes portadores de catéter venoso central de larga duración (HICKMAN)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realización de procedimiento enfermero
Información del procedimiento al paciente/usuario
Información del procedimiento al personal de enfermería de atención primaria del Sector de Alcañiz

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión bibliográfica y puesta en común para consensuar un procedimiento en nuestra unidad
Informar al personal de enfermería de atención primaria del sector de Alcañiz

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización del procedimiento enfermero

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De Septiembre a Diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0318 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA TRABAJADORA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... JULIA ROYO ANADON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· LOPEZ SANCHO JOSE MARIA. TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES. H ALCAÑIZ. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· PEREZ ROYO EMILIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCAÑIZ. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad, tenemos un procedimiento de actuación para las trabajadoras embarazadas del Salud, en el que no se especifica los trámites a seguir en cada uno de los apartados. Nuestro fin, es elaborar un procedimiento de actuación en los cuales la trabajadora sepa en todo momento a quien acudir y donde dirigirse para solicitar los distintos documentos de dicho procedimiento.
También los responsables de la tramitación deben conocer dicho procedimiento y modo de actuación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Elaborar un procedimiento de actuación (de la trabajadora, de su inmediato superior jerárquico, del servicio PRL y de la Gerencia del Sector).
-Incluir dentro del procemiento todos los distintos documentos que necesita la trabajadora para solicitar la valoración del riesgo de su puesto en relación con su embarazo y/o prestación económica si procede.
- Realizar dicho procedimiento y colgarlo en nuestra Intranet del Salud, para el conocimiento de todo el personal.
- Formación con el personal para dar a conocer dicho procedimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Recopilación de la normativa vigente y las Instrucciones de Unidad Central de Prevención de Riesgos y de M.A.Z Mutua.
2. Elaboración de un protocolo de actuación en colaboración con la Dirección y el Departamento de Personal.
3. Se llevarán a cabo reuniones con (Director de Gestión y trabajadores del departamento de Personal), para la elaboración del mismo.
4. Formar al personal que interviene en alguna de las fases de este procedimiento.
5. Difusión de dicho documento en la Intranet del Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Elaboración del procedimiento de protección a la trabajadora embarazada (SI/NO).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Anual, a lo largo de tres meses, se realizará la elaboración del documento.
Implantación del mismo, en los meses de octubre, noviembre y diciembre. Revisión a lo largo del periodo para su evaluación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EMBARAZADAS TRABAJADORAS SANAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0075 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

2. RESPONSABLE ..... ESTHER ARTAJONA RODRIGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad no existe procedimiento de sedación paliativa en el paciente terminal en el Sector de Alcañiz. En el ámbito de Atención Primaria, en general se desconocen los métodos de sedación paliativa. Además, dada la controversia legal que ha habido en el pasado reciente, suele pasarse de puntillas sobre este aspecto. En la actualidad, solo ESAD realiza métodos de sedación paliativa en atención primaria en nuestro sector, y los médicos desconocen las pautas de ajuste de la medicación prescrita. Existe amplio espacio de mejora en el cuidado de los pacientes con síntomas refractarios al final de la vida.
En el ámbito del Hospital la no existencia de protocolo creemos que origina variabilidad en la práctica clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ofrecer sedación paliativa a los pacientes con enfermedad terminal con síntomas refractarios con intenso sufrimiento físico-psíquico con arreglo a un protocolo que incluye la revisión del marco ético y legal aplicable.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha elaborado un procedimiento de sedación del sector, con instrucciones para atención primaria y especializada.
La Unidad de cronicidad, ESAD y Atención Primaria van a proceder a la elaboración de un plan de formación de sector.
El procedimiento incluye:
- La identificación del paciente terminal, definición de síntoma refractario, diferenciación entre sedación paliativa y sedación de agonía.
- Consentimiento informado
- Definición del nivel de sedación objetivo
- Protocolo terapéutico propiamente dicho
- Registros específicos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de centros de salud que han recibido formación en sedación paliativa (Objetivo: 100%)
% de pacientes que han recibido sedación terminal en los que consta registro del consentimiento informado en la historia clínica (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que se identifica de forma inequívoca el síntoma refractario (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que consta la cumplimentación del registro de inducción (objetivo >95%)
% de familiares satisfechos/muy satisfechos con la sedación (Objetivo > 80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El protocolo ya ha sido elaborado
Marzo-Mayo: Difusión del protocolo
Enero 2019. Evaluación

9. OBSERVACIONES.
A la hora de evaluar indicadores surgen muchas dudas sobre su factibilidad en Atención Primaria, partiendo del hándicap de la identificación de pacientes con sedación paliativa dado que no existe registro específico en Historia Clínica electrónica.
Tampoco vamos a poder incluir los registros en OMI-AP por lo que tendrán que ser en papel. Para la evaluación elaboraremos una búsqueda de pacientes con diagnóstico de paciente terminal (A99) investigando el registro de sedación paliativa en campo texto, para proceder después a auditar las historias clínicas de papel. Con este método tenemos una importante incertidumbre sobre la viabilidad de la obtención de indicadores fiables.
Vamos a proponer un listado de pacientes con sedación paliativa en cada centro de salud. En el hospital de realizará registro específico.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

Proyecto: 2018_0075 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE ATENCION PRIMARIA (AP) PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO MARCILLA CORDOBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASCON MARTIN ALEJANDRO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· ALASTRUE CASTAÑO VIOLETA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· RECHE SABATER ALBERTO. INFORMATICO/A. H ALCAÑIZ. INFORMATICA
· MOLIAS FERRER JAVIER. INFORMATICO/A. H ALCAÑIZ. INFORMATICA
· MARTIN LORENTE ANGEL. INFORMATICO/A. H ALCAÑIZ. INFORMATICA
· ALTABAS ALCON ADRIAN. INFORMATICO/A. H ALCAÑIZ. INFORMATICA
· LACUEVA PORTOLES PILAR ASUNCION. INFORMATICO/A. H ALCAÑIZ. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Hospitalización a Domicilio (HaD) es un género de hospitalización alternativo a la Hospitalización Convencional que presenta ventajas tanto para los pacientes que ingresan en ella (se benefician de la comodidad de su entorno habitual y disminuye los efectos adversos relacionados con la hospitalización convencional), y para la institución, al liberar camas de Urgencias y de las plantas de hospitalización.
En la actualidad, en el Hospital de Alcañiz, los pacientes pueden ingresar en HaD desde el área de Urgencias, desde las Consultas Externas y desde las camas de hospitalización, pero no directamente desde AP.
Tras tres años de funcionamiento hemos observado que existen pacientes que podrían ingresar directamente desde su domicilio en las camas de HaD, sin que fuera necesario su derivación previa al Servicio de Urgencias; serían pacientes seleccionados, que necesariamente precisan cuidados de rango hospitalario, que se encuentran estables y que por su condición e idiosincrasia, su derivación al Servicio de Urgencias supone un impacto negativo en su calidad de vida.
En el último año hemos recibido peticiones directas desde AP, generalmente por vía telefónica, realizando el ingreso directo desde el domicilio. Sin embargo, la vía telefónica es poco funcional y dificulta que la oportunidad de un ingreso directo, pueda llegar a todos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Facilitar el proceso de solicitud de ingreso en Hospitalización a Domicilio y permitir el ingreso de pacientes procedentes de AP, directamente desde su domicilio, evitando la actual imprescindible derivación a Urgencias.
Evitaremos desplazamientos de pacientes frágiles, contribuiremos a descongestionar Urgencias, e incrementaremos la ocupación del servicio de HaD que está menos congestionado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer de unos criterios de derivación directa desde Atención Primaria a Hospitalización de Domicilio (ver archivo adjunto).
Creación de un Gestor de petición de ingreso en Hospitalización a Domicilio (HaD), de acceso desde la intranet del Sector (para A. Primaria). El Gestor de petición tiene la finalidad de facilitar el proceso de solicitud de ingreso en Hospitalización a Domicilio y permitir el ingreso de pacientes procedentes de Atención Primaria (pacientes ubicados en su domicilio) para evitar que dichos pacientes tengan que acudir a Urgencias. Se trata de un modelo de formulario de fácil cumplimentación que reúne toda la información importante para que el equipo de HaD pueda tener conocimiento y decidir si el paciente puede ingresar en la Unidad.

Las potenciales ventajas del Gestor de Petición de ingreso son las siguientes:
Ventajas para el equipo de HaD: disponer de forma instantánea de la información necesaria para saber si un paciente puede beneficiarse de ingreso en HaD; organizar más eficientemente nuestro trabajo; maximizar el tiempo de conducción para atender el mayor número de pacientes, recorriendo el menor número de Km posibles; mejorar el índice de ocupación, al facilitar el acceso al recurso.
Ventajas para los Médicos de A. Primaria que solicitan el ingreso de un paciente en la Unidad: acceso fácil a un recurso diferente de enviar al paciente al Servicio de Urgencias; descongestionar el Servicio de Urgencias; evitar duplicar el trabajo; poder realizar la petición a cualquier hora del día o de la noche, de forma rápida y fácil, sin ser necesario llamar por teléfono.
Ventajas de los Pacientes: que los pacientes debilitados o en situación de fragilidad extrema, no tengan que desplazarse al Servicio de Urgencias; acceso universal al recurso; disminuir la los efectos adversos de la hospitalización convencional.
Ventajas institucionales: calidad: conocer el número de solicitudes que se rechazan y el motivo; organización: conocer la presión asistencial por meses y así aplicar el protocolo de reducción de camas (y personal) de forma más eficiente; maximizar los recursos Humanos; mejorar índice de ocupación de HaD; liberar camas del hospital; evitar la sobresaturación de Urgencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) Nº de ingresos directos desde AP desde la implantación del gestor, comparado con el año previo, antes de disponer del gestor.
• Año 2017: 392 ingresos y 6 procedentes de AP (1,5%)

Proyecto: 2018_0286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE ATENCION PRIMARIA (AP) PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

• Objetivo tras implantación del gestor: llegar al 5%
2) % de ingresos que proceden de AP no superen el 10%
• Para evitar los ingresos inadecuados en HaD (ingresos que podrían evitarse con un manejo desde A. Primaria).
3) Grado de satisfacción de los Médicos de A. Primaria con el Gestor.
• Encuesta por correo electrónico
4) Índice de Ocupación de HaD
• IO HaD durante 2017: 63,52% • Tras implantación del Gestor superar el 65% de ocupación, sobre todo en los meses de poca presión asistencial (mayo a octubre)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Diseño del formulario con los datos a recoger: ya realizado
- Elaboración del programa informático: Abril-Julio 2018
- Difusión del programa en Atención Primaria: Julio-Septiembre 2018
- Inicio uso del programa: Septiembre 2018
- Explotación de información estadística: 1º corte en Diciembre de 2018; 2º corte en Septiembre de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Multiples patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0410 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION EN EL SEGUMIENTO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL

2. RESPONSABLE ..... CARMEN NURIA PIQUERAS SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ BERNAD TAMARA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· DEL BUSTO CABREJAS TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· SANCHO VAL IGNACIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· RUIZ MARISCAL MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Es muy frecuente que la limitación idiomatica y el complicado circuito de nuestro hospital provoque que los pacientes vengan sin la analítica realizada, o realizada pero sin CD4 ni carga viral, lo que se traduce en duplicidades en el numero de visitas, retraso en al toma de decisiones y muchas veces en mas pruebas innecesarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Coordinar las citas de laboratorio (las determinaciones necesarias para el seguimiento de estos pacientes como poblaciones linfocitarias o CD4 y carga viral solo se realizan un dia a la semana y se envian a laboratorio de referencia de HUMS) junto con la cita, al menos un mes despues, en la consulta
2. Citar al paciente para analitica desde la propia consulta
3. Reducir la carga que supone el "circuito asistencial" para el paciente, evitando errores administrativos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para evitarlo estamos intentando coordinar las citas de extracciones desde la propia consulta, nos hemos comprometido a citar a todos los pacientes VIH desde la propia consulta de Medicina, siendo enfermeria de consulta quien se desplace al labaroatorio de extracciones para incluirlos con fecha concreta de esta forma ese mismo dia de la visita salen ya con fecha de analitica o bien por carta con fecha de analítica y visita en el mes siguiente.
De esta manera se pretende facilitar el circuito, evitar repetición de pruebas innecesarias así como visitas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Medir número de pacientes VIH que acuden a la consulta con analitica al menos un mes antes tas la implantacion del sistema de citacion desde la propia consulta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2018- Junio 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INFECCION VIH
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0726 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CALDERON MEZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO DORADO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente existe desconocimiento de las vías pertienentes de vacunación de pacientes en riesgo en los Centros de Salud.

Además de la formación oportuna, Nuestra Unidad necesita dar un impulso en la captación de pacientes que no son seguidos por especialistas médicos.

Actualmente el procedimiento es vía telefonica, en el cual no se queda reflejada ningún tipo de información en ambos sentidos. Con esta iniciativa se verá modificada la situación actual.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Potenciar protocolo de vacunación en los Centros de Salud de Atención Primaria

Proteger a los pacientes en Riesgo que no son detectados por Especialidades médicas en el Hospital

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ofertará a todos los centros de Salud del Sector Alcañiz la iniciativa de la consulta virtual de los pacientes que cumplan en la población diana del protocolo actual de vacunación en grupo de riesgo de nuestro sector.

En dicha petición de consulta, se decidirá si se valora en nuestra consulta medica o no es necesario la evaluación mediante la información aportada por medico de atención primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de consultas realizadas: Numero total de consultas solicitadas / numero de consultas realizadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Segundo semestre del 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población con al menos un grupo de riesgo de nuestro protocolo de vacunación
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_0867 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES RUIZ ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BAGAN SOLSONA PILAR. TEL. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE. TEL. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· JASANADA FLORES CARMEN. TEL. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GRIÑON ALONSO MARIA ISABEL. TCAE. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ABAS VILA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. LABORATORIO
· NAVARRO PARDOS CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital de Alcañiz se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en el área de serología desde el año 2007. La acreditación garantiza el diagnóstico microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en otras áreas del Laboratorio.

Con la puesta en marcha del Programa de detección precoz de cáncer de cérvix, en el que se recomienda realizar el cribado a mujeres entre 30 y 65 años en el Sector sanitario de Alcañiz, en el Servicio de Microbiología consideramos que sería conveniente realizar un proyecto de mejora para conseguir la acreditación de la técnica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Planificación de los requisitos necesarios para la acreditación de la técnica según Norma ISO 15189.

Realización del Procedimiento Técnico de Análisis "Detección de papilomavirus de alto riesgo"

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo.
- Implantación del control de calidad externo.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Redacción del Procedimiento Técnico de Análisis (PTA).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Indicador: Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo SI/NO

2. Indicador: Aseguramiento externo de la calidad = 90%

3. Indicador: realización del procedimiento técnico de análisis SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio: junio 2018
Fecha finalización: diciembre 2018

Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo: Junio-septiembre 2018

Aseguramiento externo de la calidad. Noviembre 2018

Realización del procedimiento técnico de análisis: diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.
Inclusión como un nuevo alcance del Servicio de Microbiología, de la técnica "Detección de papilomavirus de alto riesgo", para conseguir la acreditación de Entidad Nacional de acreditación (ENAC) en el año 2019.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres

Proyecto: 2018_0867 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0312 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO LOPEZ ALEJALDRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA GARCIA OLGA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
· BIELSA GRACIA SARA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
· IBAÑEZ MOLERO RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
· GARCES MAGRAZO DIANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
· ANTORAN MORENO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA
· LOPEZ JUBILLAR EVA MARIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La morbimortalidad de los pacientes en programa de hemodiálisis esta estrechamente relacionada con el acceso vascular del cual se dispone. Con la evidencia actual, se sabe que el uso de un cateter venoso central (CVC) como acceso vascular multiplica hasta por siete veces, el riesgo de complicaciones infecciosas con respecto a la fístula arteriovenosa (FAVi), con un importante aumento de mortalidad durante el primer año.
Por tanto, es fundamental conseguir la máxima incidencia y prevalencia de pacientes con FAVi normofuncionante en una Unidad de Hemodiálisis, por medio de, entre otras medidas, un programa de monitorización y seguimiento para la detección precoz de complicaciones (fundamentalmente estenosis y evitar posteriores trombosis del acceso) evitando maniobras de rescate del acceso no programadas, que implican aumento del riesgo para el paciente y aumento del gasto sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con la implantación de un un programa de monitorización, nos proponemos lograr:
* una detección precoz de FAVis disfuncionantes (reparacion de estenosis e intentar evitar trombosis) y poder realizar maniobras electivas que precisen para la recuperación funcional del acceso vascular, consiguiendo una mayor supervivencia del acceso.
* disminuir la incidencia/prevalencia de pacientes portadores de CVC (temporales o permantentes)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Diseñar e implementar un protocolo para la valoración y evaluación de FAVi mediante técnicas de primera generacion (monitorización clinica, % de recirculación) y su recogida en una hoja de datos para el seguimiento (al menos una vez a la semana)
2. Protocolización y estandarización con el personal de Enfermería de los diferentes pasos y parametros a recoger durante la sesión de hemodialisis para la obtención del parametro Qa (flujo del acceso vascular) mediante termodilución con una periodicidad, al menos, mensual.
3. Derivación precoz al Servicio correspondiente para la realización precoz de pruebas de imagen y/o reparación de FAVi con el intento de evitar complicaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores segun la Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis (GEMAV)
A) Pacientes con fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días que siguen a la realización del procedimiento (indicador de resultado). Estandar <35%
B) Porcentaje de fístulas arteriovenosas controladas clínicamente de forma precoz (4 semanas tras su realización). Indicador de proceso. Estandar 100%
C) Porcentaje de pacientes en los que se lleva un registro gráfico de zonas de punción durante las sesiones de hemodiálisis. Indicador de proceso. Estandar 100%
D) Porcentaje de pacientes prevalentes con más de 3 meses en programa de hemodiálisis que, a 31 de diciembre del año estudiado, se dializan a través de una fístula arteriovenosa nativa. Indicador de resultado. Estandar >75%
E) Porcentaje de pacientes que se dializan a través de un catéter venoso central no tunelizado durante más de 2 semanas consecutivas. Indicador de resultado. Estandar <5%
F) Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Indicador de resultado. Estandar 0.15 trombosis/paciente/año
G) Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Indicador de proceso. Estandar >90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración aproximada 12 meses:
Mayo 2018: Revisión, realización de protocolos y documentos para la recogida de datos
Junio 2018: Estandarización de maniobras y parametros que se deben de recoger
Julio 2018-Febrero 2019: Recogida de datos e implementación de las medidas
Marzo 2019: Realización de la memoria

Proyecto: 2018_0312 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Acceso vascular en paciente en hemodialisis
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0117 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MONICA AGUD CARDONA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· MUÑIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· FANDOS LORENTE SERGIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad en el servicio de broncos copias del Hospital de Alcañiz, el personal de enfermería realizaba todas sus tareas (entrevista a la llegada del paciente, preparación del paciente, apoyo al neumólogo en el desarrollo de la broncos copia y comprobación de la recuperación del paciente tras la prueba) sin ningún registro de lo que se había realizado.
Con este proyecto se pretende desarrollar una hoja de registro de enfermería en el servicio de broncoscopias para que todas las tareas realizadas por este personal queden registradas en las historias del paciente junto al informe de los neumólogos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El personal de enfermería del servicio de broncoscopias del hospital de Alcañiz desarrollaran una hoja de registro de sus actividades en este servicio.
Enfermería del servicio de broncoscopias rellenara la hoja de registro con cada paciente atendido en este servicio.
Cada paciente al que se le realice una broncoscopia en el hospital de Alcañiz, tendrá en su historia de neumología una hoja de registro de enfermería con todo lo realizado en dicho servicio por el personal de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realización de la hoja.
- Darla a conocer al servicio de broncoscopias.
- Implantarla en el servicio.
- La mayoría de los pacientes atendidos en broncospias tendrán en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia a final de año de la hoja de registro de enfermería en broncoscopias.
- Numero de paciente atendidos en el servicio de broncoscopias en tre marzo y diciembre del 2018 en los que existe en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas / numero de pacientes atendidos en el servicio de broncoscopias en tre marzo y diciembre del 2018.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Realización de la hoja: febrero 2018
- Darla a conocer al servicio de broncoscopias: febrero 2018
- Implantarla en el servicio: marzo 2018
- La mayoría de los pacientes atendidos en broncospias tendrán en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas: a partir de abril de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0118 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALQUEZAR FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FANDOS LORENTE SERGIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· AGUD CARDONA MONICA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
· MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes ven la espirometría como una prueba complicada y no saben muy bien el significado de la misma. Al requerir de su implicación en la realización y no ser sencilla, suelen tener una actitud reticente ante la misma. Además obvian la importancia de la misma y los cuidados que hay que tener antes de realizarla, además de sus contraindicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Hacer al paciente más partícipe de su proceso de enfermedad, empoderarle ofreciéndole la información que necesita, tanto del tipo de prueba que se le realiza, como del porqué, y precauciones que requiere. Además aprovecharemos la prueba broncodilatadora como un momento de educación sanitaria para corroborar que el paciente realiza correctamente sus inhaladores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un display informativo sobre la espirometría y ponerlo en los aledaños de las consultas de Neumología del Hospital que es donde se solicitan y realizan estas pruebas. También colocaremos en el Hall del Hospital a modo informativo para los pacientes visitantes.
Realizaremos educación sanitaria en todos los pacientes a los que realicemos espirometrías para consolidar su técnica inhalatoria, ya que según los últimos estudios alrededor de un 70% de los pacientes realizan mal la técnica de los inhaladores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Colocación de los 4 display en el Hospital.

Número de pacientes que reciben educación sanitaria sobre la técnica de inhalación/número de pacientes a los que se le realiza espirometría

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
15 de Abril comenzaremos la realización del display, lo valoraremos en mayo y lo imprimiremos y plastificaremos.
Junio de 2018 colgarlo en todos los lugares.
Desde la aceptación del proyecto comenzaremos a identificar a todos los pacientes a los que se les realiza educación sobre la técnica de inhalación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0402 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

2. RESPONSABLE ..... ELENA MUÑOZ FARJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BALLESTER MARCO LAURA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· SARRION MOCHALES MONTSERRAT. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· SAN MARTIN ANDRES MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· RIOS GARCIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· REGALES POZA NATALIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· FOZ PELLICER SILVIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Accidente isquémico transitorio (AIT) es un “Episodio breve de disfunción neurológica causado por isquemia focal cerebral o retiniana, cuyos síntomas típicamente duran < 1 hora, sin necrosis del tejido cerebral. Si hay un déficit neurológico aislado pero las pruebas de imagen se aprecia una imagen isquémica el diagnóstico no será AIT. El 23% de los ictus están precedidos por AITs en la semana previa. Pero el AIT no es solo un «marcador» de patología cerebrovascular, sino que incrementa el riesgo de sufrir cualquier episodio vascular grave como la cardiopatía isquémica. Se ha evidenciado que es mayor el riesgo de eventos vasculares tras un AIT si se demuestra enfermedad significativa de gran vaso o la aparición de lesión en la secuencia de difusión en el estudio de RM.
En el Proceso ictus del hospital de Alcañiz con fecha de noviembre de 2016 se define el protocolo de actuación del paciente que acude a Urgencias con sospecha de AIT. El protocolo se está siguiendo, pero la incorporación a la cartera de servicios del Doppler trancraneal y la puesta en marcha del Área de ictus son elementos que contribuirán a mejorar la atención y tratamiento de los pacientes con AIT.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Actualizar el Proceso de Atención al AIT.
- Realizar un diagnóstico precoz del AIT, diferenciándolo de otros procesos que podrían simularlo.
- Realizar el mismo día la consulta, las pruebas complementarias indicadas por parte de Neurología, establecer el riesgo vascular, iniciar la prevención secundaria y completar un informe de asistencia en Historia clínica electrónica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de un nuevo Procedimiento de Atención al AIT. Creación de base de datos de AIT.
- Sesiones de formación para Urgencias, Neurología, Medicina Interna, Enfermería área de ictus y Atención Primaria.
- Difusión a los servicios relacionados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disponibilidad del procedimiento
- Determinar el porcentaje de pacientes que ante la sospecha de AIT en urgencias realmente tienen esta patología
- Tasa de ingreso por AIT (nº AIT ingresados/nº AITs urgencias)
- Estancia media de pacientes con AIT en Area de Ictus/Hospitalización convencional
- Porcentaje de pacientes que presentan un ictus tras AIT en las primeras 48 horas, 1 semana, 4 semanas, 3 meses y un año.
- Porcentaje de pacientes en los que se precisa realizar RMN craneal con difusión, y estudio cardiológico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Constitución de equipo de trabajo: Mayo-Junio 2018
- Reuniones del equipo de trabajo y Elaboración de procedimiento operativo: Junio 2018
- Implementación en la práctica habitual: Julio-Diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0402 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0406 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT SARRION MOCHALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FOZ PELLICER SILVIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· MUÑOZ FARJAS ELENA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· BALLESTER MARCO LAURA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
· SANCHEZ PISA ENCARNA. TCAE. H ALCAÑIZ. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los protocolos de cribado de disfagia se han recomendado ampliamente para identificar pacientes con riesgo de aspiración. La AHA conviene que hay suficiente evidencia que apoya la eficiencia de realizar protocolos de cribado de disfagia para reducir el riesgo de neumonía, muerte o dependencia tras ictus. Se ha presentado el protocolo de seguimiento de disfagia en pacientes ambulatorios neurológicos en el Hospital de Alcañiz mostrando un beneficio clínico.
Hemos detectado que los pacientes hospitalizados en los que se objetiva una disfagia no se remiten a la consulta de disfagia para seguimiento evolutivo de la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Lograr un seguimiento adecuado de pacientes en los que se detecta disfagia tras un ictus.
- Evitar las complicaciones derivadas de una disfagia no tratada
- Detectar precozmente la necesidad de nutrición por vía enteral.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un equipo de trabajo
- Elaboración de un circuito de derivación de los pacientes con ictus en los que se ha detectado disfagia durante su hospitalización en fase aguda para mantener su continuidad asistencial tras el alta hospitalaria.
- Evaluación de la evolución de la disfagia postictal
- Evaluar el grado satisfacción de los usuarios/familiares.
- Difusión a los servicios relacionados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disponibilidad del procedimiento
- Número de visitas por cada paciente hasta el alta
- % pacientes que desarrollan neumonía, pérdida ponderal o fiebre de origen desconocido durante el seguimiento.
- % pacientes que precisarán de nutrición enteral
- Grado Satisfacción de los usuarios/familiares

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Constitución de equipo de trabajo: Marzo 2018
- Elaboración de procedimiento operativo: Abril 2018
- Implementación en la práctica habitual: Mayo 2018.

9. OBSERVACIONES.
Los resultados que se esperan obtener son:
- La nutrición de los pacientes con ictus y disfagia debe ser segura y adecuada
- Evitar neumonías por broncoaspiración, fiebres de origen desconocido y pérdida ponderal.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0406 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

Proyecto: 2018_0155 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DEL SO4MG EN SUS DISTINTAS APLICACIONES OBSTETRICAS

2. RESPONSABLE ..... PILAR ANDREU GISBERT
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN HERRERO MARIA JESUS. MATRONA. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCIA SALLINAS ESPERANZA. MATRONA. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SEBASTIAN SANZ ASUNCION. MATRONA. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BALFAGON GOMEZ CARMEN. MATRONA. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BARRABES SANCHEZ MYRIAM. MATRONA. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANCHO VIVES ESTHER. MATRONA. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· REAL CORDERO ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
EL SO4Mg ES UN FÁRMACO USADO EN DIFERENTES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS GRAVES: PREECLAMPSIA GRAVE, ECLAMPSIA, Y COMO NEUROPROTECTOR EN PARTOS PREMATUROS. LAS DOSIS DE INICIO Y DE MANTENIMIENTO, ASÍ COMO LA DILUCIÓN Y LA PERFUSIÓN, VARÍAN MUCHO SEGÚN LA PATOLOGÍA QUE SE ATAQUE.
LA INCIDENCIA DE ESTAS PATOLOGÍAS ES BAJA, PERO ESTO HACE QUE, AL NO SER PRÁCTICA HABITUAL, PUEDAN SURGIR DUDAS EN EL MANEJO DE ESTE FÁRMACO.
LOS PROTOCOLOS UTILIZADOS DESCRIBEN EL MODO EN QUE SE DEBE PREPARAR LAS DILUCIONES PERO, AL SER UN MOMENTO CRÍTICO, ES DIFÍCIL BUSCAR ENTRE LOS PROTOCOLOS A LA VEZ QUE SE ATIENDE A LA MUJER EN TODA SU PATOLOGÍA.
POR ELLO SERÍA ÚTIL TENER UN PÓSTER, EN LA ZONA DONDE SE PREPARA LA MEDICACIÓN, DONDE SE EXPONGA DE FORMA INEQUÍVOCA LAS DOSIS, DILUCIÓN Y PERFUSIÓN DEL SO4MG SEGÚN PATOLOGÍA. ESTO FACILITARÍA EL TRABAJO, ADEMÁS DE EVITAR CONFUSIONES EN SU ADMINISTRACIÓN.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- AUMENTAR LA EFICACIA Y EFECTIVIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO
- DISMINUIR LAS DUDAS SOBRE LA DILUCIÓN DEL SULFATO DE MAGNESIO Y DE SU PERFUSIÓN
- FACILITAR EL TRABAJO DE LAS MATRONAS DEL SERVICIO DE PARITORIO EN LA ATENCIÓN DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA GRAVE

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
MEDIANTE REUNIONES PERIÓDICAS Y TAMBIÉN MEDIANTE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE E-MAIL:
- REVISIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL ÁREA DE PARITORIO
- VALORAR CÓMO EXPONER DE FORMA ESQUEMÁTICA LAS DOSIS, DILUCIÓN Y PERFUSIÓN DEL SO4Mg SEGÚN PATOLOGÍA
- REALIZAR UN PÓSTER CON LA INFORMACIÓN PERTINENTE
- EVALUACIÓN DEL PÓSTER Y HACER LAS MODIFICACIONES QUE SEAN PRECISAS PARA SU MEJORA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS MATRONAS EN CUANTO:
o CLARIDAD EN LA EXPOSICIÓN DE LA DILUCIÓN Y DOSIS (DE 0 A 5: 0 POCO SATISFECHO, 5 MUY SATISFECHO)
o UTILIDAD DEL PÓSTER EN LOS MOMENTOS DE URGENCIA (DE 0 A 5: 0 POCO SATISFECHO, 5 MUY SATISFECHO)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- MARZO 2018: REUNIÓN DE LAS MATRONAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA:
o VALORAR LA NECESIDAD DE LA ELABORACIÓN DEL PÓSTER
o REUNIR LOS DATOS DE LOS PROTOCOLOS
o SELECCIONAR ENTRE LAS DISTINTAS FORMAS DE DILUCIÓN LA QUE SEA MÁS ÚTIL
- MARZO 2018: ELABORACIÓN DE BORRADOR DEL PÓSTER. LA RESPONSABLE DEL PROYECTO PRESENTARÁ UN BORRADOR DE PÓSTER QUE SE ENVIARÁ A TRAVÉS DE E-MAIL A TODAS LAS COMPONENTES DEL PROYECTO PARA QUE LO EVALÚEN
- MARZO 2018: COLOCAR EL PÓSTER EN LA SALA DE MEDICACIÓN DEL ÁREA DE PARITORIO.
- DICIEMBRE 2018: EVALUACIÓN DEL PROYECTO MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS MATRONAS
- REVISIÓN DEL PÓSTER CADA VEZ QUE SE CAMBIEN LOS PROTOCOLOS DE SO4MG, O AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0155 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DEL SO4MG EN SUS DISTINTAS APLICACIONES OBSTETRICAS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1104 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... ESTHER SANCHO VIVES
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REAL CORDERO ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PARITORIOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El número de Amniocéntesis ha descendido en los últimos años gracias a la introducción del ADN fetal como prueba de Screening en las gestantes con riesgo intermedio, pasando la Amniocéntesis a realizarse en casos de un Screening de riesgo alto, marcadores ecográficos, anomalía cromosómica parental o en gestación previa, riesgo de infección fetal con PCR disponible,...
El obstetra que realiza la amniocéntesis necesita de un ayudante que conozca la técnica además de las contraindicaciones relativas para evitar errores y así aumentar la seguridad de la gestante.
En la actualidad, en nuestro centro, todos los obstetras de la plantilla realizan Amniocéntesis y durante el último año han ayudado enfermeras y/o matronas diferentes.
La instauración de un Proceso de Amniocéntesis en nuestro hospital, permitirá comprobar que está todo preparado correctamente mediante la aplicación de un checklist previo que permitirá evitar errores y/o la interrupcion de la prueba, aumentando la seguridad de la gestante.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Crear el Proceso de Amniocéntesis para diagnóstico prenatal
Crear una hoja informativa de Amniocentesis y de recomendaciones post procedimiento para la gestante
Crear un checklist previo a la Amniocéntesis
Asegurar la identificación de los profesionales que realizan la Amniocéntesis
Implementar el Proceso de Amniocéntesis en todas las gestantes que precisen de esta prueba diagnóstica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisar el Procedimiento de Amniocéntesis así como los circuitos de comunicación de consulta, laboratorio y ecografías de gine en nuestro hospital
Entregar hoja de recomendaciones junto con el consentimiento informado en consulta
Aplicar el checklist previo a la amniocéntesis
Anotar nombre del obstetra y enfermera/matrona que realizan la prueba
Dejar checklist cumplimentado en la Historia Obstétrica de la gestante que se devuelve a consulta

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
nº Amniocéntesis con consentimiento firmado completo / nº total Amniocéntesis
nº Hojas de recomendaciones entregadas / nº total Amniocéntesis
nº Ckecklist completados / nº total Amniocéntesis

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A lo largo del año 2018

9. OBSERVACIONES.
-

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1353 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM) EN LA GESTANTE

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VICENTE LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REMACHA SIENES MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MONTAÑES BELLO PAOLA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· REDRADO GIMENEZ OLGA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALOS PUEYO LUIS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CAMPO GOMEZ CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DOMINGUEZ FUENTES JULIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La RPM se define como la rotura de las membranas amnióticas que sucede antes del inicio espontáneo del parto y se clasifican según la edad gestacional en:
RPM a término.
RPM pretérmino: a) 34 - 36´6 semanas.
b) 24 - 33´6 semanas.
RPM antes de la viabilidad fetal < 24 semanas.
El Hospital de Alcañiz, es un Hospital asistencial de NIVEL 1, que precisa en determinados casos clínicos el traslado de pacientes a su Hospital de referencia y en el caso de las gestantes debe trasladar a aquellas con RPM y edad gestacional < 35 semanas, precisando unificar criterios de actuación, entre los propios miembros del Servicio y los del Hospital de referencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Efectuar recomendaciones generales sobre el manejo de la RPM, tomando como base guías publicadas por organismos oficiales y sociedades científicas.
Todas las gestantes que acudan al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Alcañiz con RPM
Todos los profesionales del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Alcañiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Revisión por parte de los miembros del proyecto de las guías clínicas publicadas por Organismos Oficiales y por Sociedades científicas sobre la RPM.
2.- Sesiones clínicas entre los miembros del proyecto para consensuar las recomendaciones en base a los documentos revisados.
3.- Redacción por parte de los miembros del proyecto de un documento con las recomendaciones en la actuación en la RPM en la gestante.
3.- Sesiones clínicas de información a todos los miembros del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Alcañiz del nuevo Protocolo de manejo de la RPM en la gestante.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de gestantes que acuden a Urgencias con RPM.
Nº de gestantes que acuden a Urgencias con RPM y se aplica el nuevo protocolo.
Nº de gestantes con RPMP derivadas al Hospital de referencia.
Nº de gestantes con RPMP derivadas al Hospital de referencia con el nuevo protocolo aplicado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de puesta en marcha del proyecto: a lo largo de 2.018
Finalización 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0385 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ LATRE REBLED
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· BELLES CENTELLES SANDRA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· DOBON ASCOZ ANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· GONZALEZ TOMAS BLANCA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· CUARTERO LOZANO DAVID. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· GOMEZ BORRUEY ANA. TCAE. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente en el Hospital de Alcañiz existen protocolos quirúrgicos para la intervención de catarata y glaucoma, que no se atienen fielmente a la actividad diaria de dichas cirugías.
Por ello, interesa la puesta al día de estos protocolos para reflejar por escrito nuestra práctica clínica-quirúrgica a día de hoy correctamente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora de la asistencia sanitaria como fin último en base a:
- La correcta descripción y recogida de las maniobras y materiales quirúrgicos utilizados por el personal de enfermería y el/los cirujanos en cada una de las cirugías.
- La disminución de la variabilidad en la práctica quirúrgica, unificando criterios de actuación entre los profesionales.
- La disminución de procedimientos innecesarios durante la asistencia del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Actualización y mejora de un protocolo basado en la evidencia y adaptado a los recursos de estructura y tecnología de nuestro hospital.
2-Creación de un grupo de trabajo.
3-Se programarán reuniones del grupo si se precisa actualizarlo.
4-Se colgará en intranet para su difusión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disponibilidad de todos los protocolos..
- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en intranet.
- % de pacientes intervenidos con registro del protocolo correctamente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0742 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA: AREA DE PACIENTES AMBULANTES Y EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER CASTRO ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ ALONSO EDGAR. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALONSO TRIANA YARA MARIA. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· LATRE REBLED BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· MALDONADO DOMENECH ANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· LARIO MARCO SANDRA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· GONZALEZ TOMAS BLANCA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los procesos de prescripción médica – validación farmacéutica – elaboración – dispensación resultan complejos y requieren de la participación minuciosa de diferentes profesionales para garantizar la seguridad del paciente.
Evitar errores de medicación en cualquiera de las fases del circuito es una medida prioritaria en toda institución.
Gracias a herramientas informáticas podemos facilitar, simplificar y automatizar los procesos de prescripción médica, validación farmacéutica, preparación y dispensación. Todo ello, supone una reducción en los errores de medicación, así como la optimización de los procesos.
Actualmente la prescripción en el Servicio de Oftalmología se está realizando de forma manual, lo que puede conllevar a errores y a una gestión ineficiente de los recursos.
Resultados satisfactorios de la implantación electrónica en Servicios como Oncología Médica, Hematología, Digestivo, Reumatología y Dermatología, apoyan el proyecto. Se obtuvieron mejoras previstas tanto en las relacionadas con la seguridad del paciente como en el circuito prescripción médica-validación farmacéutica-elaboración-dispensación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Implantación de la prescripción médica electrónica en el ámbito de Pacientes Ambulantes y Pacientes Externos del Servicio de Oftalmología.
- Mejora en el proceso de prescripción médica en Oftalmología.
- Optimización de la programación de los planes terapéuticos de los pacientes, de tal forma que permita realizar una planificación de la actividad y de los recursos necesarios tanto para el servicio de Farmacia Hospitalaria como de Oftalmología.
- Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Reducción de la probabilidad de errores.
- Aumento de la seguridad en la elaboración de los preparados oftalmológicos, así como en la dispensación.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Mejora en el proceso de preparación y dispensación.
- Optimización en la gestión de stocks de Fármacos e imputación de consumos por paciente (mejora en la trazabilidad).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un grupo de trabajo, y programación de reuniones para la puesta en marcha, seguimiento y evaluación del proyecto.
- Formación por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a los facultativos del Servicio de Oftalmología en materia de prescripción informatizada y de programación de los planes terapéuticos.
- Se revisarán y adaptarán de forma consensuada protocolos estandarizados en función del diagnóstico e indicación.
- Impresión en Farmacia de: previsión de pacientes y fármacos necesarios, hojas de preparación para enfermería, etiquetas por paciente y preparado a elaborar.
- Mejor control de calidad de las preparaciones así como registro informatizado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº de prescripciones médicas electrónicas del Servicio de Oftalmología versus no electrónicas del total de prescripciones médicas del Servicio de Oftalmología.
-Nº de preparados oftalmológicos preparados mediante proceso informatizado del Servicio de Oftalmología versus no electrónicas del total de preparados.
-Porcentaje de pacientes con programación por parte del médico en el sistema informático respecto del total de pacientes programados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2018: Formación a facultativos del Servicio de Oftalmología y adaptación/configuración de protocolos.

Proyecto: 2018_0742 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA: AREA DE PACIENTES AMBULANTES Y EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Instalación del programa en los terminales informáticos.
Julio - Septiembre 2018: Puesta en marcha y validación del proceso de informatización. Introducción de mejoras.
Octubre 2018 –Enero2019: Seguimiento e implantación de mejoras.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0171 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... NIEVES GALAN CERRATO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ ALEJANDRO MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ORDOÑEZ FERRER MARIA MAR. MEDICO/A. CSS SAN JUAN DE DIOS. ESAD
· CRUZ DAUDEN ALEJANDRO. ENFERMERO/A. CSS SAN JUAN DE DIOS. ESAD
· REAL CORDERO ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ARIÑO ALBAJEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ORTI MOLES JESSICA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
JUSTIFICACIÓN:
El paciente oncológico en situación terminal, es derivado al servicio de cuidados paliativos domiciliario en la mayoría de los casos. El problema actual y la tendencia de los hospitales es hacia la desvinculación de los cuidados al final de la vida. Desvinculación entre el servicio de oncología y el servicio de cuidados paliativos domiciliario, que incluye el proceso de duelo de los familiares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL:
1. Adecuación del cuidado del paciente y familiares al final de la vida, incluyendo proceso de duelo.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
1. Ayuda en toma de decisiones al final de la vida

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
MATERIAL:
El plan de comunicación entre los servicio de cuidados paliativos a domicilio y el servicio de oncología médica se realizará de dos maneras:
1- Visitas o reuniones periódicas, con una periodicidad bimensual.
En cada reunión de ambos servicios, se abordarán temas como dificultades del manejo de síntomas en domicilio, planificar ingresos puntuales, evitar ingresos hospitalarios innecesarios y/o pruebas innecesarias.
2.- Contacto telefónico en caso de mal control de síntomas
3- Contacto telefónico en caso de fallecimiento del paciente, para que su equipo médico pueda ayudar en el proceso de duelo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
RESULTADOS Y EVALUACIÓN:
1. Registro de ingresos hospitalarios programados y urgentes de pacientes en cuidados paliativos domiciliarios.
2. Registro de llamadas para manejo de síntomas de pacientes en cuidados paliativos domiciliarios.
3. No podemos objetivar el grado de satisfacción de los familiares en el proceso de duelo del paciente.
Realizaremos un registro de aquellos pacientes que siguen cuidados domiciliarios hasta el fallecimiento del paciente que incluyan al menos una llamada telefónica por parte del servicio de oncología médica y/o de su oncólogo de referencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
CRONOLOGÍA:
El periodo previsto para la realización del proyecto es de un año.
Periodo de implantación: 1 mes, hasta la formalización del mismo con la reunión de los servicios implicados.
(Hospital San Juan de Dios ayuda a domicilio y Servicio de oncología médica Hospital de Alcañiz).
Comunicación: prevista comunicación oral al congreso de calidad de Aragón junio 2018 para extrapolar el proyecto a otros servicios.

9. OBSERVACIONES.
OBSERVACIONES.
el fin de dicho proyecto es crear un circuito donde el paciente oncológico que es derivado a cuidados paliativos domiciliarios no se establezca fuera del marco del contexto donde ha sido tratado.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0171 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0172 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

2. RESPONSABLE ..... JUAN ANTONIO VERDUN AGUILAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALAN CERRATO NIEVES. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ALVAREZ ALEJANDRO MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· BELENGUER CARRERAS LINA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ARMAS PEREIRA SUSANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· SALVO INGLES NATIVIDAD. TCAE. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
JUSTIFICACIÓN:
Los nuevos tratamiento de inmunoterapia administrados a los pacientes pueden llegar a provocar efectos secundarios moderados graves, cuyo tratamiento inicial es diferente a la toxicidad de los tratamiento citostáticos.
Las nuevas indicaciones de inmunoterapia en los diferentes tipos de tumores sólidos han cambiado durante el año 2017 y seguirán cambiando durante los próximos años.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS:
1. Informar al paciente, familiares y al servicio de urgencias de los posibles efectos secundarios de los nuevos tratamientos administrados.
2. Recomendaciones de actuación urgente y pauta inicial de tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACCIONES PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS:
1 - Crear hoja para entregar al paciente con:
- el nombre del fármaco administrado
- los efectos secundarios más frecuentes producidos por el mismo en los ensayos clínicos fase 3 de aprobación del mismo
- las recomendaciones de tratamiento inicial.
2 - Notificar el cambio en el paradigma del tratamiento del cáncer al servicio de Urgencias hospitalaria. Se precisará una reunión informativa o sesión clínica entre los servicios de oncología médica y urgencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADIORES DE EVALUACIÓN.
- registro de número de consultas a urgencias al año de efectos secundarios producidos por inmunoterapia en paciente oncológico.
- registro de ingresos hospitalario por toxicidad secundaria a inmunoterapia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN. CRONOLOGÍA:
- Instauración durante el periodo de 2 meses.
Reunión del servicio de oncología médica y del servicio de Urgencias del hospital de Alcañiz.
De abril a mayo de 2018
- Registro de eventos durante 1 año de forma prospectiva.
De mayo de 2018 a mayo de 2019

9. OBSERVACIONES.
AMPLIACIÓN DEL PROYECTO:
Está previsto ampliar el proyecto a recomendaciones del paciente hematológico con tratamiento de inmunoterapia que requiera un manejo de toxicidaces diferente a la toxicidad por quimioterapia.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0202 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO

2. RESPONSABLE ..... JESSICA ORTI MOLES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REAL CORDERO ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ARIÑO ALBAJEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ALVAREZ ALEJANDRO MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· GALAN CERRATO NIEVES. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· FERNANDEZ ALONSO EDGAR. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La extravasación de un fármaco citostático es una de las complicaciones más graves que conlleva la administración intravenosa de dichos fármacos debido a la negativa repercusión sobre la salud del paciente, por lo tanto es imprescindible un correcto establecimiento de las pautas de actuación y darlas a conocer al personal de nuestro servicio.
Dicho problema es algo poco frecuente en nuestro servicio por lo que el personal del Hospital de día del Hospital de Alcañiz precisa de una herramienta de fácil acceso a la que acceder ante tal problema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-DISMINUIR EL TIEMPO DE ACTUACIÓN ANTE EL ACONTECIMIENTO.
-AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ADMINISTRADO
-DISMINUIR LAS COMPLICACIONES EN EL PACIENTE
-AUMENTAR LA SEGURIDAD Y CONFIANZA DEL PROFESIONAL
-FACILITAR EL TRABAJO DEL PROFESIONAL

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-REVISIÓN DEL PROTOCOLO DEL SERVICIO
-UNIFICAR CRITERIOS DENTRO DEL EQUIPO
-REALIZACIÓN DE UN PÓSTER (TIPO ALGORITMO)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO (DE 0 5: 0 - POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)
-CLARIDAD EN LA EXPOSICION DE LAS PAUTAS (DE 0 A 5: 0- POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)
-UTILIDAD DEL POSTER EN ELMOMENTO DE URGENCIA (DE 0 A 5 : 0 POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-MARZO 2018: REUNION DEL PERSONAL DEL SERVICIO PARA:
*REVISIÓN DEL PROTOCOLO EN COLABORACIÓN CON LOS FARMACEUTICOS
* REUNIR LOS DATOS NECESARIOS PARA EL PÓSTER
*ELABORACIÓN DEL BORRADOR DEL PÓSTER: LA RESPONSABLE DEL PROYECTO PRESENTARÁ UN BORRADOR DE PÓSTER QUE LO MANDARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO AL RESTO DEL EQUIPO PARA SU EVALUACIÓN
*REALIZACIÓN DEL PÓSTER
-DICIEMBRE 2018: EVALUACIÓN DEL PROYECTO MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO.
-REVISIÓN DEL PÓSTER CADA VEZ QUE SE CAMBIEN LOS PROTOCOLOS.
*

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1373 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALVAREZ ALEJANDRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VEDUN AGUILAR JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· GALAN CERRATO NIEVES. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· FERNANDEZ ALONSO EDGAR. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALONSO TRIANA YARA MARIA. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
· ARIÑO ALBAJEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ORTI MOLES JESSICA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA
· ARMAS PEREIRA SUSANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los tratamientos utilizados en Oncología tienen una serie de efectos secundarios entre los que se encuentran las náuseas y los vómitos. No todos los fármacos tienen el mismo riesgo emetógeno y según sea, la pauta utilizada de antiemesis puede variar. Por otra parte, en los últimos años hemos asistido a la incorporación de nuevos antieméticos lo que conlleva una modificación en dichas pautas de antiemesis. La estandarización de los esquemas de antiemesis se impone para simplificar el trabajo en Hospital de día, evitar errores, unificar criterios y ajustarlos a las principales guías oncológicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Unificar las pautas de antiemesis utilizadas en Hospital de Día de Oncología siguiendo las principales guías oncológicas.
- Agrupar las pautas utilizadas según el riesgo emetógeno del tratamiento oncológico (alto riesgo, moderado riesgo, bajo riesgo y mínimo riesgo).
- Crear protocolos de antiemesis previo al tratamiento en el programa de prescripción electrónica de farmacia y asociarlos a los distintos esquemas de tratamiento.
- Elaborar “paquetes de antiemesis” para domicilio que se entregarán al finalizar el tratamiento en Hospital de Día a cada paciente. Dichos paquetes preelaborados, facilitarán el trabajo de enfermería y minimizarán la probabilidad de error y confusión. Asimismo, llevarán incorporada una pequeña explicación de la pauta para el paciente que será explicada en cada caso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesiones conjuntas de los Servicios de Oncología y Farmacia en las que se revisen las principales guías oncológicas y se unifiquen criterios.
- Incorporación de los protocolos de antiemesis en el programa de prescripción electrónica.
- Elaboración de los “paquetes de antiemesis para domicilio” por parte de Enfermería de Hospital de Día.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de esquemas de tratamiento oncológico con su pauta de antiemesis correspondiente.
- Porcentaje de pacientes a los que se les entrega el “paquete de antiemesis para domicilio”.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2018 – 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0290 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION EN UN SERVIDOR SEGURO LAS IMAGENES PATOLOGICAS DE FIBROSCOPIA LARINGEA

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MOLINER PEIRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ ROMERO BEGOÑA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OTORRINOLARINGOLOGIA
· MILIAN RILLO MARIA ASUNCION. TCAE. H ALCAÑIZ. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente las imágenes patológicas que vemos en la fibroscopia laríngea la dibujamos en la historia clínica.
Lo que deseamos es que las imágenes patológicas se guarden el un servidor seguro y de esa manera ver la imagen real y poder revisarla en la evolución

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incluir en un Servidor seguro todas las imágenes patológicas de la fibroscopia laríngea

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Instalación de software Medi-Capture por parte del Servicio de informática
Conexión con el Fibroscopio
Formación para el manejo del Software

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes a los que se realiza fibroscopia laríngea y presentan imagen patológica y se realiza registro con el programa Medi-Capture

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 2017 instalación de software Medi-Capture y grabarlo en un servidor seguro
Junio 2017 Inicio d el actividad
Enero 2018 Evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0341 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... NURIA CLAVERO MONTAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORDEN RUEDA CLAUDIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· OCHOA GOMEZ LAURA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· GARCIA LORENTE CONCEPCION. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· MARTINEZ SORIANO MARIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· OLIVEROS GARIN ANABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· ROCA PONZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se habla mucho de anquiloglosia o frenilllo lingual corto como factor perturbador de la lactancia materna. La lengua está sujeta al suelo de la boca y no puede realizar los movimientos necesarios para que el bebé pueda mamar de manera eficaz sin comprometer el bienestar de su madre.
El frenillo está bajo la lengua, insertado, de manera ideal, dentro de la lengua. Sin embargo, cuando en etapas embrionarias se desarrolla la cavidad oral y los músculos el frenillo puede quedar fuera de la lengua, lo que impide los movimientos de la lengua que permiten al bebé tomar la leche. Estos movimientos son necesarios para que el bebé pueda mamar de manera
placentera y eficaz y para que de ués pueda realizar los movimientos necesarios para tragar el bolo digestivo con facilidad.
El frenillo no tiene ninguna función específica si está situado fuera de la lengua por lo que seccionarlo, si es necesario, no perjudica al bebé. Sin embargo la anquiloglosia puede perjudicar tanto a la madre como al bebé.
Para la madre, el mayor inconveniente es el dolor: se producen grietas, isquemias e
infecciones bacterianas. Hay casos de hipogalactia y también de madres cuyas glándulas mamarias para compensar el problema disparan la producción, lo que hace que padezcan ingurgitaciones constantes.
Para los bebés, las consecuencias del frenillo corto pueden variar mucho. A corto plazo afectan negativamente a la lactancia, a medio y largo plazo causan también otros trastornos: si la lengua no tiene capacidad de elevación por frenillo corto se afecta toda la estructura maxilofacial, respiran más por la boca que por la nariz, duerman con la boca abierta y roncan durante el sueño aumentando la predisposición a bronquitis y neumonías. Hay estudios que relacionan la anquiloglosia con > incidencia de apneas del sueño. La maloclusión dental es otro problema derivado. Y al crecer, surgen problemas logopédicos en la pronunciación.
Podríamos resumir que el frenillo corto puede causar dificultades en la lactancia y, a posteriori, otros trastornos, por lo que es necesaria una evaluación específica del frenillo corto en las parejas madres/bebés que presenten obstáculos en la lactancia.
Cuando observamos una toma, habría que ir mucho más allá de la simple verificación de un buen agarre y una buena postura, puesto que la lengua es uno de los primeros motores de la lactancia y debe funcionar perfectamente para conseguir una lactancia materna placentera y eficaz para madre y bebé.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto se realizará sobre todos los RN de la planta de maternidad, en el periodo de tiempo establecido. Se llevará a cabo:
-Valoración clínica de la presencia de frenillo sublingual, según clasificación de Coryllos-Watson Genna
-Valoración de la presencia de dificultades en la lactancia materna.
El objetivo final es mejorar y apoyar la lactancia materna durante el ingreso en maternidad, a través del tt° adecuado de los frenillos sublinguales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hay que evaluar el grado de movilidad de la lengua. La elevación parece ser el movimiento que más influye en la lactancia, por lo que debe pesar más que los demás parámetros al evaluar la anquiloglosia.
La valoración del tipo de frenillo se hace de manera visual o digital (clasificación de Coryllos-Watson Genna).
Es importante señalar que tener un tipo u otro de anquiloglosia no supone mayor o menor dificultad para mamar. Sin embargo, esta clasificación nos permite usar una nomenclatura común. Si es necesario, la intervención más habitual para intervenir la anquiloglosia se denomina frenotomía. Se puede realizar de forma ambulatoria por profesional con experiencia o de forma quirúrgica por cirujano.
Actualmente hay evidencia científica suficiente que sugiere que la frenotomía se asocia con mejoras de la lactancia materna. Y es importante realizar, tras frenotomía, ejercicios de fisioterapia para mejorar la succión y evitar que la lengua quede de nuevo anclada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Registro en historia del recién nacido de la presencia o no de frenillo sublingual (Estándar 100%)

Proyecto: 2018_0341 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

-Registro en la historia clínica de la presencia o no de problemas en la lactancia materna (Estándar 100%)
-Registro en la historia de la aplicación o no de frenotomia. (Estándar 100%)
-Registro de entrega a los padres de hoja de ejercicios de rehabilitación tras frenotomia
Indicadores:
-(Nº total de RN con frenillo que interfiere en la lactancia/ Nº total de RN con frenillo) x 100
-(Nº total de frenotomias por interferencia con la lactancia/ Nº total de frenotomias) x100
-Nº de hojas de rehabilitación entregadas/Nº total de frenotomías realizadas) x100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se recogerán datos durante 3 meses.
La valoración del frenillo se hará en las exploraciones al RN por parte del pediatra. Y los posibles problemas en relación a la lactancia materna serán valorados durante todo el ingreso por cualquiera de los profesionales implicados en el proceso, quedando constancia en la HC.
Si hay que realizar frenotomia, debe quedar recogido en la HC del RN que se ha facilitado a los padres hoja de ejercicios para rehabilitar la succión.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0344 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA ORDEN RUEDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLAVERO MONTAÑES NURIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· BERDUN CHELIZ ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· PALOMAR JOVEN MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· DOMINGO LOPEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· GARCIA VILLAR PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· FERNANDEZ ARENAS EMILIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· COMAS MANAUTA EVA MARIA. TCAE. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes ingresados en la planta de pediatría frecuentemente lo hacen por causas leves o moderadas, cuando lamentablemente, la situación es grave, crítica o que requiere de recursos que no tenemos en la planta de hospitalización de un hospital comarcal se requiere el traslado de los mismos a hospitales de tercer nivel. Durante este traslado nos vemos sometidos a cierta presión y nerviosismo pues tenemos que transmitir toda la información acerca del estado del paciente y, al mismo tiempo, verificar que el paciente esté estable previo a su traslado. Cuando acude el servicio de ambulancia medicalizada a recoger a dichos pacientes, el momento del pase de la información del mismo es crítico. El objetivo es estandarizar este pase con el fin de mejorar la transmisión de información de dichos pacientes para tratar de disminuir errores de comunicación que frecuentemente causan riesgos para la seguridad del paciente.
Está ampliamente aceptado que el factor fundamental para evitar la aparición de complicaciones que deriven en un aumento de la morbilidad y mortalidad es una adecuada planificación, consistente en: 1) estabilización previa del enfermo, 2) valoración de peligros potenciales y de las necesidades individuales, 3) necesidad de monitorización, 4) preparación del material y 5) mantenimiento de la vigilancia clínica y tratamiento instaurado en planta. Todos estos aspectos se manejan de forma más segura con una hoja de verificación pues facilita su cumplimiento y mejora la seguridad y, en consecuencia, la estabilidad de este.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con el uso de esta herramienta se revisará de manera sistematizada y continua el manejo de cada paciente trasladado requiriendose una mayor implicación de todo el Servicio. Se espera observar, aunque de manera subjetiva, una mejora del traspaso de información acerca de estos. Gracias a la detección de errores a través del checklist se evitará la pérdida de información relevante acerca de la situación clínica del paciente. Se trata de un proyecto de mejora que se perfeccionará en un futuro próximo cuando se detecten los errores más frecuentemente realizados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creamos una lista de verificación o checklist (ANEXO 1) como herramienta de ayuda para el pase o handoff de los pacientes que van a ser trasladados desde la planta de hospitalización. Esta herramienta se utiliza de manera prospectiva durante 6 meses, con el fin de detectar posibles puntos de mejora e implantarlo en un futuro próximo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cumplimentación Lista de Verificación o check-list por parte del médico-enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
Firma de médico y enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
Registro de pacientes trasladados con sus diagnósticos (estándar 100%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se implantará durante 6 meses,iniciándose en Junio de 2018 con el fin de detectar posibles puntos de mejora e implantarlo en un futuro próximo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIAS QUE REQUIERAN TRASLADO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0344 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0484 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... LAURA OCHOA GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERDUN CHELIZ ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· MARIN ABAD TERESA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
· ANDRES LOPEZ VANESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· GASCON POLO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· ESPINAL HERNANDEZ ANDREA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· BARRABES SANCHEZ MIRIAM. MATRONA. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· SANCHO VIVES ESTHER. MATRONA. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La práctica del contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido inmediatamente tras el nacimiento, tiene grandes beneficios para ambos ampliamente demostrados. Esta práctica favorece el inicio de la lactancia materna desde el mismo momento del nacimiento del bebé, así como su mantenimiento posterior, además en el recién nacido se produce una mejor regulación metabólica, de la temperatura, menos llanto y una conducta afectiva más satisfactoria. En la madre destaca que previene la atonía uterina, debido a que el contacto con el neonato en los primeros momentos tras el parto, desencadena en la madre reflejo vagal que aumenta la secreción de oxitocina provocando una mejor involución uterina, una disminución de la hemorragia posparto y por tanto una mejoría de la anemia puerperal.
Estas evidencias han hecho que las sociedades científicas y las instituciones nacionales e internacionales recomienden su aplicación tanto en los partos normales como en las cesáreas. El CPP forma parte de los diez pasos de la “Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento”(IHAN), está incluido en la “Declaración de Barcelona sobre los derechos de la Madre y el Recién Nacido” (2001), en las recomendaciones del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (2001), en las del Comité de Lactancia Materna de la AEPED (2005), y en las de la Sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría (2005).
Desde la publicación de la estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad, esta práctica se va implantando progresivamente en España y el CPP en los partos vaginales se realiza en casi todos los centros sanitarios. Sin embargo, cuando una embarazada precisa la realización de una cesárea, lo habitual es la separación de la madre y su hijo.
En el supuesto de no poder practicar el CPP con la madre, la OMS y la IHAN recomiendan practicarlo con el padre, pues en estos casos el recién nacido también se tranquiliza, deja de llorar y facilita el desarrollo de comportamiento prealimenticio del bebé, además de reforzar el papel paterno.
En nuestro centro en los partos vaginales, si el recién nacido no precisa reanimación, al nacimiento se realiza el CPP madre-hijo inmediato sin interrupción. En el caso de parto mediante cesárea, se inicia CPP padre-hijo tras la valoración del recién nacido por pediatra, si el padre lo desea, y dependiendo de las condiciones del área de despertar y del personal sanitario que esté en esos momentos, se realiza CPP madre-hijo en el despertar, que no suele ser antes de los 30 minutos tras el nacimiento.
La existencia de un protocolo consensuado sobre la forma de realizar el CPP tras las cesáreas entre los servicios implicados va a permitir aplicarlo como un procedimiento de cuidados habituales con el objetivo de conseguir un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, pero sin olvidar que se trata de una cirugía mayor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Protocolizar el proceso de la realización del CPP madre-hijo tras las cesáreas en área de despertar
- Favorecer el ambiente adecuado para poder realizar el CPP con las madres que lo deseen en el área del despertar tras una cesárea
- Ofrecer el apoyo necesario en el área de despertar por el personal sanitario
- Favorecer el acompañamiento por parte del padre durante el CPP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se va a elaborar un protocolo para realizar CPP madre-hijo consensuado con todos los servicios implicados (servicio de pediatría, servicio de anestesia, personal de quirófano, personal de paritorio, personal de planta de maternidad)
Se va a elaborar una hoja de registro para valorar si existen factores que pueden ocasionar incidencias o contraindicar el CPP precoz madre-hijo y para llevar el control de la realización del CPP tras la cesárea en el área de despertar de nuestro hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de Hojas de registro de la realización de CPP tras cesárea en la historia del Recién Nacido/ Número total de cesáreas (ESTANDAR 100%)
- Número de casos de realización de CPP madre-hijo tras cesárea sin contraindicación materna/neonatal/ Número total de cesáreas (ESTANDAR 80%)

Proyecto: 2018_0484 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- Número de casos de CPP padre-RN hasta llegada de la madre al despertar/Número total de cesáreas (ESTANDAR 100%)
-Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el CPP madre-hijo en despertar

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En los primeros 3 meses se va a proceder a la elaboración del protocolo para realizar CPP madre-hijo tras cesáreas en área de despertar consensuado por todos los servicios implicados. Se elaborará también una hoja de registro para el control de cómo se realiza ese CPP.
Durante los 3 meses siguientes tras la puesta en marcha del protocolo se realizará la monitorización de las hojas de registro del control de CPP.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. LACTANCIA MATERNA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0981 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... LOURDES HEREDIA FERRER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PRUEBAS FUNCIONALES
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ GIMENEZ RUBEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PRUEBAS FUNCIONALES
· REAL CORDERO ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ENFERMERIA
· SANCHO VIVES ESTHER. MATRONA. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tanto para la realización de ecografías ginecológicas como para la realización de electros de corazón, se necesita que los pacientes se quiten ropa o se descubran partes del cuerpo. Una gran mayoría de los pacientes que pasan por este servicio son personas que no comprenden español y que no entienden nuestras indicaciones. Además el hecho de tener que quitarse ropa les supone, la mayoría de las ocasiones, sensaciones de angustia. Si a todo esto sumamos que durante la realización de las pruebas tienen que comprender nuestras órdenes, nos encontramos ante situaciones en las que el paciente se encuentra ansioso sin comprender el resultado de la prueba ni las actuaciones que tienen que hacer posteriormente, por no comprender la información.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Creación de pictogramas que ayuden a pacientes que no entienden español o tienen dificultades para comprender la información que se les transmite durante la prueba.
- Reducir la ansiedad de los pacientes ante este tipo de pruebas que requieren retirada de ropa.
- Facilitar el trabajo de los profesionales de este servicio durante la realización de la prueba sin tener que requerir de la ayuda de terceras personas ajenas al paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de pictogramas indicando las actividades que van a tener que realizar los pacientes durante la realización de las pruebas.
Evaluación de la pertinencia de los pictogramas creados e inclusión de nuevos que se vayan necesitando acorde a la práctica clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador: creación y uso de los pictogramas en la práctica clínica diaria.
Variable dicotómica: SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio y julio: creación de los pictogramas.
Julio- Diciembre: evaluar la pertinencia de los pictogramas creados y crear nuevos si fuera necesario.

9. OBSERVACIONES.
Este proyecto cuenta con la colaboración de de Arasaac que son los dibujantes de los pictogramas y también con el proyecto de pictoparto.

Como responsable del proyecto está Lourdes Heredia Ferrer quién mandó otro proyecto apareciendo como responsable pero que al final no se va a realizar.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1336 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... LICCET TATIANA DURAN SANDOVAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BECERRA DARRIBA HELENA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· GONZALEZ PANZANO MANUEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA
· SANCHEZ LUCAS NAIARA. PSICOLOGO/A CLINICO. USM ALCAÑIZ. PSICOLOGIA CLINICA
· GARCES TRASOBARES ROSA. PSICOLOGO/A CLINICO. USM ALCAÑIZ. PSICOLOGIA CLINICA
· PANZANO GRACIA EMMA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. USM ALCAÑIZ. SALUD MENTAL
· SAENZ BALLOBAR ANA MARIA. PSIQUIATRA. H ALCAÑIZ. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica que puede acontecer en cualquier entorno, en el domicilio del paciente, la calle, en un hospital, en un centro de salud. El primer facultativo que se acerca a atender esta urgencia, suelen ser los médicos de atención primaria que muchas veces no tienen claro cómo proceder en estas situaciones, siendo tan variables, graves, y muchas veces violentas. Esta inquietud proviene desde los compañeros de primaria, por lo que creemos conveniente realizar un protocolo desde la unidad de salud mental, que sirve de apoyo a los compañeros en estas situaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS GENERALES
Realizar un protocolo en el sector Alcañiz para la atención de los episodios de agitación psicomotriz en el ámbito extra hospitalario, accesible, claro y con actuaciones escalonadas, que facilite la actuación de los facultativos en estas situaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Protocolo de contención mecánica y farmacológica.
Esclarecer dudas legales sobre el transporte involuntario de los pacientes con agitación psicomotriz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
METODOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA
Realización de un protocolo desde la Unidad de salud mental en caso de episodios de agitación psicomotriz, y extenderlo a los facultativos médicos encargados de acceder al paciente con esta urgencia en el ámbito extra hospitalario, a través de los diversos coordinadores de los centros de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES
- Encuesta de satisfacción a los facultativos a los que le ha llegado el protocolo, evaluando la utilidad del protocolo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio:
Junio 2018: realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz analizando los recursos del sector. Estas reuniones se harán contando con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.
Julio 2018: comunicación a farmacia del sector, para poder tener disponible las alternativas farmacológicas a los que los compañeros de primaria podrían tener acceso durante estas urgencias.
Agosto de 2018: divulgación del protocolo a los coordinadores de los diversos centros de salud.
Junio 2019: encuesta de satisfacción a los facultativos que han tenido acceso a los protocolos realizados.
Duración: se provee que perdure en el tiempo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1336 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Proyecto: 2018_0661 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO DE ALERGIAS AL CONTRASTE YODADO EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN FRAGA MILIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ ANGOSTO ESTHER. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
· PRADES ALQUEZAR PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente, partimos de una base de datos en formato papel, donde se registra las incidencias relacionadas con la alergia al contraste yodado, en el servicio de radiología.
Esta base de datos, no nos resulta útil cuando buscamos a un paciente, por si tuviera alguna incidencia reflejada con anterioridad, lo que nos hace buscar en toda la base de datos, paciente por paciente. Esto nos hace "perder"· tiempo en su búsqueda, además de la posibilidad de error al no encontrar dicha incidencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Registrar en HCE de paciente, cualquier incidencia relacionada con la alergia a contraste yodados.
- Actualizar con la base de datos disponible, el registro de alergias en HCE.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Registrar en HCE todos los datos disponibles en la base de datos de radiología, sobre las incidencias de alergias a contraste yodados.
2. Registrar en HCE las incidencias nuevas sobre las alergias a contrastes yodados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes que aparecen en la base de datos de incidencias de alergias a contraste yodados y que aparece su registro en HCE.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A partir del 15 de mayo, se empieza a registrar todos los pacientes de la base de datos, hasta finales del 2018.
Los pacientes nuevos con incidencias a alergias a contraste yodados, empiezan a registrarse a partir del 15 de mayo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1015 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS CRITERIOS RECIST (RESPONSE EVALUATION CRITERIA IN SOLID TUMORS)

2. RESPONSABLE ..... EMILIO MOR JULVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARTIGOT NARRO MARIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
· VAREA SANZ MARZO ANTONIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se detectan falta de criterios de seguimiento en el tamaño y lesiones diana de tumores sólidos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Utilizar los parámetros necesarios para evaluar en los informes radiológicos de pacientes oncológicos, la respuesta al tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones con Sº de Oncología con periodicidad trimestral.
Evaluación anual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Medición de las lesiones medibles
-identificación de lesiones diana

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en mayo de 2018
Fin en mayo de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1021 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE TECNICA DE ELASTOGRAFIA EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARZO ANTONIO VAREA SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MOR JULVE EMILIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO
· ARTIGOT NARRO MARIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La elastografía es una técnica de caracterización tisular (elasticidad normal o anormal) respecto del tejido sano. Se ha demostrado que tanto la esteatohepatitis no alcohólica como las inflamaciones alcohólicas y víricas, muestran una rigidez directamente proporcional a la gravedad del cuadro. La mayor rigidez del tejido se da en la cirrosis hepática. Por el contrario, la elasticidad es mayor (menor rigidez) en hígados con infiltración grasa.
Con esta técnica, se podrá reducir el número de biopsias hepáticas para el diagnóstico de dichas patologías, teniendo en cuenta que la biopsia es una técnica cruenta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dirigido fundamentalmente a pacientes con patología hepática, derivados de servicios de Digestivo y Medicina Interna fundamentalmente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones trimestrales

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Reducción en el número de biopsias hepáticas
-Reducción de complicaciones asociadas a pruebas diagnósticas
-Disminución en tiempo de respuesta desde derivación de consultas a diagnóstico

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se inicia la implantación en Abril de 2018.
Valoración final en Abril-Mayo de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0327 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA HERRANDO PEIRO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ GONZALO ISABEL. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· LUCEA SODRIC SUSANA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· VIDAL ABOS ANA MARIA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· MARTI AMELA ANA BELEN. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante nuestro trabajo diario en el servicio de fisioterapia se ha observado que los pacientes no tienen la información suficiente sobre las pautas a seguir tras la intervención de prótesis de cadera, lo que puede traducirse en un incremento del dolor y en el alargamiento del tiempo de recuperación.
Por lo que se ha visto la necesidad de establecer un protocolo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un protocolo de tratamiento para homogeneizar la atención prestada
Proporcionar una información normalizada a los pacientes resolviendo las dudas trasmitidas por los mismos.
Reducir el tiempo de recuperación en los pacientes con prótesis de cadera.

Objetivo general:
Mejora de la calidad de vida del paciente y aumento de la independencia de sus actividades de la vida diaria
Objetivos específicos:
- Disminución el dolor
- Incremento de la movilidad funcional del paciente
- Conseguir un buen balance muscular
- Reeducación de la marcha

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo clínico que incluye instrucciones a los pacientes
Inicio del tratamiento fisioterápico en gimnasio según prescripción facultativa.
Escucha activa de las dudas y dificultades encontradas por el paciente para sus actividades de la vida diaria.
Pautas, consejos y ejercicios a nivel domiciliario.
Desarrollo del protocolo adaptado según necesidades y características individuales y evolución del proceso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disponibilidad del procedimiento. % de pacientes con prótesis de cadera derivados a RHB a los que se le aplica el procedimiento.
Disminución del dolor. % de medida entre el EVA del primer día y del día de alta
Medición del tiempo medio de recuperación en fisioterapia de los pacientes con prótesis de cadera

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año

9. OBSERVACIONES.
Línea de estrategia: mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes tras una intervención de sustitución de prótesis de cadera.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. M16
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0345 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MARTI AMELA
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ GONZALO ISABEL. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· LUCEA SODRIC SUSANA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· VIDAL ABOS ANA MARIA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA. FISIOTERAPEUTA. H ALCAÑIZ. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante nuestro trabajo diario en el servicio de fisioterapia se ha observado que los pacientes no tienen la información suficiente sobre las pautas a seguir tras la intervención de prótesis de rodilla, lo que puede traducirse en un incremento del dolor y en el alargamiento del tiempo de recuperación.
Por lo que se ha visto la necesidad de establecer un protocolo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un protocolo de tratamiento para homogeneizar la atención prestada
Proporcionar una información normalizada a los pacientes resolviendo las dudas trasmitidas por los mismos.
Reducir el tiempo de recuperación en los pacientes con prótesis de cadera.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Inicio del tratamiento fisioterápico en gimnasio según prescripción facultativa.
Escucha activa de las dudas y dificultades encontradas por el paciente para sus actividades de la vida diaria.
Pautas, consejos y ejercicios a nivel domiciliario.
Desarrollo del protocolo adaptado según necesidades y características individuales y evolución del proceso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disponibilidad del procedimiento. % de pacientes con prótesis de rodilla derivados a RHB a los que se le aplica el procedimiento.
Disminución del dolor. % de medida entre el EVA del primer día y del día de alta
Medición del tiempo medio de recuperación en fisioterapia de los pacientes con prótesis de rodilla

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. M17
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0393 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA O SOSPECHA DE LINFEDEMA EN LA CONSULTA DE REHABILITACION, ASI COMO PROTOCOLO DE DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA AYALA ORTIZ DE SOLORZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· POLO ROYO MARCO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Es frecuente en la práctica habitual en nuestras consultas de Rehabilitación atender a pacientes con linfedema tanto en extremidad superior como inferior.

Con motivo de unificar la recogida de datos en las historias clínicas, así como una mejor evaluación de dichos pacientes, se elaboró una hoja de recogida de datos que fue aprobada por el hospital para su uso, la cual ya se puso en funcionamiento.

Además hay cierta confusión en qué momento derivar a tratamiento fisioterápico y con qué frecuencia se debería revisar en la consulta, es por ello que se pretende establecer un protocolo de actuación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto va dirigido al servicio de Rehabilitación con los objetivos de:

-Realizar una mejor valoración de los pacientes con linfedema en nuestras consultas, con la utilización de una hoja de recogida de datos común.

-Establecer un protocolo de actuación para determinar la periodicidad de las revisiones en consulta, así como del momento de derivación a tratamiento fisioterápico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo de linfedema (1 mes)

Puesta en marcha del protocolo en las consultas de Rehabilitación, así como de la utilización de la hoja de recogida de datos para evaluacr a dichos pacientes (4 meses)

Evaluación y análisis de los resultados: (1 mes)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de utilización de la hoja de recogida de datos de linfedema en la historia clínica. (valor por encima del 80%)

% de cumplimiento del protocolo de linfedema (valor por encima del 80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Abril: Elaboración del protocolo de actuación en linfedema.

-Mayo-Junio-Julio-Agosto: Puesta en práctica del protocolo en nuestras consultas. Registro de número de hojas de recogida de datos utilizadas en las historias clínicas.

-Septiembre: memoria y evaluación del programa.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0393 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA O SOSPECHA DE LINFEDEMA EN LA CONSULTA DE REHABILITACION, ASI COMO PROTOCOLO DE DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0394 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO SOLICITUD PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN Sº DE REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA DE CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y /O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

2. RESPONSABLE ..... MARCO POLO ROYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION
· SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Es muy frecuente en la práctica habitual en nuestras consultas de Rehabilitación atender a pacientes con síntomas de parestesias, además de sensación de pérdida de fuerza tanto en extremidades superiores e inferiores.

Se pretende establecer un protocolo para la solicitud de pruebas neurológicas, ante clínica de parestesias, déficit motor, todo ello con sospecha de afectación nerviosa, compatible con radiculopatía cervical / lumbar, así como lesión de nervio periférico en extremidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto va dirigido al servicio de Rehabilitación para establecer unos criterios claros para la solicitud de este tipo de pruebas, con el objetivo de solicitar únicamente cuando se tenga alta sospecha clínica de lesión nerviosa y así evitar la solicitud de pruebas innecesarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas neurofisiológicas. (1 mes)

Puesta en marcha del protocolo en las consultas de Rehabilitación. (4 meses)

Evaluación y análisis de los resultados: (1 mes)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Contabilizar el número de pruebas neurofisiológicas solicitadas desde las consultas de Rehabilitación, de los cuales:

-Calcular el % de resultados patológicos (obtener valor por encima del 80%). (Valorar la concordancia de la sospecha clínica con el resultado obtenido)

-Calcular % de cumplimiento del protocolo (obtener valor por encima del 90%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Abril: Elaboración del protocolo de solicitud de pruebas neurofisiológicas.

-Mayo-Junio-Julio-Agosto: Puesta en práctica del protocolo en nuestras consultas. Registro de número de Electromiogramas y Electroneurogramas solicitados.

-Septiembre: memoria y análisis de los resultados: (% de resultados patológicos y % de cumplimiento del protocolo)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0425 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARTA PILAR CASORRAN BERGES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· LATRE REBLED BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· FERRER RUBIRA ANA. TCAE. H ALCAÑIZ. REUMATOLOGIA
· LARIO MARCO SANDRA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· GONZALEZ TOMAS BLANCA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· GASION CARCELLER VANESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA
· EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La uveítis es un proceso inflamatorio de la úvea. Por extensión se incluyen procesos inflamatorios que afectan a la córnea, esclera, vítreo, nervio óptico y retina. Su patogenia reside principalmente en alteraciones localizadas en órganos extraoculares, fundamentalmente relacionados con el sistema inmunitario, y se ha comprobado su asociación con enfermedades sintéticas autoinmunes/inflamatorias. En ocasiones el ojo es la primera manifestación de una enfermedad sistémica hasta el momento desconocida, ya sea una espondiloartropatía u otro tipo de patología. Es importante detectar precozmente estas patologías para tratarlas correctamente y evitar su evolución a estadíos más avanzados de la enfermedad. Además, existen uveítis puramente oftalmológicas que se pueden beneficiar de tratamientos sistémicos inmunosupresores que permiten controlar la enfermedad, evitando o minimizando posibles complicaciones.
En este sentido, la creación de un equipo multidisciplinar integrado por las especialidades de Oftalmología y Reumatología para el abordaje de las uveítis, permite una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar número de consultas y pruebas complementarias repetidas. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Abordar de manera integral el manejo del paciente con uveítis.
- Incrementar el diagnóstico de patologías sistémicas en pacientes diagnosticados de uveítis y mejorar el enfoque terapéutico en estos casos.
- Mejorar el tratamiento sistémico de los pacientes con uveítis de origen oftalmológico que se puedan beneficiar del mismo.
- Conocer la prevalencia de patología sistémica asociada a uveítis en nuestro medio.
- Crear un registro de este tipo de pacientes con fines de investigación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un registro de uveítis.
- Elaboración de un procedimiento clínico mediante grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de Oftalmología y Reumatología
- Dicho procedimiento incluiría una batería de pruebas complementarias iniciales a solicitar desde la consulta de Oftalmología, con derivación posterior a Reumatología para completar el estudio y poner tratamiento sistémico si fuera pertinente.
- Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes con uveítis derivados a la consulta de Reumatología.
- Porcentaje de pacientes con uveítis derivados a la consulta de Reumatología con diagnóstico de patología sistémica.
- Porcentajes de los diagnósticos específicos realizados (ejemplo: porcentaje de pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía, sarcoidosis, enfermedad de Behçet, etc.)
- Porcentaje de pacientes con uveítis remitidos a la consulta de Reumatología que precisan inmunosupresión sistémica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0425 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades oculares asociadas a procesos reumatológicos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0138 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTINEZ FERRI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PALOMAR JOVEN MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PEDIATRIA
· ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· ROYO MOLES MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· VIDAL MESEGUER ANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
· LARA GARRIDO ANGELA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hacemos un análisis de la situación en cuanto a los almacenes del Bloque de hospitalización/ urgencias y nos encontramos con lo siguiente.
Cada Unidad Clínica de hospitalización/ urgencias dispone de un almacén general y de varios almacenillos repartidos por los distintos servicios, falta de espacio que hace que se tengan que guardar los materiales en armarios, estanterias fuera del almacén, por la falta de espacio.
Los almacenes, disponen de estanterias obsoletas, en las que los estantes no guardan el espacio necesario por lo que no se optimiza el espacio.
Además cada Unidad Clínica almacena el material en un lugar diferente, de manera que cada unidad es diferente.
No hay un lugar de almacenaje igual entre los servicios y el personal que trabaja en varios de estos servicios, no conoce la disposición de todos ellos en los distintos almacenes, por lo que resulta dificil su ubicación.
Además las supervisoras de estas Unidades, tienen una dificil labor de control del almacenaje, ya que se requiere la revisión entera de los distintos almacenes para hacer los pedidos semanales. No disponen de hoja de rotura de stock de los materiales, por lo que la revisión es necesaria.
Vemos necesaria la creación de Pacto para los pedidos semanales, que facilitan la labor de la supervisora, evitamos las roturas de stock, economizamos el tiempo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ajustar los pedidos a los consumos.
Creación de un pacto semanal en las distintas unidades clínicas.
Reajustar los almacenes, mediante sistemas de almacenaje, tipo estanterias, cajetines/ cajas.
Crear listados del material de los almacenes, con máximos y mínimos.
Dotar a las Unidades de un formato de rotura de stock

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-En primer lugar debemos ajustar los pedidos a los consumos.
-Realizar con cada una de las supervisoras de las unidades clínicas, un listado del material que utilizan habitualmente y comprobarlo con los consumos, para así crear un Pacto semanal.
- Compra de estanterias, cajas/ cajetines, reubicar los almacenes. Reestructurarlos y optimizar los espacios, "el aire ocupa espacio".
- Crear un listado con las supervisoras y con almacén en el que tengamos máximos y mínimos en los distintos materiales.
- Crear formato de rotura de stock.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Comprobaremos mediante auditorias, si los puntos anteriores se han cumplido, es decir: si se ha reestructurado el almacén, si se rellena la hoja de rotura de stock, si se ha realizado el pedido en unidades de hospitalización por pacto, si tenemos los máximos y mínimos de todas las Unidades.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Planteamos todos estos cambios a lo largo del 2018.

9. OBSERVACIONES.
Es de vital de importancia la seguridad clínica en el manejo diario de nuestro trabajo. Manejar los mismos materiales ubicados en los mismos espacios, nos evita errores y economizamos el tiempo de búsqueda.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0138 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0077 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... CARLOS COLAS OROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el año 2015, en urgencias del hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la estrategia de código sepsis. La sospecha se inicia con un aplicativo de PCH que avisa en el triaje de sospecha de paciente con sepsis, por lo que requiere evaluación del médico para diagnóstico y actuación precoz. Sin embargo, dicha intervención nunca se ha documentado, ni se ha monitorizado su aplicación, de tal forma que es un protocolo implícito que puede sufrir variaciones individuales en su aplicación, así como relajación a lo largo del tiempo. Además, esta estrategia no se ha llegado a implementar en las plantas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Asegurar la implementación del código sepsis tanto en urgencias como en las plantas del hospital de Alcañiz.
Monitorización periódica de indicadores de la implantación del código sepsis e implementación de acciones correctivas cuando proceda.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de un protocolo de aplicación del código sepsis en el hospital de Alcañiz para ser aplicado en el servicio de Urgencias y en los pacientes ingresados.
- Formación al personal médico y de enfermería
- Elaboración de póster, trípticos de bolsillo y colocación del proyecto en la intranet del sector

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes atendidos en urgencias con medición de lactato en la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sospecha de código sepsis a los que se ha pedido antibiograma antes de iniciar tratamiento empírico (Objetivo: > 90%)
% de pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia antes de la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico y último lactato mayor de dos en los que se ha solicitado nueva determinación a las dos horas (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado el lactato en < 24 horas
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado la presión arterial en < 24 horas
Mortalidad por sepsis (Objetivo: reducción)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Marzo-Julio: elaboración del procedimiento clínico
- Septiembre-Octubre: formación en plantas, elaboración y difusión de materiales
- Enero 2019: monitorización de los primeros meses

El proyecto va a tener carácter plurianual y será monitorizado 2 veces al año a partir de 2019 hasta que se considere consolidado y quede en monitorización anual.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0664 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL ROYO MOLES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAURAS NAVARRO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· AZUARA LAGUIA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· MOLINOS BOSQUE SUSANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
· PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente tenemos infraregistro del paciente con criterios de aislamiento, que se derivan a hospitalización. En determinadas ocasiones, el paciente con aislamiento ingresa en hospitalización y no está registrado su condición de aislamiento, esto hace que se afecte a la seguridad del paciente, en el momento que se ingresa con otro paciente en la misma habitación o inlcuso que se retrasen las medidas preventivas para este tipo de pacientes.
Lo que pretendemos con este proyecto es la derivación correcta de estos pacientes a hospitalización, para ello crearemos un subproceso de derivación de pacientes en aislamiento, dentro del proceso de urgencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Realizar el procedimiento de derivación de pacientes en aislamiento
2. Registrar por parte de urgencias en la petición de ingreso en hospitalización.
3. Realizar las medidas preventivas a los pacientes en aislamiento antes de su ingreso en planta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Realización del procedimiento de derivación de pacientes en aislamiento, por parte de medicina y de enfermería del servicio de urgencias.
2. Puesta en marcha de las medidas preventivas al paciente en aislamiento.
3. Distinción según el tipo de aislamiento y las medidas a tomar.
4. Comprobación de paciente con aislameinto en la hoja de petición de ingreso.
5. Colaborar con el servicio de admisión en las dudas, sobre la derivación de los mismos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Realización del subproceso de derivación de pacientes con aislamiento a hospitalización. Indicador dicotómico: SI/NO
2. % de pacientes ingresados en hospitalización en los que conste en registro de paciente en aislamiento desde el servicio de urgencias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Anual, empezaremos el proyecto el mes de junio y las actividades se realizarán a lo largo del año 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0662 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JAVIER ANDRES LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALERO MILIAN JESUS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· GIL ORTIGOSA MARIA LUISA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· ANDRES LOPEZ VANESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· GASCO CASTILLO VERONICA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la realización de “interconsultas virtuales”, es la investigación de la microhematuria, que requiere de una evaluación inicial con varias pruebas que pueden desarrollarse desde atención primaria evitando la primera visita a estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar un protocolo de derivación, en pacientes con microhematuria, para atención primaria.
Reducir la demora en las consultas de urología evitando la primera consulta.
Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual.
Evitar desplazamientos a los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de protocolo de derivación con anamnesis dirigida y petición de batería de pruebas complementarias para después valorar la derivación a través de la interconsulta virtual.
Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Demora en primeras consultas en la consulta de urología.
Nº de interconsultas virtuales por microhematuria.
% de interconsultas virtuales, en pacientes con microhematuria, con demoras superiores a los 7 días.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo: Elaboración de protocolo
- Junio: Difusión en los centros de salud
- Diciembre: Evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_0663 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

2. RESPONSABLE ..... JESUS VALERO MILIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· GIL ORTIGOSA MARIA LUISA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA
· GASCO CASTILLO VERONICA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la actualidad de interconsultas virtuales, es el diagnóstico y seguimiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Protocolo de derivación de pacientes con Hiperplasia Benigna de Próstata para atención primaria.
Reducir la demora en las consultas de urología.
Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual. Evitar desplazamientos a los pacientes.
Atención segura y eficiente en Atención Primaria de la Hiperplasia Benigna de Próstata.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de protocolo de diagnóstico de patología prostática con diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria de los pacientes con Hiperplasia Benigna de próstata no complicada y derivación en el resto de los casos.
Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Demora en primeras consultas en la consulta de urología.
Nº de interconsultas virtuales por Hiperplasia Benigna de próstata.
% de interconsultas virtuales, por Hiperplasia Benigna de Próstata, con demoras mayores de 7 días.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo: Elaboración de protocolo
- Junio: Difusión en los centros de salud
- Diciembre: Evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_0050 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION : PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIANO VALDEZATE GONZALEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CME GRANDE COVIAN
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TENA TOMAS MARIA FELISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PICOT PARGADA ANA CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CASTRO ROMERO CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MATA PANIVINO MARIA VICTORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ALCINA GOMEZ SARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GORRINDO NAVARRO ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde la Comisión de Documentación de Hospital Royo Villanova estamos impulsando la digitalización de documentos que no están colgados en Historia Clínica Electrónica, como mejora en la calidad del trabajo de los profesionales sanitarios y en la asistencia al paciente.

Con el Servicio de Traumatología establecimos el circuito de los protocolos quirúrgicos, desde Quirófano hasta la Unidad de Archivos de C.M.E. Grande Covián.

Con las consultas de Oftalmología concretamos los criterios para el envío de las campimetrías realizadas diariamente a los pacientes junto con las anteriores guardadas en la historia física, una vez visitados en Consulta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmología, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

- Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarias nos envían en un sobre dirigido a “Archivos CME Grande Covián” los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena…) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el léctor para que se guarde el número de registro de quirófano. Si no tenemos etiqueta hacemos una búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

- Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos . Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el léctor para que aparezca el número de registro de la prueba y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% PROTOCOLOS DIGITALIZADOS
% CAMPIMETRIAS DIGITALIZADAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO PROYECTO: 2017
VALORACIÓN DOCUMENTOS RECIBIDOS Y ESCANEADOS: NOVIEMBRE 2017
VALORACIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS: FEBRERO 2018
SEGUIMIENTO: JUNIO Y OCTUBRE 2018

Proyecto: 2018_0050 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION : PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

EVALUACIÓN FINAL: NOVIEMBRE 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0888 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN CABREJAS GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME GRANDE COVIAN
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CEBRIAN GARCIA CARMELO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANATOMIA PATOLOGICA
· REMON GARIJO LOTO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANATOMIA PATOLOGICA
· SANZ MONCASI PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANATOMIA PATOLOGICA
· PADRON RODRIGUEZ NOELIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· GARCIA GARCIA JOSE ALEJANDRO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El nódulo tiroideo es una patología muy frecuente en la práctica clínica diaria. Su prevalencia es 10 veces mayor en el sexo femenino que en el masculino, aumentando linealmente con la edad, con la exposición a radiaciones y con el déficit de yodo .
Los nódulos tiroideos se presentan clínicamente de forma muy heterogénea; a veces son detectados por el propio paciente, a veces aparecen tras la exploración médica y cada vez más frecuentemente surgen como un hallazgo incidental. El riesgo de desarrollar un nódulo tiroideo a lo largo de la vida es aproximadamente de un 15%.
Los nódulos tiroideos deben ser estudiados para descartar malignidad. Así, no hay duda de que el principal reto diagnóstico del nódulo tiroideo es discernir su benignidad/malignidad de forma segura y rentable.
Actualmente, la ecografía cervical se ha convertido en la técnica de imagen más sensible y precisa para la evaluación radiológica de los nódulos tiroideos y su uso está recomendado por todas las sociedades científicas
La mayoría de los estudios recientes sobre ecografía tiroidea se han centrado en cómo puede ayudar la ecografía a distinguir entre un nódulo benigno y maligno. Por la experiencia acumulada, se sabe que ciertas características ecográficas nodulares están asociadas a benignidad, mientras que existen otras que aumentan la probabilidad de malignidad. Las características más frecuentemente asociadas a benignidad son el aspecto quístico, la existencia de márgenes bien definidos y nítidos, la presencia de halo periférico, la aparición de artefactos en cola de cometa, un diámetro anteroposterior menor que el transverso y una vascularización preferentemente periférica. Por el contrario, las características más asociadas a malignidad son el aspecto sólido e hipoecogénico respecto al parénquima adyacente, la ausencia o ruptura del halo periférico, la presencia de márgenes irregulares, un diámetro anteroposterior mayor que el transverso, la vascularización de predominio interno, y la existencia de microcalcificaciones puntiformes
Sin embargo, ninguna de estas características ecográficas sospechosas de malignidad, tiene simultáneamente alta sensibilidad y alto valor predictivo positivo para el diagnóstico de cáncer.
Por otra parte, la punción aspiración con aguja fina (PAAF) se considera el método más eficaz para diagnosticar una neoplasia maligna en un nódulo tiroideo. Su utilización ha aumentado significativamente en los últimos años y a día de hoy constituye el punto de partida para el diagnóstico diferencial del nódulo tiroideo, siendo la técnica más segura para seleccionar aquellos pacientes que necesitan cirugía o manejo conservador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Determinar las características clínicas y ecográficas de los nódulos tiroideos.
Establecer la correlación de las características ecográficas del nódulo tiroideo, con el resultado de la citología mediante punción aspiración con aguja fina y el resultado histopatológico definitivo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se realizará una sesión con Servicio de Radiología, Sección de Anatomía-patológica y Sección de Endocrinología para unificar los criterios de descripción del nódulo tiroideo en la ecografía (tamaño, márgenes, forma, microcalcificaciones, macrocalcificaciones, ecogenicidad, estructura, presencia o ausencia de halo, circulación y presencia o no de adenopatías) y la categorización mediante la clasificación de Bethesda (I a VI) en la citología de nódulo tiroideo. Los datos clínicos y analíticos que se recogerán y se correlacionarán (tiempo de evolución, crecimiento, manifestaciones locales, antecedentes familiares de patología tiroidea, función tiroidea, autoinmunidad, antecedentes de radiaciones previas)
- Se realizará una revisión de las tiroidectomías realizadas realizadas para analizar la correlación clínico-ecográfica y con la citología preoperatoria y el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de informes con la clasificación de Bethesda. (>70%)
- Número de PAAFs y porcentaje de muestras insuficientes (<20%)
-Porcentaje de ecografías patológicas con resultado de malignidad citológica/histológica. (>50%)
- Porcentaje de histologías malignas con citología previa de benignidad. (<20%)
- Porcentaje de malignidad en citologías indeterminadas. (<20%)
- Porcentaje de beningnidad en citologías sospechosas o malignas. (<20%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- El estudio recogerá datos desde enero de 2018 a junio de 2018 en carácter retrospectivo y partir de esta

Proyecto: 2018_0888 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

fecha será de carácter prospectivo.
- El análisis de datos del estudio retrospectivo se realizará durante los meses octubre-diciembre de 2018.
- En diciembre 2018-enero 2019 se espera analizar los datos disponibles. La idea es continuar con el proyecto como base de la mejora continua de nuestra asistencia

9. OBSERVACIONES.
Se trata de un estudio retrospectivo inicialmente con el objetivo de pasar a ser un verdadero estudio prospectivo observacional que mejore nuestra práctica clínica diaria.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0668 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS

2. RESPONSABLE ..... CARMEN PUIG GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARDENILLA GIL CRISTINA. MIR. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· IBERO REDIN JAIONE. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· IGLESIAS ESTEBAN LAVINIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CAMPOS MONICA. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ABAD HERNANDEZ DAVID. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La formación en primeros auxilios es fundamental para todas personas y en un centro educativo el docente puede verse involucrado en situaciones de peligro. Con referencias a: 1ª Conferencia Internacional Promoción Salud (1986); Carta Europea Derechos del Niño (1992); Ley 12/2001, de la infancia y adolescencia en Aragón; Ley Servicio Aragonés Salud 2004 y Ley 5/2014, D. Gral de Ordenación Académica, D. Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y D. Gral de Salud Pública, han elaborado instrucciones que regulan la atención sanitaria no titulada en centros docentes de Aragón. El BOA destaca que la formación es un derecho y un deber del docente y desde el Centro de salud sería conveniente programar cada año formación al profesorado en atención de urgencia o emergencia. Nuestro propósito es ofrecer formación en primeros auxilios en colegios de la Zona Básica, a raíz de la petición de uno de los centros y de las RESOLUCIONES: • Marzo 2015, de Dirección Gral de Ordenación Académica, Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y Dirección Gral de Salud Pública. • Noviembre 2017, del Director Gral de Innovación, Equidad y Participación y el Director Gral de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL: Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que suceden en las escuelas de la Zona.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Proponer a los centros escolares de nuestra área participar en el proyecto. - Aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver dudas y despejar miedos ante situaciones complicadas.-Valorar la satisfacción en el personal docente de los Centros educativos. - Valorar la satisfacción en el personal sanitario que participa. - Que participe al menos el 70% del personal docente del centro. - Recordar como pedir ayuda a los servicios sanitarios. - Incluir el proyecto en la “Agenda Comunitaria de Actividades en Colegios“ que se va a crear este año, junto con otras intervenciones del C.S. que también se realizan en escuelas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
PLAN DE COMUNICACIÓN: 1.- Presentación del proyecto al EAP (Soporte Digital) 2.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros docentes interesados. 3.- Solicitud de autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar
ACTIVIDADES A REALIZAR: Utilizando materiales preparados por los profesionales de pediatría de Actur Norte, en cada centro escolar se realizan dos intervenciones:
1ª Intervención: Presentación del programa de formación del profesorado. Se explicará propósito, objetivos y contenidos y se realizará un taller teórico para docentes. Al finalizar cada intervención se pondrá a disposición el material multimedia utilizado. - Presentación de los temas (Soporte Digital): o Actuación urgente ante crisis convulsivas. o Actuación urgente ante reacciones anafilácticas.
2ª Intervención: Presentación del programa de formación del profesorado. - Presentación de los temas (Soporte Digital): o Actuación urgente ante hipoglucemias y atención a niños diabéticos. o Atención a niños asmáticos. - Encuesta de valoración final

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el proyecto. Se obtendrán los datos de: -Registro de participantes de cada sesión impartida en el centro escolar. -Número de Centros participantes en el proyecto. -Cuestionarios de Evaluación de Satisfacción
INDICADORES: • Indicadores de estructura: - Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos • Indicadores de proceso: - Nº de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 /nº de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico - Nº de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / nº de profesores previstos captar en el año académico • Indicadores de resultado: - Nº de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas. - Nº de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción completadas entre los profesionales sanitarios.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Responsables de la implantación del proyecto: equipo de pediatría (pediatras y enfermeras), participan MIR y EIR de pediatría.
CRONOGRAMA: 1.- Constitución de equipo responsable de proyecto (Nov. 2017) 2.- Presentación del proyecto al EAP

Proyecto: 2018_0668 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS

(Enero 2018) 3.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa (Enero 2018) 4.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar (Febrero 2018) 5.- Desarrollo del programa en los centros interesados (marzo-junio 2018, septiembre-octubre 2018) 6.- Reunión del equipo de trabajo para la evaluar el proyecto (junio 2018 y diciembre 2018) 7.- Presentación de resultados al EAP (diciembre 2018)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0707 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

2. RESPONSABLE ..... MONICA LOPEZ CAMPOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLARES PUNCEL MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· REINAO CEGOÑINO HECTOR. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA ASCASO IGNACIO. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE RIVEROLA JUAN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ MARCO CHRISTINE. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las enfermedades cardiovasculares son la 1ª causa de muerte. En España la parada cardiorrespiratoria (PCR) es la principal causa de muerte prematura, ocurre una parada cardiaca cada 20 minutos, el 80% en vía pública. La probabilidad de sobrevivir ante una PCR extrahospitalaria, puede aumentar hasta 5 veces, si se inicia la RCP por los testigos. Estar sin circulación reduce la supervivencia hasta un 12% por minuto que pasa sin que haya asistencia. Por ello es imprescindible la educación en maniobras de RCP para la población.
En nuestro país solo el 12% de la población sabe técnicas sobre RCP. Tanto es así, que, si capacitáramos al 20% salvaríamos 100.000 vidas anuales.
La importancia de la enseñanza de RCP ha llevado a la OMS a lanzar su campaña “Kids save lives” que aconseja enseñar en las escuelas RCP y manejo del DEA a todos los niños del mundo empezando a los 12 años.
Primero, se entrena a los maestros y después ellos se transforman en los instructores de sus alumnos.
Hemos unido nuestro proyecto el programa del Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Este programa incluye entre sus objetivos:
1. Promover que los maestros de educación primaria incluyan la enseñanza de RCP y las emergencias.
2. Promover que todos los alumnos de 6º de primaria reciban un curso de SVB.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Introducir la enseñanza de RCP básica en las escuelas de la ZBS Actur Norte a niños de 12 años. Este objetivo se intentará alcanzar completando los objetivos secundarios.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
- Proponer a todos los centros escolares de nuestra área la participación en el proyecto.
- Aumentar un 50% los conocimientos sobre soporte vital básico en los alumnos de 6º de primaria de los colegios participantes.
- Valorar la satisfacción en el personal sanitario que participa en el proyecto.
- Que participe el 90% del alumnado convocado a la educación en soporte vital básico.
- Introducir el proyecto en la Agenda Comunitaria en la Escuela de nuestro Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se trata de un material multimedia que incluye:
? Presentación de diapositivas (power point)
? Guía didáctica “Ganando corazones” (pdf)
? Vídeos que describen los distintos procedimientos
? Juegos interactivos
El programa consistirá en la realización de dos intervenciones:
1ª: Presentación del programa y formación del profesorado. Al finalizar esta primera intervención se pondrá a disposición del equipo docente todo el material multimedia.
2ª: Taller con alumnos y consolidación de habilidades. Se organiza un segundo taller de repaso y práctica con los alumnos.
La parte práctica divide a los participantes en tres estaciones. Cada estación se adiestra en una técnica: masaje cardiaco en el adulto (con muñeco/torso adulto); masaje cardiaco en niño (con muñeco bebé); y otras situaciones (donde se instruye sobre el manejo de la inconsciencia, el atragantamiento y la hemorragia).
Por cada estación se precisará 2 preparadores (Personal sanitario).

PLAN DE COMUNICACIÓN:
1.- Presentación del proyecto al resto de miembros del EAP
2.- Contacto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa
3.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el proyecto. Se obtendrán los datos de:
? Registro de participantes de cada sesión impartida en el centro escolar
? Número de Centros que participan en el proyecto
? Cuestionarios preintervención y postintervención
? Cuestionario de Evaluación de Satisfacción
Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

Proyecto: 2018_0707 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

- Nº de profesionales que participan en las sesiones x100/nº de profesionales participantes previstos
- Nº de colegios de la ZBS captados en el año académico x100/nº de colegios de la ZBS previstos captar
- Nº de profesores que participan en el proyecto en el año académico x100/nº de profesores previstos captar
- Nº de alumnos que participan en la sesión práctica x100/nº de alumnos matriculados
-Nº de test preprueba aprobados (> 5/10)/nº de test realizados.
-Nº de test postprueba aprobados (> 5/10)/nº de test realizados.
-Nº de sanitarios con satisfacción general >7 sobre 10x100/nº de encuestas completadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los responsables de la implantación del proyecto será el equipo de pediatría y enfermería y personal en formación.
CRONOGRAMA
1.- Constitución de equipo responsable de proyecto dentro del EAP (Enero 2018)
2.- Presentación del proyecto al resto de miembros del EAP (Enero 2018)
3.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa (Enero 2018)
4.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar (Febrero 2018)
5.- Desarrollo del programa en los centros interesados (marzo-mayo 2018)
6.- Reuniones para la organización y preparación de todos los responsables de los talleres prácticos (Mayo 2018)
7.- Reunión del equipo de trabajo para evaluación del proyecto (junio 2018)
8.- Presentación de resultados al EAP (junio 2018)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SOPORTE VITAL BÁSICO EN LA ESCUELA (RCP)
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0948 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO 9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR RESPONSABLE Y PROTOCOLO ACTUACION

2. RESPONSABLE ..... ELOISA LOZANO ENGUITA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA OLIVAN MARIA MAR. TCAE. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ CUBERO ELVIRA. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGO PABLO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SAURA CAMPOS ASCENSION. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION. PEDIATRA. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Mantener un carro de parada y un maletín de urgencias con los medicamentos y material adecuados para la atención urgente-emergente en el ámbito de la atención primaria, se considera una prioridad para una atención de calidad. El CARRO DE PARADAS debe permitir la utilización rápida de los fármacos necesarios para la resucitación cardiopulmonar (RCP) en sus primeras fases. Por este motivo es IMPORTANTE SU FACIL DISPONIBILIAD,TANTO POR LA ACCESIBILIDAD A LOS MISMOS COMO POR DISPONER DE ELLOS EN EL NUMERO NECESARIO (no en exceso).Por otra parte, existen una serie de medicamentos que también se consideran fármacos de urgencias vital y que por lo tanto tienen que estar en la sala de urgencias y próximos al carro de paradas, pero no exactamente en el por ejemplo en la vitrina de urgencias En nuestro centro de Salud se ha detectado a través de La Certificación ISO 9001-2008 errores y riesgos potenciales en el mantenimiento del carro de paradas y maletín de urgencias por lo que vemos necesario la realización de un plan de mejora

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Disponer de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencia del equipo, consensuado por todos los profesionales y en consonancia con las indicaciones básicas establecidas en el Procedimiento del Sector I.
2-Establecer un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.
3.- Creación de un equipo multidisciplinar responsable.
4.-Mejorar la seguridad del paciente al elaborar y poner en marcha un programa de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias
5.-Plantear la necesidad de de la creación de un protocolo de actuación en caso de Urgencias-Emergencias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Creación de un equipo multidisciplinar responsable
2.- Talleres periódicos, bimensuales incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2018 impartidos por los propios profesionales del centro y/ o a través del Portal del Empleado.
3.- Puesta en común bimensualmente de las oportunidades de mejor detectadas y soluciones aportadas.
4.-Creación de un protocolo de Revisión-Mantenimiento
5.-Creación de un protocolo de actuación en caso de Urgencias-Emergencias

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Análisis cualitativo y cuantitativo de las incidencias y no conformidades propuestas en la ISO 9001-2008 en el EAP Actur Norte y resolución de las mismas en consonancia con el proyecto
A destacar en la evaluación:
100%-90% sesiones clínicas, talleres realizados por el equipo respecto a las propuestas
Creación d el equipo multidisciplinar
Establecimiento de un protocolo de Revisión-Mantenimiento

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2018-noviembre -2018 sesiones clinicas, talleres realizados por el equipo y/o Portal del empleado

Diciembre de 2018: Recogida de datos de las incidencias y no conformidades

Enero de 2019: Evaluación de resultados y propuestas de mejora.
Febrero de 2019: Presentación al equipo de los resultados

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0948 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO 9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR RESPONSABLE Y PROTOCOLO ACTUACION

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0951 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DELER PASCUAL ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ABAD HERNANDEZ DAVID. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SAURA CAMPOS ASCENSION. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GALVE ROYO EUGENIO. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· NUÑEZ OBON MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LOZANO ENGUITA ELOISA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El consumo de tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte. Aproximadamente un 60% de los fumadores quiere dejar de fumar, muchos no saben, DÓNDE pueden pedir ayuda y la mayoría manifiesta, que el consejo médico y de enfermería para dejar de fumar es un importante factor motivador. Cada año más del 70% de la población acude a nuestras consultas y les atendemos de promedio 6 a7 veces al año, esta situación privilegiada permite intervenciones repetidas. Por todo ello, la intervención desde las consulta de Atención Primaria tiene alta efectividad y posee una de las mejores relaciones coste-efectividad entre todas las actividades preventivas. Según el Plan de Salud de Aragón los profesionales sanitarios, y en especial los de A.P., deben informar sistemáticamente en su práctica habitual sobre el hábito tabáquico, sus consecuencias para la salud, y los procedimientos de deshabituación. En nuestro centro de Salud se han detectado valores bajos en la captación del paciente fumador y en menor medida en la intervención sobre el mismo. Por lo tanto vemos una oportunidad para mejorar y ampliar la formación de los profesionales del Equipo en este campo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.-Mejorar el registro en OMI, en habito tabáquico (si no se hace correctamente no se contabiliza)
2.-Mejorar el conocimiento y manejo de los usuarios fumadores en el ámbito del Centro de Salud.
3.- Mejorar la capacidad organizativa en el manejo del tabaquismo
4.- Ayudar al paciente a desarrollar capacidades para enfrentar y superar obstáculos que se le presenten en la deshabituación tabáquica
5.- Plantear según las necesidades de lo usuarios del Centro la creación de una consulta monografica de Tabaco.
6.-Mejorar la seguridad del paciente al elaborar y poner en marcha un programa de prevención y control del tabaquismo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Sesiones clínicas para mejorar el registro correcto de OMI en detección e intervención en tabaco.
2.- Taller de revisión del manejo del Cuadro de Mandos de Crónicos
3.-Formación multidisciplinar a través de talleres periódicos mensuales y cursos en tabaquismo incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2018 y/o Portal del empleado.
4.- Exposición de casos clínicos concretos mensualmente
5.- Según las necesidades detectadas por los usuarios se planteara al año que viene la creación de una consulta monográfica de Tabaco.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes con habito tabaquito detectados a lo largo de 2018 (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
% de pacientes con habito tabaquito detectados alo largo de 2018 que se les ha hecho una intervención (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
A destacar en la evaluación:
100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2018-Mayo 2018: Dos sesiones: Una sobre el correcto registro de tabaquismo en OMI y otra para revisar el manejo del Cuadro de mandos de Crónicos
Mayo de2018-noviembre -2018: Talleres de Formación mensuales sobre el diagnostico y manejo del paciente fumador alternados con exposiciones de casos clínicos mensuales
Diciembre de 2018: Recogida de datos en OMI/AP y % de sesiones realizadas respecto a las propuestas
Enero de 2019: Evaluación de resultados
Febrero 2019: Presentación de los resultados al EAP

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0951 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1475 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA CLARES PUNCEL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO GARCIA-REOL SOFIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· REINAO CEGOÑINO HECTOR. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA ASCASO IGNACIO. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· FERNANDEZ SANCHEZ MARIA CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ACTUR NORTE. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En los últimos años se ha incrementado notablemente la demanda de cuidados para personas dependientes. Esta tendencia se prevé que se mantendrá durante las próximas décadas debido principalmente al progresivo envejecimiento de la población (asociado a un incremento de las patologías crónicas) y a las mayores tasas de supervivencia de los pacientes con alteraciones congénitas, accidentes y enfermedades graves. En la mayoría de los casos la responsabilidad de los cuidados de estas personas es asumido por una única persona: la persona cuidadora principal. Sin embargo, esta no siempre está preparada con antelación para el cuidado ni para afrontar la diversidad de situaciones que los cuidados conllevan. En este marco de atención a la cronicidad y dependencia se encuadra este proyecto dirigido a cuidadores informales con la finalidad de ayudarles a cuidar y cuidarse mejor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: Cuidadores de familiares dependientes pertenecientes a la ZBS Actur Norte.
Objetivo principal:Capacitar a los cuidadores informales para brindar unos cuidados de calidad a las personas dependientes a su cargo así como mejorar su afrontamiento y calidad de vida.
Objetivos secundarios:
Implementar un programa de apoyo a cuidadores informales de personas dependientes.
Aumentar los conocimientos y habilidades de los cuidadores informales en el manejo de las personas dependientes.
Incrementar la calidad del cuidado a la persona dependiente.
Fomentar el autocuidado del cuidador.
Fomentar la relación terapéutica de los cuidadores informales con el EAP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El programa consistirá en la realización de ciclos de 5 sesiones. La metodología empleada en cada sesión será la exposición participativa: partiendo de preguntas abiertas, cada día sobre un tema, se desarrollará un contenido teórico, dejando posteriormente un espacio para la participación y el intercambio de experiencias entre los participantes. Los temas a tratar en cada sesión serán: “Movilización”, “Aseo”, “Alimentación”, “Recursos sociosanitarios (a cargo de la Trabajadora Social del Centro) y “Aprender a cuidarse: pedir ayuda, resolución de problemas y estrategias de comunicación interpersonal”.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el Programa con periodicidad anual.
Para realizarla se obtendrán los datos de:
Registro de Actividades de cada sesión
Cuestionario de Evaluación de Satisfacción
Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:
Indicadores de estructura:
Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos
Indicadores de proceso:
Nº de cuidadores captados en el año x 100 / nº de cuidadores previstos captar en el año
Nº de grupos realizados en el año x 100 / nº de grupos previstos en el año
Nº de cuidadores que acuden al 80% de las sesiones grupales programadas x 100 / nº de cuidadores incluidos en el grupo
Indicadores de resultado:
Nº de cuidadores en los que la satisfacción general con el Programa es de 4-5 en escala Likert x 100 / nº de cuidadores participantes en el grupo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio:Enero 2018: Puesta en marcha. Comunicación al EAP 31/01/18.
Fin: Diciembre 2019.
Duración: ciclos de cinco sesiones grupales de 1 hora de duración los segundos miércoles de cada mes de 13:30 a 14:30.
Captación: carteles informativos y captación activa por el EAP (Medicina / Enfermería). Citación en agenda

Proyecto: 2018_1475 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

específica ("Salas – grupo CUIDADORES") o en Servicio de Admisión con P-10.
Tras cada ciclo se celebrará una reunión del equipo de trabajo para la evaluación del grupo.

9. OBSERVACIONES.
Planteamos una duración de al menos dos años para facilitar el acceso a este recurso del mayor número de personas. Aunque los grupos son cerrados, la realización cíclica del programa permitirá a los participantes completarlo en caso de no asistencia a alguna de las sesiones.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CUIDADOR INFORMAL
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1490 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... TERESA TORNOS SIMON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORIA SANCHEZ CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ RAMIREZ ISABEL. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· LARROSA ESPINOSA CRISTINA. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· LASARTE SANZ INES. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· MILLAN TARATIEL MARIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· ANDRES ZALLO LAURA. MIR. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad invasiva (ENI) causada por Sreptococcus pneumoniae constituye un importante problema de Salud Pública. La medida más costo-efectiva para prevenirla es la que se obtiene mediante la vacuna antineumococica, existiendo 2 vacunas frente a neumococo, la polisacarida de 23 serotipos que no genera memoria inmunitaria y la vacuna conjugada de 13 serotipos que si la genera y tiene respuesta más potente. La vacunación en adultos esta justificada en inmunocompetentes con patologías de base como EPOC, asma grave, patología intersticial difusa pulmonar, enfermedad hepática crónica,cardiopatía, insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus, tabaquismo y enolismo, según el consenso de 16 Sociedades científiicas sobre vacunación antineumocóica en el adulto (1). Sin embargo, las coberturas alcanzadas de vacunación antineumocóica son mucho más bajas de lo deseable, pudiendo influir la baja concienciación de los profesionales sanitarios de la importancia de la recomendación y también el hecho de que haya grupos de riesgo, en los que aunque este recomendada, no esta financiada por el sistema púlico.
Dada la alta prevalencia de diabetes mellitus en la población y su frecuente asociación con otros factores de riesgo, se ha planteado como objetivo el desarrollar mejoras en la asistencia de este colectivo y prevenir comorbilidades en la medida de lo posible, entre ellas la infección neumocócica.
Nuestro proyecto pretende concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de ofertar la vacuna antineumocócica, tanto la 23 valente como la 13 valente, ya que a pesar de las medidas terapeúticas actuales, la incidencia y mortalidad de la enfermedad neumocócica en estos pacientes se mantienen elevadas.
Bibliografia: (1) Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto con patología de base, Rev Esp Quimioter 2013; 26(3):232-252

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En proyecto previo, 1327 año 2016, se comprobó que el número de registros de vacuna NE23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRIDO en el año 2017 fué de 6, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus.
El número de registros de vacuna NE13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA en el año 2017 ha sido de 7 casos, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus .
El objetivo del proyecto es mejorar esta cobertura, analizando las posibles causas que pueden influir y mejorando el conocimiento y concienciación del personal sanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
. Analisis de los resultados de encuesta realizada a los profesionales sanitarios del centro de salud sobre opinión y manejo de la vacuna frente al neumococo.
. Sesion clínicas formativas dirigida al personal sanitario (Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras) sobre prevención de la enfermedad neumocócica en el adulto y exposición del consenso sobre la vacunación antineumocócica.
. Presentación al Equipo de los resultados, al finalizar el proyecto y grado de satisfacción

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de registros de administración de vacuna 23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRICO durante el año 2018.
Número de registros de administración de vacuna 13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA durante el año 2018.

Como referente se dispone del estudio del año 2017 que indicaba una cobertura en población adulta con diabetes del 0%.
Como objetivo inicial se plantea llegar a una cobertura del 20%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio-Septiembre 2018 análisis de los resultados de la encuesta realizada a sanitarios del CS.
Octubre 2018 sesión formativa impartida por MIR familia perteneciente al equipo de mejora.
-Diciembre del 2018 se valorará la cobertura vacunal frente a enfermedad neumocócica en la población diabética Codigo CIAP-T90 del CS Actur Oeste
- Diciembre 2018 sesión informativa donde se expondrán los resultados y se realizará una encuesta de satisfacción.

Proyecto: 2018_1490 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1494 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE BIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PEREZ RAMIREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORALES GREGORIO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ACTUR OESTE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La diabetes mellitus es una enfermedad crónica con una creciente prevalencia en nuestra población (8-9%) que supone un consumo importante de recursos sanitarios. Por otra parte, se dispone de fuentes de información pertinentes para realizar una evaluación de la actividad prestada (cuadro de mandos), permitiendo la implementación de mejoras en este grupo de pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la atención que se presta a los pacientes con diabetes pertenecientes al C.S. Actur Oeste, mejorando los datos de cobertura de Cartera de servicios que se citan a continuación.:
-Aumentar la realización de retinografía hasta el 48%
-Aumentar el número de pacientes incluidos en el programa que tienen elaborado el plan de cuidados de enfermería sobre conocimientos deficientes hasta el 50%
-Aumentar el % de solicitud de microalbuminuria hasta el 50%

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Sesión de preparación del proyecyo por parte del grupo de calidad del centro (junio 2018)
-Sesión de presentación del proyecto a todo el equipo
-Extracción y difusion de datos obtenidos a través del cuadro de mandos de forma trimestral por profesional

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Datos obtenidos: cuadro de mandos de diabetes
Se haran 3 cortes a lo largo del año 2018/19
Septiembre, Diciembre y Marzo
-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes que tienen elabora el plan de cuidado de enfermería sobre conocimientos deficientes / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes
-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes con solicitud de retinografía en los últimos 3 años / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes
-Pacientes mayores de 14 años con determinación de microalbuminuria en el último año / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio: Junio 2018
Fecha finalización: Primer trimestre 2019
Cronograma de actividades: pendiente de de confirmar fecha de sesión de presentación al equipo
Documentos revisados:
Cuadro de mandos de diabetes
contrato Gestión del 2017 y 2018
Programa de atención integral a la diabetes mellitus CAA: enero 2015

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_1339 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CAPTACION, DERIVACION Y CITACION DE PACIENTES PARA LAS ACTIVIDADES DE EDUCACION PARA LA SALUD GRUPAL EN EL CS ACTUR SUR DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... PILAR PITARQUE GARGALLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ UBEDA ROSA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA
· SAN JUAN SARALEGUI MARIA. ENFERMERO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente, en el CS Actur Sur se ofrecen actividades de educación para la salud grupal en dos áreas: EPOC (Programa de educación para la salud en grupo a personas con EPOC) desde 2015 y Gestión del estrés (Aprender a reducir el estrés en nuestra vida cotidiana a través de la atención plena-mindfulness) desde el 2011. Ambas actividades están incluidas en los acuerdos de gestión del centro. Se han observado dificultades en la captación, derivación y citación de pacientes, que han motivado en alguna ocasión la suspensión o cambio de fechas en la programación de la actividad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Aumentar el número de pacientes captados, estableciéndose un mínimo de 8 pacientes para la realización de la actividad.
2. Realizar la programación anual de los talleres en cada una de las dos actividades de EPS grupal.
3. Mejorar el proceso de captación-derivación desde las consultas médicas y de enfermería.
4. Mejorar el circuito de citación, tanto desde las consultas como desde el servicio de admisión.
5. Mejorar la información de los profesionales sanitarios y no sanitarios del equipo sobre los contenidos de las actividades, a través da la programación de sesiones formativas incluidas en el calendario de sesiones del centro.
6. Mejorar la información a los usuarios de la ZBS de las actividades de EPS grupal del centro mediante paneles informativos, pósters y folletos, y a través del Consejo de Salud de la zona.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaborar y distribuir entre los profesionales sanitarios un documento informativo actualizado, donde queden reflejados los criterios de captación y derivación. Este documento se renovará en cada programación de los talleres.
2. Elaborar y distribuir entre los profesionales del servicio de admisión un documento informativo actualizado del circuito de citación para cada taller. Este documento se renovará en cada programación de los talleres.
3. Programar anualmente una sesión formativa sobre el contenido de cada una de las actividades de eps grupal.
4. Crear un póster por cada una de las actividades y distribuirlos por las diferentes estancias del centro.
5. Crear folletos informativos para los usuarios y distribuirlos en consultas, servicio de admisión y dispensadores de folletos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de talleres realizados sobre los talleres programados.
Aumento del número de usuarios que asisten a los talleres .
Número de pacientes derivados correctamente sobre el total de pacientes derivados.
Número de pacientes citados correctamente sobre el total de pacientes citados.
Distribución de al menos 6 pósters en el centro.
Distribución de folletos en todas las consultas, servicio de admisión y dispensador. Siendo los miembros del equipo de mejora los responsables de la renovación.
Realización de las sesiones formativas previstas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se establece un año de duración (mayo 2018/ mayo2019)
Junio-septiembre: creación de materiales y difusión de los mismos.
Octubre: sesiones formativas a los profesionales del equipo.
Octubre 2018/abril 2019: Captación de pacientes y formación de grupos.
Noviembre 2018/abril 2019: Realización de los talleres programados.
Mayo 201:9 Evaluación del proyecto de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EPOC y salud mental
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_1339 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CAPTACION, DERIVACION Y CITACION DE PACIENTES PARA LAS ACTIVIDADES DE EDUCACION PARA LA SALUD GRUPAL EN EL CS ACTUR SUR DE ZARAGOZA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0750 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL LOPEZ CENALMOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LOBERA AURELIO. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS GABILONDO OLGA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO SELLES MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ ARANDA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· BADIA CORTES MARIA JOSE. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se plantea responder ante la necesidad de formar un grupo para realizar actividad física o ejercicio físico.
Se objetiva un grupo de población que por encontrarse solas no realizan actividad física tan necesaria en la prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, trastornos músculo esqueléticos, y otros.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo fundamental es comenzar a dar paseos cardiosaludables, a través de los cuales los participantes tomen conciencia de la relación directa entre el ejercico y la mejora en la condición física y prevencion de enfermedades y en segundo lugar favorecer la relación entre los parcitipantes para que puedan establecer vínculos y relaciones socio emocionales que sean continuada en el tiempo sin la presencia de los sanitarios.

La población a la que va dirigido el proyecto es toda la población adulta de La Puebla de Alfinden.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Captación de los pacientes en las consultas de Enfermería, Medicina y Trabajo Social.
2. Distribuir carteles informativos en el Ayuntamiento, Farmacia y en el Centro De Salud.
3. Se abre lista para que voluntariamente se puedan apuntar en Admisión del C.S.
4. Charla previa informativa:

- Punto de reunión.
- Recorrido (esta previsto completar el camino natural hasta La Al franca).
- Material necesario (ropa y calzado adecuados).
-Almuerzo saludable.
-Personal sanitario acompañante.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tras el paseo se pasaran cuestionarios de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en Septiembre 2018 hasta Mayo 2019.
Establecer un día a la semana para el paseo.
Nos gustaría que fuese un proyecto con continuidad en el tiempo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INSTAURACION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ADULTA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0751 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SOLANAS MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO NAVARRO EVA MARIA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ ARANDA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO SELLES MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO ABAD MARIA TERESA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· BADIA CORTES MARIA JOSE. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se plantea realizar actividades de promocion de salud en primerios auxilios en personal no sanitario por la importancia demostrada, en la prolongacion de las funciones vitales de un paciente hasta la llegada del personal sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El principal objetivo es conseguir que los adolescentes sepan reconocer y cómo actuar ante una situacion de emergencia .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunion del grupo de trabajo para:
-prepara temario adecuado
- planificar el calendario,
- nombrar a los responsables de cada taller
- enviar una carta al instituto para concertar la cita.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación de conocimientos; con un cuestionario previo y otro posterior.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tras el inicio escolar 2018 /2019 se impartirän los talleres en el primer trimestre del curso.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0952 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

2. RESPONSABLE ..... OLGA MARIA PUEYO VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABRERO CABORNERO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· MURILLO SALVADOR RAQUEL. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
4. La mayoría de las situaciones que requieren atención urgente de RCP no se producen en contexto de atención sanitario. Con la nueva ley de la DGA de implementación de DESA en Aragón la población general debe recibir la pertinente formación para su conocimiento y uso.
5.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En primer lugar dar a conocer la cadena de supervivencia y el uso del DESA en la población general.
En segundo lugar desarrollar actividades comunitarias de participación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Taller de RCP y uso de DESA dirigidos a : alumnado de 6º de primaria, AMPA y docentes del CEIP Briana de Luna de Alfajarín.
Utilizaremos material de la Unidad Docente del Sector I de Zaragoza de muñecos de simulación, DESA y dispositivos de ventilación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realiza un test de 5 preguntas previo y post actividad a los tres grupos mencionados anteriormente.
Encuesta de satisfacción tras realizar el taller.
Nivel de participación y compromiso de los grupos superior al 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cada taller tendrá una duración de 90 minutos, 45de los cuales se dedican a realizar test previo y formación teórica resolviendo las dudas que surjan. En los siguientes 45 minutos se dividirán a los participantes en grupos de entre 6-8 personas para realizar de forma práctica lo aprendido.
Al acabar se pasará el test post-taller y la encuesta de satisfacción.,
1 sesión con alumnos de 6º primaria : mayo 2018
2ªsesión con claustro de profesores: junio 2018
3ªsesion con AMPA: septiembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0994 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL CENTRO DE SALUD SE ACERCA A LA ESCUELA

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA NAVARRO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO ABAD MARIA TERESA. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LOBERA AURELIO. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS GABILONDO OLGA. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ ARANDA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA
· SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALFAJARIN. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La actividad se enmarca en el seno de un proyecto de promoción de la salud que se viene realizando en el CS Alfajarín. Se recibió la solicitud por parte de los maestros de uno de los dos centros de educación infantil y primaria (CEIP) perteneciente a la Red de Escuelas Promotoras de Salud, de La Puebla de Alfindén, al equipo de pediatría del centro de salud de adiestramiento y mejora de los conocimientos del personal docente sobre los problemas médicos pediátricos más relevantes bien por su gravedad, bien por su frecuencia que se plantean con los alumnos en el centro escolar. La petición nos pareció muy oportuna teniendo en cuenta la estrecha convivencia que tiene lugar en el entorno escolar y la posibilidad de que los maestros tengan que enfrentarse con situaciones médicas inesperadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es aumentar los conocimientos de los docentes y entrenarles en determinadas habilidades y técnicas que puedan ayudar a resolver problemas médicos pediátricos que se presenten de una manera frecuente, grave o urgente.
Un objetivo secundario es establecer una vía de comunicación escuela-centro de salud que facilite una relación de cercanía y permita la colaboración de los servicios sanitarios cuando sea pertinente.
El segundo objetivo secundario es hacer extensivo el programa a todos los CEIP de nuestra ZBS.
Otro objetivo secundario tiene que ver con la satisfacción del personal sanitario que " sale " del centro de salud para acercarse a la comunidad. El programa se integra en la estrategia de atención comunitaria del CS Alfajarín.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El punto de partida es la constitución de una comisión mixta formada por 1 representante de los alumnos (6º primaria), de los maestros(2), de la AMPA (2), del consejo escolar (1), del departamento de cultura del ayuntamiento de la localidad (1),del personal sanitario (2) y del director del centro como presidente. En esta primera reunión se abordan sugerencias en temas de promoción de la salud y los maestros exponen un listado de problemas médicos que son de su interés. Los sanitarios seleccionan algunos con criterios de frecuencia, urgencia o gravedad.
Se fija la fecha para la siguiente reunión de la comisión en septiembre de 2018.
Previamente a la actividad que tiene lugar en el mes de mayo de 2018, se les hace llegar a los maestros un cuestionario de preguntas-casos clínicos que responden de manera anónima para valorar el grado de conocimientos .
La intervención consiste en presentaciones breves en p-p al mayor porcentaje de maestros posible, sobre temas como actuación en una crisis asmática/asma inducido por el ejercicio, actuación en una reacción anafiláctica, en una convulsión y entrenamiento en soporte vital básico. Se divide en 3 estaciones, para adiestrar en masaje cardiaco /ventilación con torso de adulto, la misma técnica con bebé/muñeco y la práctica de desobstrucción en atragantamiento, y de posición lateral de seguridad.
Se utiliza material de apoyo para mostrar modo de utilización: Cámara de inhalación, autoinyector de adrenalina, inhaladores.
Posteriormente se comentan en común los casos clínicos del cuestionario, para resolver posibles dudas.
Al mes siguiente se vuelve a pasar el cuestionario para ver el grado de transmisión de conocimientos así como una encuesta de satisfacción.
Se fija fecha para comunicar los resultados en reunión de equipo en junio

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Porcentaje de docentes que reciben la formación del total de maestros del centro escolar.
-Porcentaje de cuestionarios con calificación superior a 50% comparando los pre y los postintervención.
-Grado de satisfacción de los docentes, dividido en 3 categorías: Poco útil para mi trabajo/algo útil/ muy útil.
-Porcentaje de sanitarios que participan en la intervención de los previstos inicialmente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Constitución del equipo responsable enero 2018
Contacto de personal docente-sanitarios marzo 2018
Acuerdo de fecha para primera reunión abril 2018
Constitución de comisión mixta mayo 2018

Proyecto: 2018_0994 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL CENTRO DE SALUD SE ACERCA A LA ESCUELA

Intervención en centro docente mayo 2018
Evaluación y comunicación al EAP junio 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PERSONAS SANAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0323 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CORMIRMACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR JULIAN ARANDA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASCON RICARTE ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BELTROL ALGUERO MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ALDANA TORNOS MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LATAPIA VILLARTE CARMEN. CELADOR/A. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MORENO BENITO PABLO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BENITO CORNAGO MARIA LUISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Visualizar una actividad que se esta ya realizando por el Servicio de Admisión con objeto de hacer un control y registro de la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Citar los partes de confirmación que los médicos del Centro dejan en Admisión para entregar a los usuarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creamos una nueva agenda en "OMI" con el nombre de "Entrega de Partes de Confirmación" donde citaremos al usuario cuando venga a recogerlo, previa identificación con DNI o Tarjeta Sanitaria y apuntaremos el numero de parte que entregamos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registraremos 100% de Partes.
% de Partes registrados = Nº de Partes registrados/Nº Total de Partes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se evaluará a final de año 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. I.L.T.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1420 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GASCON RICARTE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ QUINTAS MARIAN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MORENO BENITO PABLO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LATAPIA VILLARTE CARMEN. CELADOR/A. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· JULIAN ARANDA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BELTROL ALGUERO MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BENITO CORNAGO MARIA LUISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION
· AZUARA BRUALLA MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tenemos el archivo muy colapsado. En la secesidad de hacer sitio, detectamos que hay carpetas de historias de pacientes que ya no estan en el Centro o que han fallecido fuera de nuestra zona.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el espacio del archivo, retirando las historias, agrupandolas en cajas en 3 grupos: Exitus, Bajas y Otros Centros. archivadas por fecha de nacimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
De BDU cada mes sacamos listado de los fallecimientos de usuarios de nuestro Centro. Retiramos las historias del archivo y se colocan en un archivador de Admisión (el año en curso y el anterior) archivados por fecha nacimiento. Durante los meses de menor presion de trabajo en Admisión revisamos las historias (desde 1914) hacia adelante, si no aparece en OMI, comprobamos en BDU. Y lo incorporamos en uno de los tres grupos. Exitus, Baja u Otros Centros.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador de Evaluación: 5000 historias en 2018.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abordar la revisión de historias en un 25% anual, entre los meses de Junio, Julio y Agosto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0970 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... NURIA BORRAZ ABELLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOLOSANA LASHERAS TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· ANDRES CASTRO SARA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· LAFARGA SANTIAGO CLARA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· BATISTA GUTIERREZ SILVIA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente, en el Centro de Salud Arrabal de Zaragoza las llamadas de urgencias y emergencias domiciliarias se realizan por los usuarios desde su domicilio y son atendidas por administrativos del centro, los cuales designan a los profesionales que están de guardia en ese momento para que acudan con la mayor brevedad posible. Esto conlleva al abandono de la consulta de los usuarios programados que se encuentran a la espera y de aquellos que acuden por una urgencia al centro de salud. No todas las llamadas domiciliarias presentan la misma urgencia, puesto que muchas de ellas se podrían resolver una vez que el profesional acabe su consulta, sin por ello dar un peor servicio y pronóstico, e incluso otras, ser atendidas y solucionadas telefónicamente. El problema que realmente nos encontramos es la subjetividad del término urgencia y emergencia, ya que hasta el momento es el propio usuario quien lo determina y no un sanitario. Por ello proponemos que las llamadas urgentes sean derivadas del administrativo a una enfermera para que establezca un nivel de prioridad según el triaje telefónico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar un protocolo de triaje telefónico en el CS Arrabal para atender a las urgencias y emergencias domiciliarias consiguiendo una adecuada gestión del tiempo y los recursos, así como la posibilidad de ser extrapolado a otros centros de Atención Primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elaborará un árbol de decisión con preguntas y respuestas. Se aplicará primero el protocolo telefónico desde el centro de salud mediado por una enfermera y después de forma presencial en el domicilio por los profesionales sanitarios que atiendan la urgencia. Una vez finalizado, se comparara el nivel de prioridad asignado inicialmente por teléfono y, posteriormente, el asignado al finalizar la atención domiciliaria. Si éstos coinciden, se considerará el proyecto como válido.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Coincidencia del nivel de prioridad asignado por teléfono y el resultado final.
Urgencia domiciliaria atendida satisfactoriamente según el nivel de prioridad y tiempo asignado.
Encuestas de satisfacción al usuario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Julio 2018: Diseño e implantación del programa de triaje
Agosto 2018-Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto
Octubre 2018: Análisis de resultados y conclusiones
Noviembre 2018: Difusión del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1333 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD, DEL EMBARAZO A LA ESCUELA, MEDIANTE ACTIVIDADES GRUPALES EN LA COMUNIDAD

2. RESPONSABLE ..... TERESA TOLOSANA LASHERAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHECA DIEZ MARIA ANGELES. MATRONA. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· MARCO ARNAU INMACULADA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CS ACTUR OESTE. SALUD MENTAL
· ALDANA TORNOS MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· DUESO LACORT NIEVES. PERSONAL DE LIMPIEZA. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
A nuestras consultas, normalmente saturadas, acuden padres con dudas y desbordados por problemas en la crianza de sus hijos.
La lactancia, los cólicos, el peso, despertares nocturnos, inquietan a los padres. Después, la alimentación complementaria, vacunas, desarrollo psicomotor…En el segundo año de vida, las rabietas, los celos, retirada de chupete o pañal, malos comedores o que se niegan a dormir solos…
Esta necesidad de información y apoyo restan mucho tiempo a la consulta y pueden beneficiarse especialmente de las actividades grupales.
En este proyecto planteamos unir y dar continuidad a varias actividades grupales,desde el embarazo hasta la primera infancia.
El hilo conductor para ello es el blog “osinteresa.com” donde se informa del programa, se inscriben a los talleres y se evalúan las actividades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1º Unificar formalmente tres proyectos, unidos ya de forma natural, a través de sus responsables y colaboradores… dando continuidad desde el embarazo a los 6 años.
2º Disminuir la frecuentación a las consultas, del adulto, infantil, salud mental infanto-juvenil, por motivos de crianza, o por factores de la personalidad que tienen que ver con la educación.
3ºQue las mujeres adquirieran conocimientos y desarrollen habilidades para conseguir una lactancia exitosa hasta que madre y bebé quieran.
4º Prevenir factores de personalidad que dependen de la educación y que pueden terminar con, trastornos de conducta, fracasos escolares e inadaptación social de origen educativo familiar

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Tres ciclos diferentes, en etapas diferentes, con charlas eminentemente prácticas y talleres
Plan de comunicación
Consultas de atención infantil del sector,
Carteles informativos en los Centros de Salud,
Mediante las AMPAS de colegios y guarderías de la zona
Grupos de wasap creados por las madres
Desde el blog “osinteresa.com”

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1ª Numero de padres que acuden a las sesiones en un mínimo de tres ocasiones.
2º Valorar si la actividad le ayuda en su labor de crianza
3º Encuesta de satisfacción de la actividad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º grupo de embarazo (M Angeles Checa y Teresa Tolosana)
Último trimestre del embarazo.
Semanal, abordan los temas que preocupan a las gestantes en esta etapa.
Cambios físicos y emocionales, alimentación, vacunas, parto, posparto, lactancia y cuidados en los primeros días del bebe.
Se informa y capta para los grupos a los que van a poder acudir después de haber dado luz

2º grupo de lactancia crianza (M Angeles Checa y Teresa T)
Son tres ciclos de 12 sesiones, los martes,en calendario escolar.
Día 1/ Desarrollo del sueño en la infancia
Día 2/ Lactancia materna, mitos y realidades
Día 3/ Manejo de los problemas menores en el lactante, fiebre,mocos,vómitos…
Día 4/ Lactancia materna. Extracción y conservación de leche
Día 5/ Lactancia materna. Problemas, prevención y soluciones.
Día 6/ Accidentes y urgencias en la infancia
Día 7/ Lactancia materna, Sexualidad en esta etapa, planificación familiar.

Proyecto: 2018_1333 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD, DEL EMBARAZO A LA ESCUELA, MEDIANTE ACTIVIDADES GRUPALES EN LA COMUNIDAD

Día 8 /Vacunas
Día 9/ Desarrollo psicomotor en el primer año.
Diá 10/ Lactancia materna ; Mantenimiento en la vuelta al trabajo
Día 11/ Alimentación complementaría
Dia 12/ Lactancia materna ¿hasta cuándo?
El orden de las charlas pueden variar según el ciclo, en dependencia de la organización del equipo
TALLERES
En octubre de 2017 se iniciamos talleres prácticos sobre:
*Introducción a la alimentación siguiendo el método de alimentación gestionada por el bebe o BLW.
*También talleres de porteo
*Talleres de donación de leche materna
Innovadores en la sanidad pública, no lo son en la privada, por los que se llega a cobrar hasta 100 euros
COLABORACIONES
En proyecto Patrocinado por la Junta municipal El Rabal organizado por la Asociación de Vecinos del Barrio Jesús "
FAMILIA, SALUD Y EDUCACIÓN; ENCUENTRO ENTRE GENERACIONES, CICLO CRIANZA Y ENCUENTRO"
Charlas en colegios y guarderías, según petición, fundamentalmente con temas de alimentación infantil.

3º grupo de asesoría educativa (Teresa T, Imaculada M)
Dos ciclos anuales de 5 sesiones con los siguientes temas
1º desarrollo evolutivo del niño hasta los 6 años
2º problemas del sueño
3º problemas de la alimentación
4º celos, miedos, rabietas
5º retirada de pañal, chupete y bibero
Metodología eminente participativa, con actividades, como la línea del tiempo, secuencias de la vida cotidiana, fantasía guiada, juego de roles..

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. embarazo, parto y 1ra infancia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1386 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL EN SOBREPESO Y OBESIDAD

2. RESPONSABLE ..... NOEMI ESPINOSA ALONSO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD SON UNA DE LAS CAUSAS QUE MAS GENERAN DEMANDA ASISTENCIAL TANTO EN LA ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA CON EN ESPECIALISTAS.
DADO QUE LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN LA CONSULTA SUELE LIMITARSE A LA TOMA DE CONSTANTES Y LIGERAS INDICACIONES SOBRE ALIMENTACION SANA, CREEMOS QUE SERIA PERTINENTE PROFUNDIZAR EN LA EDUCACION NUTRICIONAL Y DADO LA IMPOSIBILIDAD DE TIEMPO, VEMOS PERTINENTE REALIZARLO DE FORMA GRUPAL.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD DESDE LA DINAMICA GRUPAL.
- AUMENTAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE NUTRICION EN LA POBLACION DIANA.
- CONSEGUIR UNA PERCEPCION SATISFACTORIA DE LOS PARTICIPANTES.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- UNA CHARLA CADA APROX 15 DIAS CON UN TOTAL DE 4 SESIONES.
- CON LOS SIGUIENTES TEMAS:
- LA IMPORTANCIA DE LA PROTEINA
- AZUCAR, INSULINA, HIDRATOS DE CARBONO E INDICE GLUCEMICO
- DIETAS Y METABOLISMO BASAL
- ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y COMPRA SANA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- NUMERO DE ASISTENTES
- ACUDIR AL MENOS A 3 DE LAS 4 SESIONES
- MEJORA DE LOS CONOCIMIENTOS CON PRE Y POST TEST
- EVALUACION DE LA PERCEPCION SENTIDA POR PARTE DE LOS ASISTENTES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SEPTIEMBRE- OCTUBRE - NOVIEMBRE
28 SEPTIEMBRE PRE -TEST Y 1º CHARLA
19 OCTUBRE 2º CHARLA
9 NOVIEMBRE 3º CHARLA
23 NOVIEMBRE 4º CHARLA Y POST-TEST

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SOBREPESO Y OBESIDAD
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1498 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... ROSA MAGALLON BOTAYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUAN GERMAN MARISA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ARRABAL. TRABAJO SOCIAL
· DOMINGUEZ GARCIA MARTA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· VERA COLAS MARINA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· LOREN BLAS SILVIA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· CERRADA ENCISO LUCIA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· LACORT BELTRAN EVA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· GALLEGO ROYO ALBA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La implantación de las voluntades anticipadas dió un paso para mejorar la accesibilidad de los usuarios a recoger sus inquietudes en su final de vida. Sin embargo, el número de personas que las ha solicitado es escaso y que puede ser debido a la dificultades de acceso o falta de información a los usuarios de como solicitarlos, las implicaciones y el derecho de revocamiento-
Además, parece importante iniciar el debate social ante el final de la vida, debido a los posibles cambios legislativos que se van a llevar a cabo dentro de la Unión Europea en los próximos años. Informar de los cuidados paliativos o de la ayuda que pueden ofrecer los profesionales del centro de salud tanto al familiar enfermo como a los acompañantes puede ayudar a a mejorar la relación equipo de salud-paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con la ayuda de la asociación de vecinos del barrio, inicialmente se van a conocer las inquitudes de los usuarios para posteriormente gestionar una formación abierta a toda la población de la zona de salud sobre la calidad asistencial al final de la vida.
Esta pregunta es obligatoria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El plan inicial es realizar 2 charlas informativas en la asociación de vecinos sobre las voluntades anticipadas, tanto de gestión como de las implicaciones que estas supone.
Posteriormente, en dependencia de las dudas que hayan surgido, se podrá aumentar el número de charlas para alcanazar el mayor número de población.
Finalmente, se organizará un debate entorno al buen morir para conocer las inquitudes de la población de la zona de salud entorno a las fiestas del barrio.
Esta pregunta es obligatoria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de usuarios de las charlas previstas.
- Satisfacción de los usuarios.
- Numero de nuevas voluntades anticipades de los pacientes de la zona de salud dependiente del centro de salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Curso 2018/2019
- Desde Septiembre de 2018 hasta Junio de 2019.
Finalizará con las fiestas del barrio del Arrabal

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1529 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARINICOS EN CENTRO DE SALUD, CON CONTROL VENOSO DE INR. PROPUESTAS DE MEJORA

2. RESPONSABLE ..... PILAR NOVELLA ABRIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAGALLON BOTAYA ROSA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGUEZ GARCIA MARTA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· LOREN BLAS SILVIA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· MOLINA LORENTE TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· VERA COLAS MARINA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· CERRADA ENCISO LUCIA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· IMAZ FANDOS JULIA. MEDICO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dentro de la zona de salud de la población del centro de salud, existen un gran porcentaje de pacientes en tratamiento con anticoagulantes dicumarínicos, tras indicación por patologías como fibrilación auricular. Desde atención primaria, la medición de INR CAPILAR ha mejorado la accesibilidad de la población, la calidad de vida de los pacientes y mayor empoderamiento. Sin embargo, sigue existiendo pacientes que reciben valoración de INR en sangre periferica, realizado a nivel hospitalario realizando extracción en CS o en domicilio del paciente.
Por ello, se pretende realizar un estudio descriptivo de los pacientes tratados con dicumarinicos y control venoso periférico en nuestro centro de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer los pacientes que continuan con control venoso, para realizar propuestas de mejora.
Disminuir el porcentaje de pacientes que requieren esta opción

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Conocer el número de pacientes en tratamiento con dicumarinicos.
Conocer el número de pacientes que realizar control venoso de INR en sangre periférica.
Conocer el motivo por el que continuan este tipo de control venoso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes con control de INR en sangre venosa respecto al total de pacientes en tratamiento con Sintrom.
En dependencia de los resultados, se realizarán propuestas de mejora y valoración de nuevo de porcentaje para comprobar aumento o disminución del número de pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Hasta Diciembre de 2018 - obtención de datos.
De Enero a Marzo - Evaluación de propuestas de mejora.
Abril a Junio - Nueva valoración para ver resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0105 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· ALONSO SOBREVIELA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· SORA USON OLGA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el sector I de Zaragoza se ha detectado un bajo registro tanto de la prevalencia de EPOC, como de consumo de tabaco. Del mismo modo el registro de las actividades de enfermería tanto en el seguimiento de la EPOC con el registro de síntomas respiratorios y el uso adecuado de inhaladores está muy por debajo del esperado.
Pensamos que pueden ser multifactoriales las circunstancias que motivan dicho infraregistro. En primer lugar, pensamos que en parte se trata de una inadecuada codificación/registro en OMI, es decir, pacientes que comienzan son síntomas respiratorios, tos, espectoración... y en un primer lugar se codifica, el proceso por el síntoma correspondiente, pero cuando se llega al diagnóstico definitivo de EPOC en lugar de crear un nuevo episodio de EPOC, se sobreescribe sobre el/los síntomas iniciales.
Otro de los posibles motivos es la hasta ahora importante lista de espera en servicio de neumología.
El infrarregistro de las actividades de enfermería de igual modo pensamos que es fundamentalmente por no señalar el lugar correspondiente de la actividad realizada, escribiendo dicha actividad en texto libre.
El infraregistro de consumo de tabaco, pensamos que es debido a que al no haber una consulta específica de deshabituación tabáquica en el sector, esto desmotiva a los profesionales sanitarios a actuar sobre dicho proceso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar el registro en OMI de EPOC.
- Mejorar el registro en OMI de CONSUMO DE TABACO.
- Mejorar el registro en OMI de SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN EL PACIENTE EPOC.
- Mejorar el registro en OMI USO ADECUADO DE INHALADORES.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Establecimiento de la interconsulta virtual en neumología en el 100% de los centros de salud del Sector I.
- Creación de al menos una Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica en Sector I.
- Impartir sesiones en el/los centros de salud sobre el adecuado registro en OMI de las actividades realizadas (al menos 1 sesión).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Cuadro de Mandos: Prevalencia EPOC: valor actual 3%; objetivo 3,60%.
- Cuadro de Mandos: Detección Tabaco: valor actual 40,88%; objetivo 45%.
- Cuadro de Mandos: Registro de síntomas respiratorios:valor actual 14,61%; objetivo 22%.
- Cuadro de Mandos: Vías aéreas: valor actual 12,90%; objetivo 20% .
- Porcentaje de CS con Interconsulta Virtual a Neumología: valor actual 50%; objetivo 100%.
- Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica: valor actual- No; objetivo-Sí.
- Impartir sesiones en el/los centro de salud sobre el adecuado registro en OMI de las actividades objetivo realizadas: valor actual-No, objetivo- al menos 1.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Las actividades previstas está en proceso de realización. Ya se ha comenzado con la interconsulta virtual de neumología.
- La consulta monográfica de tabaquismo ya está planificada su estructura y desarrollo, comenzando su actividad cuando la Gerencia de Atención Primaria dé los permisos correspondientes.
- Las sesiones de formación en registro en OMI, se llevarán a cabo a lo largo del año 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0105 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR ZARAGOZA I

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_1075 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA ASSO OTAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA PELIGERO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· SORA USON OLGA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· ROY PEREZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ABAD OLGA. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
47% DE PACIENTES CON DM2 TIENEN HIPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS Y DE ESTAS, EL 75% SON NOCTURNAS. ESTO INCREMENTA 25 VECES EL RIESGO DE HIPOGLUCEMIA GRAVE.
(estudio de Chico A, et al, realizado con 70 pacientes (40 con DM1-30 con DM2) monitorizados con MCG.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- AUMENTAR LA IMPLICACION DEL PERSONAL SANITARIO EN POBLACION DIANA (PAC. CON DM2 INSULINIZADOS) PARA DETECTAR HPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS.
- FORMAR A PAC INSULINIZADOS PARA CREAR HABILIDADES PARA DETECTAR HIPOGLUCEMIAS Y PREVENIRLAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- 1 SESION FORMATIVA DE EDUCACION GRUPAL SOBRE DETECCCION Y ACTUACION EN HIPOGLUCEMIAS.
- EMPLEO DE SISTEMAS DE TITULACION Y FORMACION (T-COACH U OTROS EXTERNO).
- PASAR TEST DE RIESGO DE HIPOGLUCEMNIAS Y CALIDAD DE VIDA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- HIPOGLUCEMIAS EN 1,3,6 MESES.
- CONSEGUIR QUE EL 50% DE PAC AUMENTE SU CONOCIMIENTO SOBRE HIPOGLUCEMIAS : SE PASARA ENCUESTA AL INICIO Y FIN DE PROGRMA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO EN JUNIO DE 2018
EVALUACION FINAL MARZO 2019.
FINAL EN JUNIO 2019.
SE REALIZARA SESION UNA VEZ CAPTADOS LOS PACIENTES.

9. OBSERVACIONES.
ENTRARAN PACIENTES DE ALTO RIESGO (PAC DM2 INSULINIZADOS)

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_1253 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA PARA UN BUEN MANEJO DE LOS INHALADORES EN NIÑOS Y ADULTOS

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL SORIANO IGLESIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARQUETA BIMBELA ANA PILAR. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El 10% de la población desarrollará asma durante su infancia.Para muchos de ellos será una enf.crónica que los acompañará toda su vida.Se ha comprobado que un alto porcentaje de la población, tanto infantil como adulta,no se aplica correctamente los inhaladores,o llevan dispositivos que no son los adecuados .Esto hace que se incremente la visita al facultativo con reagudizaciones,que podían haberse evitado con una correcta ed. sanitaria.Igualmente en EPOC

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar los conocimientso sobre el asma,EPOC y su ttº
-Uso correcto de inhaladores y dispositivos
-Mejorar la calidad de vida del paciente asmático
-Disminuir la demanda en consulta médica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Ed.sanitaria individualizada en consulta de enfermería,reforzada posteriormente en educación grupal.Un grupo de adultos.Otro grupo de niños divididos por edades de 0-8 años,y de 9-14 años,acompañados por su familia

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cuestionario antes de comenzar las charlas,sobre los conocimientos de la enfermedad asmática,manejo de inhaladores y sobre cómo actuar en una crisis asmática.Posteriormente,se pasará el mismo cuestionario para comprobar los conocimientos adquiridos.
En abril se evaluará si ha disminuido la demanda asistencial

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En octubre,comenzar con ed sanitaria individual.En noviembre comenzar con sesiones grupales.Dos sesiones por cada grupo de edad,para reforzar conocimientos,separadas de 15 días

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_1561 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA

2. RESPONSABLE ..... DOMINGO PONCE SALCEDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO PARDO CONSUELO. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). TRABAJO SOCIAL
· JERICO CLAVERIA LAURA. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· SORIANO MARTINEZ ALBA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· BANDRES DE BLAS ESTHER CLARA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· LOBERA LAHOZA ELENA. ENFERMERO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
A petición de padres y entrenadores del equipo de balonmano femenino del Barrio La Jota a través de la Junta Vecinal se propuso la actuación del CS Avda. Cataluña (La Jota) para intervenir en la mejora de la nutrición de dichos deportistas y solventar las dudas sobre la misma durante la actividad deportiva.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos mejorar la nutrición de la población joven que integran el equipo de balonmano femenino del barrio en sus diferentes categorías gracias a cambios en la alimentación y esperamos conseguiruna serie de datos para corroborar dicha mejora.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se presentará una encuesta nutricional con una serie de items para valorar la la alimentación diaria de dichos deportistas, se realizará posteriormente una intervención a través de 1 o más charlas informativas/educativas dirigidas tanto a padres como entrenadores y los deportistas y finalmente se presentará de nuevo la encuesta para valorar cambios/mejoras en dicha alimentación.Contaremos con la ayuda / asesoría de una nutricionista profesional que ha accedido a colaborar de forma desinteresada: Mapi Herrero Martínez

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación a través de encuestas desarrolladas en el programa Formularios Google verificando la disminución en el consumo de bebidas azucaradas, comida rápida, bollería, dulces, sal, grasas animales y otros alimentos y condimentos no saludables.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Lanzaremos la encuesta a partir de septiembre de 2018, se proppondrá una fecha para dar charlas a finales de 2018 y una nueva encuesta a principios de 2019 consiguiendo evaluarlo todo antes de terminar el primer trimestre de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0737 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

2. RESPONSABLE ..... ANA SARA GUTIERREZ TORIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BUJARALOZ
· Localidad ..... BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABANCENS IBARRA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· AMORES GONZALEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· JARIOD FANDOS MERCEDES. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· ABAD ROYO MERCEDES. MEDICO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· NEVADO CASTEJON JORGE. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad arterial periférica (EAP) se manifiesta de forma sistémica como aterotrombosis y está asociada con incapacidad a largo plazo y complicaciones cardiovasculares.
El riesgo de enfermedad aterosclerótica aumenta notablemente entre las personas con diabetes. El riesgo aumentado es independiente y aditivo de otros factores de riesgo cardiovascular.
La aterosclerosis causa la mayor parte de muerte y discapacidad en pacientes con diabetes, sobretodo en pacientes diabéticos de tipo 2.
La mejor manera de ser diagnosticada de forma no invasiva es mediante la medición de la presión arterial y el cálculo del indice tobillo-brazo (ITB). El ITB es un test sencillo y barato que se puede realizar con un sencillo equipo de Doppler continuo y un manguito de presión. Se considera como patológico un valor de ITB = 0,9 y, por tanto, resulta predictivo de morbilidad y mortalidad asociadas a la EAP.
Por lo tanto, la exploración vascular en el paciente diabético en las consultas de atención primaria, supone un papel fundamental en la detección precoz de la enfermedad arterial periférica y en seguimiento de estos pacientes crónicos, previniendo así la aparición de complicaciones vasculares como las úlceras de pie diabético.
En el Servicio Aragonés de Salud, es la enfermera de atención primaria la que se encarga de realizar la exploración vascular mediante el Índice tobillo-brazo mediante el uso del doppler a todos los pacientes diabéticos que estén en la cartera de servicios con diagnóstico de diabetes Mellitus, utilizando para ello el protocolo de “Exploración de pie diabético” existente en el programa utilizado en atención primaria OMI-AP.
En nuestra zona de salud, debido a la falta de material para la exploración del pie diabético, solamente se estaba realizando a un % muy bajo de los pacientes diabéticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana de nuestro proyecto son los pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2.
Realización de la exploración de los pies a los pacientes diabeticos tipo 2.
Conocer la prevalencia de EAP en los pacientes diabeticos de nuestra zona de salud. Tambien la existencia de otras patologías en los pies (ulceras, micosis...)
Mejorar los conocimientos de los pacientes sobre como cuidar sus pies.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Sesión formativa con el equipo sobre la exploración pie diabético para refrescar conocimientos y unificar criterios durante la ultima semana de mayo de 2018. Se realizarán reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común.
2- Realización de exploración de pie diabético con uso de doppler en la consulta programada de enfermería, para ello, usaremos como modelo el protocolo que ya existe en OMI AP.
3- Educación sanitaria a cada paciente después de la consulta sobre el cuidado de los pies en el paciente diabético entregando una hoja informativa como apoyo a nuestra explicación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes con la realización de la exploración del pie diabético en la zona de salud. (en estos momentos solo se ha realizado a un 34% de los pacientes según cuadro de mandos de diabetes)
Prevalencia de EAP en los pacientes diabéticos explorados en nuestra zona de salud (Nº total pacientes con EAP/ nº pacientes diabéticos explorados). La prevalencia es del 15-20 % en estudios realizados previamente.
Porcentaje de pacientes con una exploración del pie diabético normal.
Porcentaje de pacientes derivados a vascular.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Charla formativa en CS para todos los profesionales ultima semana de mayo: se entregaran pautas comunes para la actuación de los profesionales y un listado con los pacientes diabeticos que corresponden a cada cupo.
- El proyecto se realizará de mayo a diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0737 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0829 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO Y IES DE BUJARALOZ

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ABAD ROYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BUJARALOZ
· Localidad ..... BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLAGRASA VILLUENDAS MARIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BARCO MARCELLAN MARIA PURIFICACION. MEDICO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ TORIO ANA SARA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· ABANCENS IBARRA TERESA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· OCHOA ZARZUELA DIEGO. MEDICO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· AMORES GONZALEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION PRIMARIA
· LLANOS CASADO MARGARITA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente la principal causa de muerte en países desarrollados son las enfermedades cerebrovasculares, afecciones cardíacas y accidentes. La mayoría de los eventos cardíacos se producen en presencia de otras personas, la tasa de mortalidad es más alta cuando estos suceden en el ámbito extrahospitalario, en estos casos la tasa de supervivencia aumentaría si se iniciasen las maniobras de reanimación de forma precoz, teniendo en cuenta ademas que en menos del 25% de los casos se inician maniobras de reanimación por parte de los testigos.

Además existen otros ambientes laborales o entornos donde es más recuente la aparición de accidentes y situaciones de emergencia, así el centro escolar es el lugar donde mayor número de accidentes de menores se producen

En el caso tanto de los accidentes como de enfermedades y lesiones, los primeros auxilios proporcionados por los testigos, salvan vidas y limitan la extensión de la lesión

La familia y la escuela resultan el ámbito ideal para generar y trasmitir conductas por medio de la información y la educación para la salud.

Los primeros auxilios dan respuesta a una necesidad que la sociedad actual demanda, en ocasiones de forma explicita, desde el conocimiento de que su propia actuación mejoraría la eficacia de las acciones posteriores de los servicios sanitarios.

La pertinencia del proyecto vendría también dada por la publicación de la resolución de 7 Noviembre de 2017 relativa a la intervención en situaciones de urgencia en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana a la que va dirigido el proyecto son tanto los padres como el personal docente del colegio/instituto de la población de Bujaraloz.

El objetivo principal sería ampliar y mejorar los conocimientos y las técnicas en primeros auxilios, que permitan una atención inmediata ante una situación de urgencia o emergencia y así mismo minimizar el daño producido por el auxiliador por desconocimiento o impericia.

Como objetivos específicos:

Que padres y docentes conozcan el concepto de primeros auxilios y cadena de supervivencia.
Que conozcan el teléfono de alerta sanitaria.
Que sean capaces de controlar la situación hasta la llegada del personal sanitario
Ser capaces de controlar la seguridad del propio accidentado así como la del auxiliador
Evitar más lesiones y alteraciones que puedan agravar el daño inicial.
Aumentar el grado de satisfacción en la población diana.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones entre el personal sanitario que participa en el proyecto para decidir los contenidos y distribución de las sesiones formativas que se desean impartir.

Realización de power point para exposición de los contenidos teóricos

Esta previsto realizar reuniones con el personal docente del colegio/ instituto, así como con representantes del AMPA para concretar la fecha de realización de las sesiones formativas.

Se pretende realizar dos sesiones de dos horas de duración cada una de ellas en las que se hará una exposición teórica seguida de la realización por parte de los padres/docentes de actividades prácticas según el modelo de observación-repetición.

Proyecto: 2018_0829 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO Y IES DE BUJARALOZ

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización por parte de los asistentes al curso de un cuestionario de conocimientos previos sobre primeros auxilios.

Evaluación in situ de la correcta realización de las actividades y maniobras que van a realizar durante el taller práctico.

Cuestionario posterior a la realización de cada una de las sesiones en el que se debe evidenciar un mayor indice de aciertos en las respuestas.

Encuesta de satisfacción, así como recogida de sugerencias y comentarios por parte de los alumnos que realizan el curso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las reuniones con profesores y AMPA se llevaran a cabo durante el mes de mayo de 2018.

Durante los meses de Junio, Julio,Agosto y Septiembre, se realizarán las reuniones con los participantes en el proyecto para concretar contenidos y realizar power point, así como la elaboración del material escrito que se entregará a los asistentes.

Las sesiones están previstas impartirlas durante el mes de Noviembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. La población diana son adultos sanos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0295 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL HERNANDEZ ABADIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LUNA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ DE ZABARTE LOSCERTALES FERNANDO. MEDICO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA
· ASENJO COBOS CLAUDIA. ENFERMERO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA
· SOLER ABADIAS ROSA MARIA. ENFERMERO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR GIMENEZ RAMON. MEDICO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA
· MANJON DOMINGUEZ MARIAN. ENFERMERO/A. CS LUNA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El aumento de las esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapeúticos cada vez más estrictos,son algunos de los factores qe están ínfluyendo en el hecho de que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de 5 fármacos para prevenir ó tratar problemas de salud.
Uno de los problemas más importantes es la falta de adherencia al tto, sobretodo en patologías crónicas donde se estima que el cumplimiento terapeútico se sitúa en torno al 30-50%.
Las alteraciones cognitvas ó sensoriales, la dificultad para entender prospectos y recomendaciones ó identificar correctamente los medicamentos por un cambio de marca, son factores que ínfluyen en la baja adherencia.
Desde el ámbito de la ATENCIÓN PRIMARIA queremos educar a estos pacientes sobre el uso correcto de la medicación,así como evitar el consumo innecesario de fármacos,el riesgo de reacciones adversas medicamentosas ó interacciones farmacológicas y reducir el gasto farmaceútico.
Asimismo,consideramos adecuado rebajar el rango de edad a los 65 años,puesto que cada vez son más los pacientes incluídos en este grupo que consumen más fármacos y nos parece que también es bueno empezar a educar en el consumo desde una edad temprana puesto que la capacidad de comprensión es mayor y así cuando lleguen a los 75 años ya se considerará como un hábito.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO GENERAL:
+Mejorar la salud y la calidad de vida en la población polimedicada mayor de 65 años mediante el asesoramiento y la educación sanitaria sobre el uso de fármacos por parte de los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
+Detectar y resolver problemas en la utilización de medicamentos.
+Incrementar el conocimiento sobre el uso y manejo de la medicación a pacientes, familiares y/o cuidadores en un 10%.
+Mejorar el cumplimiento terapeútico y evitar riesgos y reacciones adversas de los pacientes polimedicados en un 10%.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
CAPTACIÓN a través de la consulta de enfermería y de medicina programada, a demanda y a través de una visita domiciliaria (concertar cita con BOLSA MEDICINAS).
PREPARACIÓN DE LA CONSULTA:
+Recuperar de la hªclínica la hoja de receta electrónica, revisar el plan terapeútico con el médico y preparar como material de apoyo HOJA DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE que refleje dosis y posología.
ENTREVISTA CON EL PACIENTE:
+Comprobar el º de conocimiento de la medicación y valoración cognitiva y social si hace falta, medir la ADHERENCIA (escala de MORISKY-GREEN) e intervenir mediante EDUCACIÓN (para resolver dudas,corregir errores).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
COBERTURA:
+Nº pacientes incluídos en programa/nº de pacientes polimedicados existentes en el mismo período de intervención.
ACTIVIDAD:
+Nº de pacientes incluídos en el programa a los que se les ha realizado la entrevista y entregado la hoja de medicación a los 6 meses de iniciada la intervención/ nº de pacientes totales incluídos en el programa.
+% de cumplimiento según el test de MORISKY a los 6 meses del inicio del programa - tasa de cumplimentación inicial.
+Grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su medicacióna los 6 meses de seguimiento en el programa - grado de conocimiento actual:
SATISFACCIÓN:
+Grado de satisfacción de los usuarios del programa de atención sanitaria al paciente polimedicado en el CENTRO DE SALUD DE LUNA al año de iniciado el programa.

Proyecto: 2018_0295 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

+Grado de satisfacción de los profesionales con el programa de atención sanitaria al paciente polimedicado en el CENTRO DE SALUD DE LUNA al año de iniciado el programa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el 1er y 3er trimestre del año se seleccionarán los participantes.
A lo largo de todo el año (todos los trimestres) se podrán ir realizando entrevistas sobre los pacientes que se van captando.

SEGUIMIENTO:
Es necesario programar una revisión como mínimo cada 6 meses dependiendo de las necesidades detectadas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. POBLACIÓN > 65A ÑOS QUE TOME MÁS DE 5 MEDICAMENTOS DIFERENTES DE FORMA CRÓNICA Ó HABITUAL.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1158 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS Y PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD: PAGINA WEB CS PARQUE GOYA

2. RESPONSABLE ..... PILAR MAZA SOLANAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARTOLOME MORENO CRUZ. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· VITALLER SANCHO CONCHA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· ARBUES MORLANS MARIA JESUS. TCAE. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· PUYOD ARNAL MARIA JESUS. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GIRADO GIMENEZ FERNANDO. PEDIATRA. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· BECANA SANJUAN MARINA ELENA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Resulta dificil estar actualizado sobre los temas necesarios para conseguir una atención integral al paciente (protocolos, guías de práctica clínica, MBE) y además mantener las hablilidades prácticas necesarias para una actuación correcta en una situación de urgencias y emergencias, así como la capacidad de coordinacion entre todos los integrantes del equipo.
Igualmente se ha detectado una disparidad de criterios a la hora de aplicar protocolos y se pretende disminuir la variablidad en la actuacion con protocolos de actuación comunes.
se ha detectado tambien una necesidad de información por parte de los pacientes por lo que se les ha incluido en el proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Coordinación entre todos los integrantes del equipo.
Implicación de todos los integrantes del equipo y de los pacientes
Formación actualizada en urgencias y emergencias en AP para sanitarios y para pacientes.
Habilidades necesarias para atender urgencias y emergencias en AP

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reunión del equipo para establecer por el sistema de “lluvia de ideas” los temas a tratar en esta convocatoria.
-Reunión con los pacientes en el consejo de salud sobre los temas a desarrollar dirigidos a pacientes.
-Consensuar y elegir los temas. Se nombraran profesionales responsables de cada tema para hacer la búsqueda bibliográfica y subir el tema a la página web.
-Si alguno de los temas, por su interés, lo necesita se dará en sesión clínica acreditada que se realizaran los miércoles de 14 a 15h.
-Las sesiones clínicas tendrán un carácter eminentemente práctico, excepto las de coordinación y estrategia.

Oferta de servicios: Se ha diseñado un programa de formación continuada ONLINE para todos los miembros del equipo de atención primaria para solventar esta carencia y los recursos quedaran en la Web (https://sites.google.com/site/centrodesaludparquegoya/) disponibles desde cualquier ordenador (acceso directo escritorio de cada ordenador) y desde cualquier dispositivo móvil (acceso directo teléfono móvil).
Una de las partes de la página Web se hará con pacientes (consejo de salud) y se dejará en abierto para todos los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El porcentaje de los profesionales que han participado supere el 70%
El porcentaje de los profesionales que usan el enlace a la página Web supere el 80%
El porcentaje de los pacientes que usan el enlace a la página Web supere el 80%
Valoración global del programa por parte del equipo
Satisfacción de los profesionales implicados
Satisfacción de los pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio: Reunión del equipo para seleccionar los temas y nombrar al responsable de cada tema. Reunión con los pacientes en el consejo de salud para tratar el tema
Julio: Diseño del cronograma para realizar los temas y de las sesiones que se iniciarán en enero.
Septiembre- Diciembre: búsqueda bibliográfica. Elaboración de todo el material que se dejará en la Web (https://sites.google.com/site/centrodesaludparquegoya/) y de las sesiones.
Enero: Inicio del calendario de sesiones.
Marzo: evaluación del programa

Proyecto: 2018_1158 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS Y PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD: PAGINA WEB CS PARQUE GOYA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1227 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADA CON LA NUTRICION, EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

2. RESPONSABLE ..... CONCHA VITALLER SANCHO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARTIGA CASTEL ENCARNA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ RAPELA ROSALIA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GUALLAR BAILO MARIA CRISTINA. CELADOR/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GRASA CALDEVILLA SOFIA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· ARBUES MORLANS MARIA JESUS. TCAE. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Una constante que se repite en todos los Consejos de Salud del Centro de Salud de Parque Goya, es la demanda de Educación para la Salud a la Comunidad en general.
Un tema que preocupa mucho a la población es la mejora y mantenimiento de su salud relacionada con la nutrición y todos los factores que contribuyen a mejorar el Riesgo Cardiovascular.
Nuestra salud está influida por múltiples factores: sedentarismo, tabaco, estrés, la propia enfermedad; pero de todos ellos hay uno que influye de manera determinante en nuestra salud, como es la alimentación. Cómo nos alimentamos también influye en nuestra salud.
Alimentación y nutrición son dos conceptos muy relacionados pero distintos. Una persona puede estar bien alimentada y a la vez mal nutrida.
En esta actividad educativa pretendemos enseñar a la población a conseguir una alimentación sana y equilibrada, conocer la dieta mediterránea y los alimentos que la componen, fomentar la práctica del ejercicio y mejorar la higiene y manipulación de los alimentos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Aprender a reconocer la diferencia entre alimentación y nutrición.
2. Enseñar qué alimentos debe incluir una alimentación variada y equilibrada
3. Mejorar la higiene y manipulación de los alimentos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Difusión del Proyecto en el Consejo de Salud de Junio 2018
2. Difusión del Proyecto en C.S. Parque Goya la primera semana de Septiembre 2018
3. Divulgación del Proyecto en las consultas médicas y de enfermería en septiembre 2018, tanto del Centro de Salud como en los barrios rurales y propuesta de participación a los pacientes en talleres formativos que se espera desarrollar
4. Realización de varios talleres formativos tanto en el Centro de Salud como en algún barrio rural, en los meses de octubre y noviembre

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Al finalizar el taller se entregará una encuesta para comprobar que se han adquirido los conocimientos básicos relativos a los objetivos que se proponen.
2. Personas que conozcan qué alimentos debe incluir una alimentación equilibrada/ Población asistente
3. Personas que conozcan la dieta Mediterránea/ Población asistente
4. Personas que conozcan las normas básicas para la manipulación de alimentos/ Población asistente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Preparación de material: Junio-julio 2018
Difusión del Proyecto en el Consejo de Salud junio 2018
Difusión del Proyecto C.S. Parque Goya: primera semana de septiembre 2018
Divulgación del Proyecto a los pacientes para participar en los talleres previstos septiembre 2018
Realización de varios talleres formativos en el Centro de Salud y en varios barrios de la zona.
Trabajo de campo octubre – noviembre 2018
Memoria final y resultados del Proyecto diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_1227 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADA CON LA NUTRICION, EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1297 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO II INSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... ROSA ISABEL AGUAROD SEDILES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUYOD ARNAL MARIA JESUS. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· ASARTA PEÑUELAS DAVID. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· ARTIGA CASTEL ENACARNA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· BECANA SANJUAN MARINA ELENA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ RAPELA ROSALIA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· MAZA SOLANAS PILAR. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· VIEJO VIDAL BEGOÑA. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El aumento de la esperanza de vida en la población y un estilo de vida más sedentaria ha hecho que la incidencia de Diabetes Mellitus tipo II tratada con insulina vaya en aumento.
La media de edad de los pacientes diabéticos es elevada y en ocasiones su formación limitada lo que contribuye a no reconocer episodios de hipoglucemia que pueden ser objeto de consulta frecuente y provocar situaciones que requieran atención urgente.
Si bien con el paso de los años se han mejorado los diferentes tipos de insulina y por tanto se ha conseguido disminuir la frecuencia de episodios hipoglucémicos, el hecho es que sigue existiendo este riesgo que puede poner en peligro la vida del paciente.
Es importante por tanto reconocer los síntomas de la hipoglucemia por parte del paciente y también por parte de su familia más directa. Con una buena detección se conseguiría reducir la frecuencia de aparición de los episodios urgentes, mejorar el control de la enfermedad y mayor calidad de vida para el paciente y su familia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer factores que pueden provocar episodios de hipoglucemia
Reconocer precozmente los síntomas de hipoglucemia
Saber actuar ante un episodio de hipoglucemia tanto por parte del paciente como por parte de su familia o cuidadores o convivientes cercanos.
Disminuir incidencia de episodios hipoglucémicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión de equipo para dar a conocer el proyecto y actividades a realizar, mejorando los conocimientos ya obtenidos de la detección y manejo de las hipoglucemias por parte del equipo sanitario.
Tras la selección de pacientes DM tipo II en tratamiento con Insulina, a dichos pacientes se les pasará una encuesta para evaluar sus conocimientos iniciales y se facilitará otra para sus familiares cercanos.
Formación de los pacientes tras conocer sus conocimientos ideales y dar por escrito las situaciones que pueden provocar hipoglucemias y la forma de actuación. Dicha formación se realizará de forma individualizada si el número de pacientes lo permite por parte del equipo de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valorar la diferencia de los resultados sobre conocimientos de la hipoglucemia de la encuesta inicial frente a la encuesta que se realizará los 6m., que evaluará la mejora tras la implantación de este proyecto.
Evaluar incidencia de episodios hipoglucémicos en diabéticos en tratamiento con insulina en nuestro centro durante el proyecto respecto al año anterior.
Grado de satisfacción de los pacientes participantes y del personal médico que ha participado en el proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2018: Reunión de equipo y selección de pacientes durante este mes por parte del personal médico y enfermería.
Julio - Septiembre 2018: Realizar encuestas por parte del personal de enfermería.
Septiembre - Noviembre 2018: Formación de los pacientes por parte de enfermería en colaboración con el médico.
Diciembre 2018- Enero 2019: Iniciar reevaluación nuevos conocimientos adquiridos a partir de los 6m de la encuesta de inicio.
Febrero- Marzo 2019: Valorar resultados de mejora del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_1297 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO II INSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_1106 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA ANDRES ESCOLANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SANTA ISABEL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BOREA BENEDICTO MARIA SOLEDAD. TCAE. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ PINA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
· BUÑUEL ALVAREZ JOSE CRISTOBAL. PEDIATRA. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
· SUPERVIA GARCIA RAFAEL. MEDICO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ BLASCO BLAS. ENFERMERO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE DEL OLMO CONCHA. ENFERMERO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA
· CANALES COLAS ANTONIO J. MEDICO/A. CS SANTA ISABEL. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
-DETECTADOS FALLOS SIN CONSECUENCIA ASISTENCIAL PERO SIGNIFICATIVOS EN MATERIAL Y EQUIPACION DEL SERVICIO
-COMO CONSECUENCIA DE CONCURSO DE TRASLADOS RECIENTE Y SITUACION DE JUBILACIONES, SE HAN PRODUCIDO RELEVOS NUMEROSOS DE PERSONAL.
-LA ATENCION EN URGENCIA ES UN PUNTO CLAVE ASISTENCIAL EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE A.P.
CONSECUENTEMENTE ES IMPORTANTE QUE ESTA SE PUEDA PRESTAR CON TODOS LOS MEDIOS Y SEGURIDAD

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-ADECUACION DEL ESPACIO DE ASISTENCIA EN URGENCIA TANTO EN MATERIAL COMO EN CONOCIMIENTO DEL MISMO POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO.
.ERRADICAR LOS ERRORES QUE SE PUEDAN PRODUCIR POR MAL CONTROL DE FARMACOS
-AUTOFORMACION INTERNA DEL CENTRO EN ESTE SERVICIO Y SOLICITUD DE APOYO FORMATIVO EXTERNO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- 1º REVISION Y EVALUACION DE LOS PUNTOS DEBILES DEL SERVICIO
- 2º IMPLEMENTAR UN CALENDARIO DE REUNIONES PARA ABORDARLOS.
- 3º SOLICITUD DE APOYO DE FARMACIA DE A.P. DEL SECTOR
- 4º DESCRIPCION E INFORMACION FINAL AL PERSONAL SANITARIO DEL CENTRO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-PENDIENTES DE MARCAR LOS INDICADORES DE LOGROS, DE ACTIVIDAD, DE IMPACTO, DE PROCESOS Y DE RECURSOS.

-LA EVALUACION TENDRA COMO FIN MEDIR LA CONSECUCION FINAL DE LA MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-LA IDEA ES DESARROLLAR EL PROYECTO ENTRE LOS MESES DE JUNIO Y DICIEMBRE DE ESTE AÑO 2018
-PENDIENTE EL CRONOGRAMA DE REUNIONES, SE PODRA ADJUNTAR EN CORTO PLAZO DE TIEMPO

9. OBSERVACIONES.
- EL GRUPO DE TRABAJO POR TRANVERSALIDAD DEL PROYECTO INVOLUCRA A PERSONAL DE ENFERMERIA, AUX.ENFERMERIA, MEDICINA,MEDICINA DE URGENCIA Y PEDIATRIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0031 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLAMAYOR

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA NAVARRO MAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLAMAYOR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FIGUERAS ARA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LLANOS CASADO MARGARITA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LACAMBRA DEITO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ELVIRO BODOY TIRSO. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ GRACIA LUISA. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· BUENACASA LAFUENTE CARMEN. ENFERMERO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VILLAMAYOR. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La formación continuada del profesional es fundamental para un correcto desarrollo de nuestra profesión. Para ello recurrimos a la realización de cursos, sesiones clínicas del centro y por supuesto al estudio, reciclaje y lectura personal continua para estar al día. Los cambios tecnológicos de los últimos años suponen una oportunidad para ello y permiten que podamos consultar directamente en nuestro ordenador, tablet o incluso en el móvil en cualquier momento. En el desarrollo de la consulta diaria también podemos acceder gracias a la generalización de internet en las consultas de Atención Primaria. Para aprovechar al máximo todos los recursos de los que disponemos hemos de tener el material ordenado, clasificado y guardado, de la misma forma que estaría en una biblioteca física.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
o Crear un registro ordenado de libros y material virtual del Centro de Salud de Villamayor
o Creación de una carpeta con nombre BIBLIOTECA VIRTUAL VILLAMAYOR en la unidad de red de Villamayor (U) accesible desde todos los ordenadores de la Zona de Salud.
o Asegurar que todos los miembros del equipo tenemos acceso a ella. Si algún miembro no lo tuviera, solicitarlo al personal de Informática del sector. Asegurar también que los miembros podemos incluir archivos.
o Creación de varias subcarpetas para clasificar los contenidos de la biblioteca según los criterios que establezcamos más pertinentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
o Realizar una primera sesión presencial para analizar las clasificaciones más adecuadas para organizar por materias (especialidades) y por tipos (libros, guías de práctica clínica, archivo fotográfico, sesiones clínicas, protocolos) o por criterios de utilidad para medicina o enfermería los archivos de la biblioteca que vamos a crear.
o Establecer los requisitos que debe cumplir dicho material para ser incluido o no en la biblioteca, con el fin de que sean recursos realmente útiles, fiables y con evidencia científica demostrada.
o Aportación por parte de los miembros del equipo de libros en formato electrónico, pdf, presentaciones, fotografías, recursos web y material susceptible de ser incluido en la biblioteca. A partir de su creación, la ampliación de la biblioteca la realizaremos de forma continua. Habrá una o varias personas responsables del control y mejora de la misma.
- Realizar una segunda sesión para valorar la puesta en marcha del proyecto y añadir mejoras a realizar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? Puesta en común y encuesta a los miembros del equipo sobre la utilidad y empleo de los recursos de la biblioteca
? Registro nominal y numérico de los archivos añadidos a la biblioteca de forma anual
? Indice de los contenidos de la biblioteca para facilitar su localización
? Registro con sugerencias de material/archivos a incluir
? Reuniones periódicas del grupo de mejora

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
o Primera reunión en primer trimestre de 2018 para definir criterios, distribuir tareas y crear la biblioteca.
o Solucionar problemas informáticos en cuanto a problemas de acceso a la unidad de red U de Villamayor por parte de todos los miembros del equipo.
o Segunda reunión antes de junio de 2018 para valorar puesta en marcha, inclusión de archivos y establecer mejoras
o A final de 2018 deberá estar establecida y funcional la Biblioteca Virtual del Centro de Salud de Villamayor.

Proyecto: 2018_0031 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLAMAYOR

9. OBSERVACIONES.
: Se trata de un proyecto abierto, susceptible de, una vez creado y puesto en marcha ampliar con nuevas inclusiones a parte de material de biblioteca, como pueden ser turnos de trabajo, organización del centro o cualquier cuestión que ayude al acceso de todos a la información para mejorar el funcionamiento del equipo

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0959 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

2. RESPONSABLE ..... SUSANA GARCIA DOMINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ASIN MARTIN VICTORIA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO LUEÑA CONCEPCION. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· DE MINGO LOS MOZOS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· ARTIGAS SALVADOR PILAR ANTONIA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MUÑOZ PILAR. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· MARCEN GIMENEZ CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN LABORDA ARANZAZU. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La prevalencia de EPOC en la población general, según el estudio EPIscAn es del 10%. Esta cifra contrasta con la que hemos detectado en nuestro CS que es de aproximadamente 3%. Las causas de esta discordancia parecen estar en parte en el infradiagnóstico pero también en el registro erróneo en OMI. Por otro lado, las nuevas guías de tratamiento de la enfermedad, establecen, en dependencia del fenotipo, la conveniencia de uno u otro tipo de tratamiento inhalador y también insisten en la importancia de una técnica correcta en el uso de éstos.
Nuestro proyecto pretende en primer lugar, mejorar el diagnóstico de EPOC en nuestra zona. En un segundo lugar, revisar la adecuación del tratamiento establecido y la correcta utilización de los inhaladores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la cobertura de los pacientes con EPOC en el CS Picarral, aumentando el porcentaje de diagnóstico.
Mejorar el manejo del tratamiento de los pacientes con EPOC
Aumentar la implicación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en el proceso

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se trata de un proyecto de mejora integrado dentro del programa de calidad del EAP Picarral, en el que intervienen médicos, enfermeras y administrativos. Se utiliza la técnica del trabajo en equipo.
Se desarrollarán las siguientes actividades:

1.- Sesión clínica del sector sobre la mejora del diagnóstico de EPOC
2.- Reunión con el equipo de mejora para exponer el proyecto y decidir que episodios de OMI se pueden relacionar con EPOC
3.- Obtención por parte de Admisión de los listados de pacientes en los que aparecen dichos diagnósticos de OMI separados por cupos
4- Búsqueda oportunista en la consulta de aquellos pacientes con dichos diagnósticos.
5.- Tanto en los pacientes de los listados como a los detectados en las consultas, se les revisará la Historia clínica, ante la duda se solicitará espirometría., con posterior asignación del diagnóstico EPOC. Si es necesario, se les llamará por teléfono para gestionar una cita en consulta médica.
6.-En los diagnosticados de EPOC, se realizará una revisión de la adecuación del tratamiento, sobre todo en lo referente al uso de corticoides inhalados.
7.- En consulta de enfermería, se realizarán las actividades del plan de enfermería incluido en cartera de servicios y se hará una revisión, con el propio inhalador del paciente, de la técnica inhalatoria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En el seguimiento se harán dos cortes: uno a final de agosto y otro afinal de diciembre en los que se medirá

Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto
Número de pacientes localizados en los listados
Número de pacientes EPOC diagnosticados en cada corte
Número de espirometrías realizadas
Número de tratamientos revisados
Número de tratamientos corticoideos retirados
Número de pacientes revisados por enfermería sobre el uso correcto del tratamiento inhalador.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
:

Sesión clínica marzo 2018
Reunión del equipo de mejora y selección de diagnósticos: junio 2018

Proyecto: 2018_0959 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

Obtención de los listados de pacientes en junio de 2018.
Actividades descritas en captación activa de junio a septiembre 2018
Actividades de captación oportunista a lo largo de todo el año 2018
Primer corte : septiembre de 2018 y reunión del equipo de mejora
2º corte y evaluación de actividades: diciembre de 2018
Sesión clínica con exposicCronogramaión al EAP del proceso revisado: enero 2019

Duración: el año 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1025 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¡VOLVEMOS AL COLE!. TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE FORCEN BELTRAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ ARTAL JUAN. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION CONTINUADA EN AP
· GONZALVO SANTA EULALIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· ARTIGAS SALVADOR PILAR ANTONIA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· DIESTE MARCIAL MARIANO. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· PEÑA PORTA MARTA. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· MACHIN VALTUEÑA MILAGROS. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde el centro de salud Picarral queremos establecer un contacto con los centros de educación infantil y primaria de la zona básica de salud que facilite la comunicación y colaboración para sentar las bases de futuros proyectos comunitarios que contribuyan a adquirir habilidades,hábitos o conductas.La formación en primeros auxilios es fundamental para toda persona implicada en situaciones urgentes que requieren actuaciones basadas en estos conocimientos.
En estos centros de educación se registran un elevado nº de personas implicadas: alumnos, maestros y padres. Es la única institución que acoge a la totalidad de la población infantil hasta los 12 años y tiene la ventaja que llega siempre a todos los integrantes de la comunidad. Consideramos que los fundamentos para la existencia de un programa de educación en primeros auxilios en la escuela tiene una función educativa,social y sanitaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal: Aportar información sanitaria, aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones de RCP Básica.
Objetivos específicos:
-Ayudar a resolver dudas y evitar miedos en situaciones complicadas
-Acercamiento de los profesionales de atención primaria a los centros escolares de nuestra área

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1ª intervención: se realizará una reunión de equipo explicando nuestro programa, aceptando sugerencias e intentando que todo el centro participe.
2ª intervención: contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros escolares y posterior solicitud de autorización al consejo escolar.
3ª intervención: en cada centro escolar se realizará un taller teórico con material multimedia y posteriormente un taller práctico.
$ª intervención: encuesta de valoración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
. Núm de profesionales que asisten a la sesión clinica
. Núm de profesionales que participan en el programa formativo
.Núm de colegios de la zona básica de salud en los que se imparte la formación
.Núm de asistentes en los colegios.
.Resultados de la encuesta de satisfacción realizada en los centros donde se imparte la formación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
.Septiembre 2018, sesion clinica en el centro de salud
.septiembre 2018, reunión del equipo que va a impartir la formación para repartir las tareas y detallar los contenidos
. Septiembre -octubre 2018, contactar con los colegios a traves del consejo escolar y decidir fechas .
.Entre sept y diciembre de 2018, impartir el programa formativo
. Entre septiembre y diciembre de 2018, realización de las encuestas de satisfacción entre los asistentes a la charla en los colegios.
. Diciembre de 2018, elaboración de los datos para la memoria del proyecto.

9. OBSERVACIONES.
La idea es implantarlo como una actividad a realizar anualmente en los colegios incluso extenderla a otros grupos de edad.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1025 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¡VOLVEMOS AL COLE!. TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1384 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR BARANDA VILLARROYA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO MARTINEZ DOLORES. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN LABORDA ARANZAZU. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ZALFONADA (PICARRAL). ADMISION Y DOCUMENTACION
· OLLOBARREN HUARTE EMILIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS ZALFONADA (PICARRAL). TRABAJO SOCIAL
· MARCEN GIMENEZ CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ZALFONADA (PICARRAL). ADMISION Y DOCUMENTACION
· CASTILLO LUEÑA CONCEPCION. MEDICO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). ATENCION PRIMARIA
· AZUARA LAGUIA MARIA JOSE. MATRONA. CS ZALFONADA (PICARRAL). OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Siendo nuestro grupo de referencia y objetivo, nuestros pacientes diabéticos hipertensos y con problemas cardiacos. Detectamos la necesidad de ampliar con ejercicios de gimnasia, en ocasiones pautados por médicos especialistas, su actividad diaria para mejorar su salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Queremos conseguir a través del ejercicio una mejora de la salud, añadiendo un plus, compartir esta actividad de ejercicios de gimnasia con chavales del barrio, de primero de La ESO
Consiguiendo de este modo una relación con jóvenes del barrio, que lleva a un enriquecimiento de las relaciones interpersonales.
Población diana: Diabéticos, hipertensos, patología cardiaca con recomendación de ejercicio, y pacientes que necesiten relacionarse.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de una ruta de caminata con diferentes paradas para, para hacer los ejercicios de gimnasia adaptados a las necesidades del grupo y previamente diseñados, por los estudiantes de primero de La ESO del IES Picarral, mediante la visualización de los ejercicios por medio de un código QR, colocado en diferentes establecimientos del barrio, colaboradores con el proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizamos una encuesta de satisfacción al comienzo y finalización de la temporada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comienzo 8 de mayo 20187 finalización 30 de mayo 2019

Responsable de la implantación Mª Pilar Baranda

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0613 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES Y MADRES (GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD DEL NIÑO LACTANTE)

2. RESPONSABLE ..... MARIANO DIESTE MARCIAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AZUARA LAGUIA MARIA JOSE. MATRONA. CS ZALFONADA (PICARRAL). OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). PEDIATRIA
· MACHIN VALTUEÑA MILAGROS. PEDIATRA. CS ZALFONADA (PICARRAL). PEDIATRIA
· PEÑA PORTA MARTA. PEDIATRA. CS ZALFONADA (PICARRAL). PEDIATRIA
· VALLES MARCEN GREGORIO. PEDIATRA. CS ZALFONADA (PICARRAL). PEDIATRIA
· BERNA HUERTA MARIA BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). PEDIATRIA
· FORCEN BELTRAN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS ZALFONADA (PICARRAL). PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde hace ya varios años, en nuestro centro de salud, y gracias al gran interés de nuestra matrona, María José Azuara, se organizó un grupo de apoyo para la lactancia materna, donde todo el que quisiese podía acudir a él.

Desde el punto de vista de la Pediatría, debido a la escasez de tiempo que disponemos para las visitas de los niños, la educación que intentamos realizar se limita a ese poco tiempo de consulta, y no actuamos en otros medios como nos gustaría, por ejemplo: la escuela, la familia y otros colectivos de niños.

Hemos tomado consciencia de la importancia de la educación en la salud en Pediatría, que aunque la realizamos como podemos en nuestra consulta, el poco tiempo que disponemos y la sensación que a veces tenemos de que todos los niños/pacientes son todos iguales, hace que entremos en la rutina y no conseguimos en la mayoría de los casos los objetivos que nos proponemos.

Este sentimiento de entrar en la rutina, y de conseguir poco éxito en nuestras intervenciones, nos ha llevado a intentar participar de una manera más activa en la educación colectiva de nuestras madres, pidiendo colaboración al grupo de soporte para la lactancia materna que ya existía en nuestro centro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nos parece, que participando de esta manera, podemos conseguir mejorar la salud de nuestros niños y mejorar la preparación de las madres para posibles situaciones que les pudiesen ocurrir, como intoxicaciones, atragantamientos, convulsiones y que ellas se sientan más seguras de si mismas ante estos eventos.
De igual modo, se tratarían temas en las que los que las madres y padres pudiesen estar interesados, tanto de alimentación, vacunación, educación, psicología o de actualidad
Esperamos conseguir un mayor acercamiento humano hacia las familias, lo cual nos permitiría a la hora de pasar consulta una mejor empatía con ellos.
Promoviendo la salud, y comentando los posibles problemas, conseguiríamos disminuir las consultas de puericultura.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El Programa de Formación de Padres y Madres consiste en una serie de charlas y talleres mensuales sobre temáticas de educación, psicología y salud, de especial interés para los padres y madres de niños lactantes menores de 12 meses,
Serán impartidas por un equipo de profesionales de Pediatría, tanto por el Pediatra como por la enfermera de Pediatria
Realizaremos una Reunión de todo el Servicio de Pediatría de nuestro centro de salud, para unificar criterios y otra con el resto del equipo de atención primaria para dar a conocer nuestro programa, aceptar sugerencias e intentar que todo el centro participe con nosotros.
Las madres y padres de este grupo, tenrán la posibilidad de seleccionar sobre una lista de temas aquellos que sean de su mayor interés.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará una encuesta de satisfacción al finalizar cada una de estas sesiones, en las que se baremará:
la satisfacción individual,
la calidad del ponente,
la calidad del tema expuesto,
la duración de la sesión,
La satisfacción de las expectativas concretas que tenían sobre dicho tema.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del presente programa será desde enero del 2018 hasta diciembre del 2018, las sesiones serán de carácter mensual, el tiempo establecido para cada actividad será de una hora y media.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0613 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES Y MADRES (GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD DEL NIÑO LACTANTE)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. salud comunitaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0301 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE

2. RESPONSABLE ..... MARTA DIAZ FLE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZUERA
· Localidad ..... ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARRALON ORTEGA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· BRIZZOLIS GRAUS MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Vemos la necesidad dentro de nuestra comunidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes que están en tratamiento con antivitamina K, ya que con los nuevos anticoagulantes orales mejora tanto la calidad de vida del paciete como la seguridad clínica, y aunque no precisen de monitorización es preciso que no se relaje su seguimiento, que debe seguir realizandose de forma continuada en el consutorio con el personal de enfermería.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora de la calidad de vida de los pacientes
Mejora de la adhesión al tratamiento
Mejora de la seguridad clínica
Reducir los episodios hemorrágicos y trombóticos debido a un mal control del INR

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Identificación de pacientes en tratamiento con ACO (Abril/Mayo)
2.Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Abril/Mayo)
3. Trabajo de campo con los pacietes (Enero/Noviembre)
4. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo)
5. Actividades formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Junio)
6. Evaluación de resultados (Noviembre)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que en los últimos 6 meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situación clínica en las que se recomienda su paso a ACOD.
- % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
- nº de pacientes o cuidadores que asisten a la reunión formativa
- nº de trombosis registradas en pacientes tratados
- nº de hemorragias leves registradas en pacietnes tratados
- nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Identificación de pacientes en tratamiento con ACO (Abril/Mayo)
2.Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Abril/Mayo)
3. Trabajo de campo con los pacietes (Enero/Noviembre)
4. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo)
5. Actividades formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Junio)
6. Evaluación de resultados (Noviembre)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0444 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S.ZUERA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GARRALON ORTEGA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ZUERA
· Localidad ..... ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ PEIRONA BARBARA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· SOLER COCHI PILAR. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ PEIRONA NEREA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Vemos la necesidad dentro de planes personales de aprovechar mejor el protocolo de úlceras (S97) ya que, aunque son bastantes los pacientes que tienen esta patología, en pocos está creado este protocolo en los planes personales, siendonos de mucha utilidad registrar desde aquí las modificaciones en las características de las úlceras y su tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejora de los recursos que nos ofrece OMI
2. Mejora del registro del protocolo de úlceras
3. Mejora de la concordancia de la patología actual del paciente y su tapiz.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Identificación de pacientes con episodios de úlceras (S97) (Mayo 2018)
- Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales (Mayo 2018)
- Revisión del tapiz del paciente cerrando episodios ya resueltos. (Junio 2018)
- Sesión clínica en el EAP para presentar proyecto (Mayo 2018)
- Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste (Junio 2018)
- Actividad formativa con el equipo de enfermería del Centro de Salud para recordar el correcto registro del protocolo (Junio 2018)
- Evaluación de resultados (Noviembre 2018)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes con úlceras
- % de pacientes con protocolo de úlceras en planes personales
- % de pacientes con úlceras resueltas y episodios de úlceras abiertos
- Continuidad del registro en el protocolo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Identificación de pacientes con episodios de úlceras (S97) (Mayo 2018)
- Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales (Mayo 2018)
- Sesión clínica en el EAP para presentar proyecto (Mayo 2018)
- Revisión del tapiz del paciente cerrando episodios ya resueltos. (Junio 2018)
- Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste (Junio 2018)
- Actividad formativa con el equipo de enfermería del Centro de Salud para recordar el correcto registro del protocolo (Junio 2018)
- Evaluación de resultados (Noviembre 2018)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0045 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... CARLOS CLERENCIA CASORRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ BARAZA CRISTINA. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· LABARTA MANCHO CARMEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· FIGUERAS ARA MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS VILLAMAYOR. ATENCION PRIMARIA
· ROBLES CARRASCO ASUNCION. MEDICO/A. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ PEIRONA BARBARA. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LLANOS CASADO MARGARITA. ENFERMERO/A. CS BUJARALOZ. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MORALES GREGORIO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las últimas modificaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resuscitation Council (ERC) en relación con el Soporte Vital Básico recomiendan revisar y actualizar el documento que establece las instrucciones y el procedimiento para la gestión, identificación de contenidos y plan de mantenimiento del Carro de Paradas (Urgencia Vital) y Maletín de Urgencias de todos los Centros de Salud de Sector.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
.- Revisión y actualización de la Instrucción vigente de Gestión de Carro de Paradas y Maletín de Urgencia y sui conversión en Procedimiento Operativo.
.- Publicación y difusión del documento en los Centros de Salud del Sector.
.- Habilitar a los PPSS para la adecuada gestión del material que integra el carro de paradas del EAP.
.- Dotar de los conocimientos necesarios y capacitar a los PPSS de los Centros de Salud del Sector1 para la actuación idóneo en cada situación de la atención urgente y la utilización eficaz de los recursos en la urgencia vital.
.- Mejorar la efectividad y evitar la variabilidad de actuación en la Urgencia Vital de los PPSS de los Centros de Salud del Sector

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
.- Elaborar Procedimiento Operativo (PO) de Gestión de sala de Urgencias y Carro de Paradas.
.- Elaborar Procedimiento Operativo de gestión del Maletín de Urgencias.
.- Elaborar un Protocolo/Algoritmo de actuación correcta en la Urgencia Vital
.- Publicacion y difusion de Procedimiento Operativo en la Intranet de AP de Sector1 para los EAPs del Sector
.- Plan de formación en RCP y atención a la Urgencia Vital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador1: Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo (PO) de Gestión de sala de Urgencias y Carro de Paradas.
Indicador2: Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo de gestión del Maletín de Urgencias
Indicador3: Elaborar un Protocolo/Algoritmo de actuación correcta en la Urgencia Vital en la Sala de Urgencias
Indicador3: Talleres de formación en RCP y atención a la Urgencia Vital

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
.- Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo (PO) de Gestión de sala de Urgencias y Carro de Paradas. _1º trimestre 2018
.- Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo de gestión del Maletín de Urgencias_1º trimestre 2018
Indicador3: Elaborar un Protocolo/Algoritmo de actuación correcta en la Urgencia Vital en la Sala de Urgencias_1º Semestre 2018
Indicador3: Talleres de formación en RCP y atención a la Urgencia Vital_1º Semestre 2018

9. OBSERVACIONES.
Otros componentes del equipo de trabajo y grupo de Revision del Protocolo participantes en el Proyecto :
Viñas Viamonte, Carmen; Enfermera de AP; CS Actur Norte; (cvinnas@salud.aragon.es)
Royan Moreno, Pilar; Enfermera de AP; CS Actur Sur; (proyan@salud.aragon.es)
Lostal Gracia, Isabel; Pediatra; CS Actur Oeste; (milostal@salud.aragon.es)
Navarro Vitalla, Oscar; Enfermero; Direccion de Enfermeria AP, S1 Zaragoza; (onavarro@salud.aragon.es)

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencia Vital

Proyecto: 2018_0045 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0047 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL GALINDO CHICO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAMIREZ ALESON VICTORIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIRECCION
· CANALES CORTES VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ARAGUES BRAVO JOSE CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· BARTOLOME MORENO CRUZ. MEDICO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· CASCANTE MARTINEZ ALICIA. FISIOTERAPEUTA. DAP ZARAGOZA 1. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patología osteomuscular es un problema de salud de alta prevalencia y causa importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad. Los criterios de actuación ante las diversas patologias no son uniformes, así como los circuitos asistenciales.
Las agendas de las especialidades implicadas en el tratamiento médico, rehabilitador o quirúrgico de los pacientes con estas dolencias sufren una excesiva demora en días para primera consulta, como también sucede con algunas pruebas de imagen solicitadas, lo que conlleva que se originen duplicidades asistenciales y de pruebas complementarias.
Existe una falta de consenso e idoneidad en la solicitud de algunas pruebas complementarias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Consensuar entre AP y Hospitalaria un protocolo de actuación para la mejora en el manejo de pacientes con patología osteomuscular definiendo circuitos asistenciales para los distintos pacientes.
Implementar en todos los centros de salud la interconsulta virtual con Reumatología, Rehabilitación, Traumatología y UME.
Disminuir el tiempo de resolución de las patología consultadas.
Disminución en la solicitud de algunas pruebas de imagen como la RMN, así como evitar duplicidades en las peticiones.
En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Grupo de trabajo multidisciplinar que en reuniones periódicas revisará los protocolos existentes y los adecuará a las nuevas circunstancias.
Presentación y difusión en forma de sesiones clínicas de los circuitos y protocolos de actuación a los facultativos de AP, fisioterapeutas de AP y especialistas hospitalarios comprometidos.
Se pilotará en un centro de salud una consulta monográfica de infiltraciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Establecer protocolo y revisión del mismo....SI
- Difusión en formato de sesiones clínicas.....SI
- Implementación IV.....100% de los CS
- Demoras en C. externas de Traumatología, Rehabilitación, UME, Reumatología y Fisioterapia de AP 2018/2017 < 1
- Solicitudes desde AP de RMN por procesos osteomusculares 2018/2017 < 1
- Consulta monográfica infiltraciones.....Al menos en 1 CS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Febrero 2018: Revisión protocolos de actuación y circuitos asistenciales.
Marzo-Abril 2018: Difusión del protocolo de actuación.
Marzo 2018: Implementación IV
Junio 2018: Evaluación
Septiembre 2018: Evaluación
Diciembre 2018-Enero 2019: Evaluación y cierre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0047 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0071 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA MENDI METOLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALINDO CHICO MIGUEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 1. ATENCION PRIMARIA
· PABLO JULVEZ LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· GARUZ BELLIDO ROBERTO. MEDICO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA
· GALVE ROYO EUGENIO. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SISAMON MARCO CARMEN. MEDICO/A. CS ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los problemas oftalmológicos son una de las causas que generan más demanda asistencial en las consultas de AP con unas tasas elevadas tanto de incidencia como de prevalencia de las enfermedades oculares.
En nuestro Sector, del total de interconsultas emitidas desde AP a especializada, el 15% son derivaciones a Oftalmología y de este porcentaje es llamativo que el 33% se deriven con el CIAP de "Disminución de la Agudeza Visual".
La demora media en primeras consultas de oftalmología es elevada.
Por todo ello, es necesario mejorar los circuitos de continuidad asistencial de estos pacientes con la revisión de criterios clínicos consensuados
La cobertura de fondo de ojo en diabéticos tipo II en el año 2017 terminó por debajo de la media de Aragón. Es pertinente implementar un proyecto de captación activa de retinopatía diabética en nuestro Sector

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir los tiempos de respuesta en la atención del paciente.
Consensuar criterios de actuación entre AP y Hospitalaria.
Aumentar la cobertura de fondo de ojo en pacientes diabéticos tipo II.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar un procedimiento donde se recoja el manejo óptimo de las patologías oftalmológicas más frecuentes, consensuando criterios de actuación entre AP y Hospitalaria y adecuándolos a las nuevas circunstancias. Esto conllevará implementar la Interconsulta Virtual con Oftalmología y ofertar a los profesionales de AP la derivación a una nueva consulta de optometría para determinados problemas visuales.
Aumentar la cobertura de retinografia en DM e implementar un programa de cribado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Difusión del documento de consenso.....SI
- Implementar IV Oftalmología.....100% CS
- Cobertura Retinografia.....38%
- Cribado retinopatía diabética.....Al menos en 2 CS
- Agenda monográfica lectores de retinografia.....SI
- Demora media oftalmología 2018/Demora media oftalmología 2017<1
- Implementar interconsulta optometría....SI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero-Marzo: Documento de consenso y su difusión
Marzo-Abril: IV Oftalmología
Abril-Mayo: Consulta Optometría
Mayo-Diciembre: Cribado Retinopatía diabética

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0090 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP

2. RESPONSABLE ..... OSCAR NAVARRO VITALLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TOLOSANA LASHERAS TERESA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· SOLER COCHI PILAR. ENFERMERO/A. CS ZUERA. ATENCION PRIMARIA
· VITALLER SANCHO CONCHA. ENFERMERO/A. CS PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· MORALES GREGORIO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ACTUR OESTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los centros de atención primaria deben proporcionar atención a aquellos pacientes que requieren ser visitados el mismo día porque no les es posible esperar una cita programada con su médico habitual. Esta atención podría ser prestada por el personal de enfermería de los EAP, solucionando los procesos leves. Así se propone que las consultas de enfermería se atienda a los pacientes que vienen sin cita a los centros de salud. Evitando las demoras en medicina.
También se busca realizar una captación activa de los pacientes crónicos y del seguimiento de los mismos. Para ello proponemos potenciar la CNP de enfermería.
Tras el análisis de la población de este sector, se detecta un elevado número de pacientes CC (3%), y además un gran número de ellos están institucionalizados en residencias, que no disponen de personal sanitario propio y que dependen de los profesionales de los Centros de Salud.
También hemos analizado los resultados de seguimiento de las patologías crónicas en el CUADRO DE MANDOS (diabetes e indicadores del AGC) y queremos potenciar su uso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la cobertura en Crónicos.
Potenciar la coordinación entre medicina y enfermería en el manejo del PCC.
Captación y seguimiento de los crónicos mediante la CNP de enfermería.
Protocolizar la atención en la c. de enfermería de los pacientes sin cita.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará una sesión de presentación del proyecto a las Coordinadoras de enfermería. Proponiéndoles en esa reunión el salir 3 o más EAP como pilotos de los demás.
En esta sesión se propondrá la modificación de las agendas de enfermería de los centros.
También se realizará unas sesiones previas con el personal de enfermería de los centros en los que se va a pilotar el proyecto, para explicárselo.
Se realizarán sesiones de registro de indicadores del CM Diabetes y CM de ACG en los centros de Salud

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de CNP de enfermería, alcanzar el 10%.
Pie diabético, alcanzar el 36%.
Concordancia-adherencia en el polimedicado, 31 %.
Captación Dependiente, alcanzar el 7%.
Poner en marcha la captación del paciente sin cita por parte de enfermería. (Si/No).
Protocolo acogida del PCC, alcanzar el 80% de los pacientes incluidos en el programa.
La evaluación se realizará con los datos del CM de Diabetes y de ACG

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las sesiones y formación se realizarán a lo largo del primer semestre del 2018, es un proyecto de continuación, se mantendrá en el tiempo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1525 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS

2. RESPONSABLE ..... DOLORES GOMEZ GARCIA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REY LISO ANA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 1. CLIENTES
· AISA VIÑA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 1. CLIENTES
· QUINTANA GRACIA MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 1. CLIENTES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hemos comprobado que cuando se solicitan las historias clínicas, sobre todo, a otras Comunidades Autónomas, existe una demora en la remisión de la misma. Puede ser por varios motivos:
- Algunos registros de la base de datos están erróneos ya que desde su creación no se han actualizado de forma adecuada y los continuos cambios organizativos en que se ven sometidos los organismos sanitarios derivan en la no existencia de la misma denominación del Centro o incluso la dirección de los Centros de Salud y las Gerencias estén ubicadas en otros lugares.
- Las solicitudes van de un lado a otro, pues no está claro, el servicio central desde donde se tramitan.
En cuanto a las solicitudes que nos llegan desde los Centros de Salud de nuestro Sector hay que mencionar ciertas irregularidades que también producen retraso en su tramitación:
- Las solicitudes no están correctamente cumplimentadas.
- Falta de documentación (copia de DNI o libro de familia, en caso de menores)
- Las solicitudes se dirigen al Centro de procedencia sin pasar por Clientes. En ocasiones llegan historias que no están registradas en nuestra base de datos y tenemos que realizar el proceso a la inversa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducción tiempo desde fecha de entrada solicitud y fecha de remisión de historia clínica facilitando a los profesionales sanitarios la historia clínica completa lo antes posible, para precisar de manera eficaz la asistencia sanitaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Corrección de los registros del Directorio Principal de la Base de Datos (Denominación Centros de Salud, gerencias, direcciones etc.)modificando aquellos datos erróneos una vez verificados.
- Llamadas de teléfono a los organismos para confeccionar los registros de forma fehaciente y segura, concretando el servicio encargado de la tramitación.
- Elaborar modelo recordatorio o cartel para colocarlo en los servicios de admisión para consulta rápida, que especifique la forma correcta de cumplimentación de la solicitud de traslado de historia, documentación que tienen que adjuntar, así como el circuito/recorrido correcto que debe de seguir la misma.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Análisis previo antes de la implantación.
Calcular el tiempo desde la fecha de registro de entrada de la solicitud y la fecha de remisión de la historia clínica y compararlos antes y después de comenzar el proyecto.
Valorar en un periodo determinado y conseguir reducir el resultado a la mitad y

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Enero 2018
Fin: Diciembre 2018
Revisar de forma periódica los expedientes que estén sin cerrar para preceder a la reclamación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0036 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO BLASCO JIMENEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYO MOYA MIGUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· OLIVAR DUPLA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RUBIO ORGA ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LAZARO ARIÑO CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ARGUEDAS GIL MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naves. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.
2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..
4. Hemos incluído el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad.
5. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
6. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% HISTORIAS EXPURGADAS
% ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

Proyecto: 2018_0036 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018
FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018
INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018
FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO DEL LABORATORIO

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE DEL RIO ROMAN
· Profesión ..... TSLDC
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATEOS GOSENJE CRISTINA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· VALERO RANDO ROSANA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· PERMUY FONTAO JULIO. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· PITA GRANDAL BEATRIZ. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· BARDAJI CESTER CONSUELO. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS
· PEREZ CHUECA ANA BELEN. TSLDC. H NTRA SRA DE GRACIA. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la mayoría de hospitales cada Técnico superior es asignado a un laboratorio único (Recepción de muestras, Urgencias, Bioquímica, Microbiología, Hemostasia, Hematimetría, Banco de Sangre, serología...etc) y en muchas ocasiones dentro de este laboratorio se le asigna a una sección fija en función de la carga de trabajo (Homonas, Bioquímica general, Orinas...etc).
El Laboratorio del Hospital Real Ntra. Sra. de Gracia esta concebido como un único laboratorio con una única plantilla, aunque se desarrollan las técnicas de distintos laboratorios y se entrelazan sistemas de trabajo de un laboratorio de rutina y otro de urgencias.
La cantidad de técnicas a aprender y detalles en los diferentes sistemas de trabajo son enormes. Por el sistema de rotación, el personal tiene un mes en el que pasa por las mañanas, asignándole todo el mes en una de las secciones. Estas secciones son lo que en otros hospitales clasifican como un laboratorio propio (Recepción de muestras, Urgencias, Bioquímica, Microbiología, Hemostasia, Hematimetría, Banco de Sangre, serología...etc). Después le toca un mes de rotación por el laboratorio de urgencias pasando a tardes, noches y festivos. Este hecho hace que cuando se vuelve a pasar a una de las secciones de rutina en turno de mañanas han podido pasar hasta 5 meses desde la última vez que se trabajó en ella, siendo muy complicado afianzar el trabajo de cada una de las secciones (laboratorios) y los cambios continuos a los que un laboratorio se enfrenta día a día.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar una aplicación informática donde se tenga una Mapa interactivo de las distintas secciones del Laboratorio donde tanto el personal fijo como el personal de nueva incorporación pueda consultar cualquier procedimiento de trabajo, definición de los puestos, turno anual, Pactos internos entre el personal...etc.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar una APLICACIÓN donde aparezce el mapa del Laboratorio y sus diferentes secciones.
Presionando en cada una de ellas puedas introducirte en menus que te dan información sobre la definición del puesto, definición del sistema de trabajo, mapa de procesos de la sección y a todos procedimientos de trabajo.
Para ello se realizarán también reuniones periódicas (una trimestral seria suficiente) para actualizar los procedimientos de trabajo y realizar nuevos que se consideren necesarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La monitorizacion del proyecto va a ser continua, viendo diariamente los avances de la aplicación.
La medida del proyecto será todo lo conseguido hasta el momento de su evaluacion

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ENERO DE 2019 Estarán y se podrán consultar las secciones de:
1. Parte de Hemostasia
2. Parte de Banco de sangre
3. Parte de bioquimica
4. Parte de Recepcion de muestras
5. Parte de la Sección Administrativa

Se empezarán con los procedimientos mas importantes de cada sección

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1418 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO DEL LABORATORIO

Proyecto: 2018_0675 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO 15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ALMAJANO MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· ELENA MONEVA PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· RINCON GORMEDINO CRISTINA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· RUIZ ROMERO INMACULADA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· GASPAR OCHOA ROSALIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· SANJOSE PEREA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· FERNANDEZ TAULES CRISTINA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nuestra Señora de Gracia se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2009.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio para mantener la acreditación UNE-EN ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El proyecto intenta conseguir la prevención del cáncer cervical de una manera efectiva.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, especialmente en la línea prioritaria :CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX, aunque también afecta a otros objetivos prioritarios

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Renovar la acreditación ISO 15189
Prevenir el cáncer cervical

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las principales actividades serán:

- Revisar la sistemática establecida para tener adecuadamente registrados todos los procedimientos técnicos.
- Revisar la sistemática de registro para adecuarla al procedimiento actual y facilitar y disminuir el tiempo necesario.
- Adecuar la tabla de registro de resultados para obtener con más facilidad las estadísticas de resultados.
- Estudiar el volcado de resultados de HPV a los informes.
- Realizar comunicaciones o reuniones con matronas y ginecólogos

El servicio ofertado es la realización del estudio cervical, incluyendo la citología y el estatus de HPV mediante cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En segundo lugar, obtener las estadísticas de resultados que permitan evaluar el método.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N)
Actualización del informe de resultados (S/N)
Comunicaciones a matronas y ginecólogos (S/N)
Realización de Revisión por la Dirección (S/N)
Realización de estadística de resultados (S/N)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Auditoría de seguimiento: Junio 2018-05-09
Redacción de los documentos modificados: hasta septiembre 2018
Implantación y comunicación de matronas y ginecólogos: hasta diciembre de 2018
Obtención de estadísticas: Enero 2019
Evaluación del proyecto y acciones de continuación: Primer trimestre de 2019

9. OBSERVACIONES.
Incluido en acuerdo de gestión con la Dirección

Proyecto: 2018_0675 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO 15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_0684 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROCESAMIENTO DE BIOPSIAS

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MATEOS BARRIONUEVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALMAJANO MARTINEZ CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· ELENA MONEVA PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· RINCON GORMEDINO CRISTINA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· RUIZ ROMERO INMACULADA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· GASPAR OCHOA ROSALIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· ABAD BEORLEGUI ELENA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
· GARCIA FERNANDEZ MARIA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H NTRA SRA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los procedimientos en el procesamiento del material de biopsias y piezas quirúrgicas son cada vez más complejos, por lo que requieren una mayor sistematización para mantener la reproducibilidad y obtener unos resultados homogéneos y mantenidos en el tiempo.
Por ello se requiere elaborar una sistemática que permita la actuación uniforme de todo el personal, con un proceso de mejora continua y detección de errores y riesgos reales y potenciales,
El proyecto intenta alcanzar la eficacia diagnóstica con mayor seguridad y rapidez.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, afectando a varios de los objetivos prioritarios, como son especialmente los que se refieren al cribado de cáncer y a la gestión de riesgos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Sistematizar los procedimientos de procesamiento de biopsias.

Afecta a todos los pacientes biopsiados en nuestro hospital y los centros que remiten las biopsias al mismo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las principales actividades serán:

Redactar los documentos que recojan los procedimientos de procesamientos
Redactar los procedimientos de técnicas y procedimientos especiales
Redacta los documentos de preanalítica correspondientes.
Redactar los documentos de postanalítica correspondientes.
Establecer los indicadores.
Aplicar los procedimientos en el diagnóstico de rutina

El servicio ofertado es la realización de los diagnósticos anatomopatológicos con precisión y rapidez
En segundo lugar, se intentará adecuar estos procedimientos a la norma ISO 15189 para caminar hacia la acreditación en patología cervical y mamaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Establecimiento de las normas para la solicitud de estudios anatomopatológicos
Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N) de biopsias de rutina
Establecimiento de los procedimientos de técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas (S/N)
Establecimiento del procedimiento de postanalítica (S/N)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Redacción de los procedimientos de biopsias de rutina, registro y preanalítica: Septiembre 2018
Redacción de los procedimientos de inmunohistoquímica y técnicas especiales: Hasta noviembre 2018.
Redacción de los procedimientos de postanalítica: Diciembre 2018- enero 2019
Evaluación y plan de continuación: Prmer trimestre de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0684 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROCESAMIENTO DE BIOPSIAS

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1087 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMIRO MARIN GUERRICABEITIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAUCO JAQUES JOSE E. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
· ITURRICHA ALBA FERNANDO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
· RODRIGUEZ JOSE FRANCISCO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
· OPLA BENABARRE JOSE MARIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
· GOMEZ MARIA CRISTINA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
· NOGUE PUEYO MARIA JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALAGON MANUEL JOSE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Habitualmente se realizan estas intervenciones con analgesia intravenosa, con todos los efectos secundarios, gastos e incomodidad asociados. Intentamos demostrar la pertinencia de los bloqueos plexuales para mejorar la analgesia, lograr alta temprana y la calidad global del proceso poder mejorarla.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la analgesia y la comodidad en pacientes a los que se les realiza cirugía artroscópica de hombro, de cualquier patología

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones de trabajo
Protocolos previos
Revision de tratamientos el dia siguiente
Evaluaciones trimestrales
Se utilizara el material ya existente. No se necesitan mas medios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Pacientes operados / pacientes con bloqueo plexual
Escala EVA (escala analogica visual) sobre dolor postoperatorio
Escala EVA - dia posterior
Necesidades de medicación de rescate analgésico
Efectos secundarios
Encuesta de Satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un año de duración a partir de la aceptación del proyecto.
Recogida inmediata de datos

9. OBSERVACIONES.
No me ha sido posible la accion de copiar - pegar para enviarles el proyecto desglosado.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0627 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL ROCIO ABREU RUBIÑO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CONTRERAS RODRIGUEZ ALEJANDRA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO
· ENSEÑAT ROMEO MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO
· LOPEZ VALVERDE GLORIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO
· BAYONA ZOVI PATRICIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante el proceso quirúrgico de cataratas existen múltiples variables referentes a la seguridad del paciente que precisan verificación durante la cirugía. Su no comprobación puede afectar negativamente en la identificación del paciente, inducir a error en lo referente a medicaciones, alergias, ayunos,... Así como confusión en la elección de la prótesis a implantar y ojo a preparar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Verificar la identidad, localización anatómica, procedimiento y consentimientos del paciente.
- Confirmar tiempo de ayuna, prótesis dentaría, objetos metálicos y alergias conocidas.
- Comprobar aparataje, instrumental quirúrgico y prótesis a implantar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se trata de un estudio observacional descriptivo de carácter prospectivo sobre los pacientes intervenidos en la unidad de alta resolución de cataratas ambulatoria(ARCCA) del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. A partir de un check-list del equipo quirúrgico (Enfermería, anestesia y oftalmología) verificarán los diferentes datos a confirmar de cada paciente en la intervención de cataratas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de pacientes correctamente identificados durante la cirugía.
2. Número de pacientes suspendidos por incumplimiento del ayuno quirúrgico.
3. Proporción de pacientes con alergias a los diferentes fármacos utilizados durante el proceso quirúrgico.
4. Proporción de pacientes en los que la lente implantadas difería de la seleccionada en el parte quirúrgico.
Todo ello se obtendrá de una comprobación de los check-list empleados en la jornada quirúrgica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde Octubre de 2018 a Diciembre de 2018 con posibilidad de continuación según los resultados obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0592 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER MASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA COLINA ONTAÑON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SESE SANZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· COMET LOZANO VICENTE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· RAMON Y CAJAL AGÜERAS JUAN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ANDREU SANCHEZ LOURDES. TRABAJADOR/A SOCIAL. H NTRA SRA DE GRACIA. AMACGEMA
· DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. FISIOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Introducción: El cáncer de mama constituye un importante problema en los países occidentales por su elevada incidencia. En España se diagnostican unos 26.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres.
En los últimos años se ha detectado una notable mejoría tanto en la prevención, como en el tratamiento de la enfermedad, gracias a los avances científicos y al esfuerzo de todos los profesionales implicados en esta materia.
La técnica quirúrgica más frecuente empleada es la mastectomía.
Sin embargo, la mujer mastectomizada al ser dada de alta del servicio hospitalario, presenta una gran cantidad de dudas relacionadas tanto con los cuidados generales como con el autocuidado de su herida quirúrgica.
Importancia y utilidad del proyecto: En una reunión multidisciplinar se decide realizar la elaboración de un documento en forma de guía para instruir a la mujer operada cuando obtiene el alta hospitalaria acerca de:
• higiene y cuidados del brazo afecto.
• vestido y complementos
• alimentación
• actividades de la vida diaria, trabajo
• deportes y ocio
• relaciones personales y familiares
• embarazo tras mastectomía
• Cuidado herida quirúrgica
• complicaciones: linfedema, alteración de la sensibilidad de la zona operada, alteración de la movilidad del brazo operado, seromas
• ejercicios de rehabilitación tras la mastectomía
• tratamientos tras la cirugía: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia.
Situación de partida:
• Ausencia de información acerca de los posibles problemas a los que se presenta la paciente al alta
• Carencia de información en forma de tríptico o folleto que recoja la información que se demanda
Fuentes de información
La información fue recogida gracias al trabajo diario de los componentes del equipo y a la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR:
o Aumento de la seguridad y confianza de la mujer operada
o Aumento del conocimiento acerca de los cuidados generales y autocuidado
o Mejora de la imagen de nuestro hospital y de la calidad asistencial
o Mejora de la satisfacción de los pacientes y de los familiares y del equipo asistencial

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Medidas previstas:
Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado
Actividad 2ª: Revisión de guías y documentación entregada en otros hospitales
Actividad 3ª: Elaboración de la guía que será entregada al alta de nuestro hospital
Actividad 4ª: Diseño de una encuesta de valoración sobre la guía

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1º. Porcentaje de usuarios que consideran que la guía ha sido útil (nº de usuarios que consideran apropiada la información recibida/nº de usuarios que han recibido el tríptico)
2º. Grado de satisfacción adquirido por la mujer intervenida tras realizar la encuesta de valoración

Proyecto: 2018_0592 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER MASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Febrero 2018
Fecha de finalización Enero 2019
Calendario:
Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado. Febrero 2018
Actividad 2ª: Revisión de guías y documentación entregada en otros hospitales. Marzo- Abril 2018
Actividad 3ª: Elaboración de la guía que será entregada al alta de nuestro hospital. Junio 2018
Actividad 4ª: Diseño de una encuesta de valoración sobre la guía. Enero 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1175 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... ERNESTO ARROYO RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAL MANSOUR SAMI. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCIA AGUILERA DAVID. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LARRIBA JAIME ANGEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SANTA MARIA TORROBA MARIA AMPARO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· IBAÑEZ JULIAN ANDRES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANCHO SOLAN CRISTINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En Abril de 2017 comenzó a funcionar la Unidad de Cirugía Artroscópica y Hombro en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, habiéndose realizado desde entonces más de 100 procedimientos incluyendo cirugías de rodilla, hombro, codo, cadera y tobillo. Se trata de cirugías que se llevan a cabo bien en regimen ambulatorio o con ingreso hospitalario de 24 horas. Los pacientes al ser dados de alta son valorados por el Servicio de Rehabilitación si se considera necesario y reciben información verbal acerca de los cuidados, precauciones y ejercicios a realizar antes de comenzar el proceso de Rehabilitación reglado. Hemos detectado que una gran mayoría de pacientes cuando acuden a la primera consulta de revisión no han llevado a cabo correctamente el plan de tratamiento postoperatorio lo cual en ocasiones genera un enlentecimiento en su recuperación funcional e incrementa las necesidades de tratamiento rehabilitador empeorando la percepción de calidad en la atención recibida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Pensamos que es necesario incluir junto con el informe de alta un protocolo detallado de cuidados y ejercicios a realizar hasta ser revisados en consulta de COT / Rehabilitación en todos los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica con el objetivo de conseguir obtener el máximo beneficio de la realización de técnicas mínimamente invasivas. Se trataría de un documento escrito en el que se incluiría además iconografía que ayude a su mejor comprensión por parte del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar reuniones entre los componentes del grupo de mejora (COT, Rehabilitación, Enfermería de Hospitalización) para consensuar los diferentes planes de actuación en función de la cirugía realizada. Posteriormente elaborar los documentos relativos a cada articulación y una vez revisados y acordados proceder a su impresión para poder comenzar a incorporarlos en el proceso de alta hospitalaria de la Unidad, indicando y explicando claramente al paciente la pauta a seguir hasta que sea revisado en consultas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes intervenidos en la Unidad / Número de pacientes que reciben la guía al alta. Objetivo 100%
- Encuesta de satisfacción a cumplimentar por el paciente en la primera consulta de revisión

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista inicio Septiembre 2018
Fecha prevista finalización Junio 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1229 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... DAVID GARCIA AGUILERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAL MANSOUR SAMI. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD DE ARTROSCOPIA
· ARROYO RUBIO ERNESTO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD DE ARTROSCOPIA
· LARRIBA JAIME ANGEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD DE ARTROSCOPIA
· IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD DE ARTROSCOPIA
· BOSQUE GIMENEZ LUCIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. QUIROFANOS
· ANDRES ARRIBAS IGNACIO. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Todo paciente que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico programado requiere durante su hospitalización en planta un tratamiento farmacológico pautado. Tras el inicio y la implantación de la unidad de Artroscopia en el Hospital Nuestra Señora de Gracia en la planta de cirugía general se observó que el personal de enfermería no estaba familiarizado con el tratamiento farmacológico de los pacientes que ingresaban para ser sometidos a un proceso quirúrgico artroscópico en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Además no existe un especialista de cirugía ortopédica y traumatología de guardia presencial para poder consultar cualquier duda terapéutica.
El tratamiento farmacológico principalmente en dichos pacientes es analgésico y antibiótico prequirúrgico y en ocasiones postquirúrgico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el proceso farmacoterapéutico y garantizar la seguridad del paciente al aumentar la seguridad de los pacientes ingresados para procesos quirúrgicos programados.
Redacción e instauración del protocolo farmacológico en paciente intervenidos en la unidad de artroscopia del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Formación del grupo de trabajo que va a realizar el proyecto.
2. Revisión bibliográfica.
3. Elaboración de un protocolo del tratamiento farmacológico para los pacientes que ingresen en el Hospital Nuestra Señora de Gracia en la unidad de Artroscopia que implique a personal de enfermería, traumatólogos y el servicio de farmacia.
4.- Sesión informativa al personal de enfermería de la planta de Cirugía.
5.- Revisión y consenso de las normas y actividades del protocolo.
6.- Instauración del protocolo del tratamiento farmacológico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Porcentaje del texto redactado del protocolo para intervenciones de la extremidad superior.
2.- Porcentaje del protocolo redactado para intervenciones de la extremidad inferior
3.- Nº pacientes dado de alta de la unidad con utilización del protocolo / Nº pacientes totales ingresados en la unidad.
4.- Eficacia del protocolo: Nº complicaciones tras la utilización del protocolo.
5.- Número de pacientes que presenten alguna reacción medicamentosa / Nº pacientes total ingresados en la unidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Desde la aprobación del programa de mejora un mes para la elaboración del protocolo para extremidad inferior y superior.
2.- Tras la elaboración sesión informativa antes del periodo vacacional
3.- Implantación del protocolo
4.- Monitorización semestral de los resultados e indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1229 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Proyecto: 2018_0893 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA VILLANUEVA CAMPAÑA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEDINA CEREZAL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ESTERILIZACION
· PEREZ GIL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ESTERILIZACION
· DELGADO YUS MARIA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
ANTE EL INCREMENTO DE LA COMPLEJIDAD EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, LA ESPECIALIZACION Y LA MOVILIDAD DEL PERSONAL EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES, RESULTA FUNDAMENTAL DISPONER UNA GUIA VISUAL DE CONSULTA.
UTILIZAMOS EL METODO "HAMLON" PARA LA DETECCION Y PRIORIZACION, OBTENIENDO COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA MÁS PUNTUADA LA ELABORACION DE LA GUIA VISUAL.
EN ABRIL DE 2018 SE INSTALA LA NUEVA VERSION DEL PROGRAMA DE TRAZABILIDAD, POR LO QUE DEBEMOS MODIFICAR LA GUIA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. EVITAR LA VARIABILIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.
2. SERVIR COMO MEDIO DE CAPACITACIÓN, INFORMACIÓN Y ORIENTACION PERMANENTE AL PERSONAL.
3. UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN.
4. EVITAR COMPLICACIONES Y DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE RESULTADOS ERRONEOS.
5. FORMAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CENTRAL.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. MODIFICAR EL MANUAL VISUAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL.
2.ACTUALIZAR LA GUIA PRACTICA DE LOS PROCESOS.
3. FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION.
4. IMPLEMENTACION.
5. EVALUACION

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. SE MODIFICA LA GUIA.
2. NUMERO DE PERSONAS QUE HAN RECIBIDO FORMACION.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. MAYO-SEPTIEMBRE 2018:MODIFICACIONDE LA GUIA
2. NOVIEMBRE/DICIEMBRE 2018: FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
3. ENERO 2019: IMPLEMENTACION
4. MAYO 2019: EVALUACION

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1058 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... SONIA IRIARTE RAMOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REBOLLAR TORRES ELENA. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
· DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE. TEL. H NTRA SRA DE GRACIA. LABORATORIO
· GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· SUÑER SUÑER SILVIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· ZORRILLA GRACIA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· LANGARITA HERNANDEZ JAVIER. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· SIERRA MANZANARES CELIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La elevada carga asistencial de las unidades de hospitalización reduce el tiempo disponible para la revisión de las fechas de caducidad de los medicamentos existentes en los botiquines de planta. Un medicamento que no reúna las condiciones de seguridad necesarias (caducidad, correcta identificación, embalaje deteriorado…), puede conducir a una potencial iatrogenia con el consecuente impacto asistencial y económico. Todo ello hace fundamental la implantación de medidas que faciliten el control de las caducidades y la correcta conservación de los medicamentos, de manera que aquellos próximos a su fecha de caducidad puedan ser utilizados en otros servicios. La posibilidad de incorporar la tecnología para reducir este trabajo rutinario aumenta la eficiencia en la gestión de tiempos del personal implicado, previene riesgos en la salud, aumenta la calidad de la tención prestada a los pacientes y permite el uso racional de los recursos sanitarios.

Métodos de detección y priorización empleados:
Tras la formación de un grupo de trabajo para identificar los problemas y las oportunidades de mejora, se hizo una selección y posterior priorización mediante la técnica de Hanlon, siendo lo más puntuado la implantación de un programa informático para seguir con detalle la fecha de caducidad de los medicamentos de planta (stock, carro paradas, estupefacientes, termolábiles, nutrición enteral, sueros,...etc.) que facilite su reemplazo y posible utilización en otros servicios antes de su caducidad.

Importancia y utilidad del proyecto:
- Repercute directamente en la seguridad de los pacientes y en el coste sanitario, colaborando en la prestación de una atención sanitaria eficiente y de calidad.
- Estandariza un procedimiento para el control de caducidades en las diferentes plantas del hospital.
- Promueve la cultura de gestión adecuada de los medicamentos en las unidades de hospitalización.
- Sensibiliza, conciencia y formar al personal sanitario en las medidas a adoptar para una correcta gestión de caducidades.

Situación de partida:
- Variabilidad de los métodos de control de caducidades entre las diferentes plantas.
- Elevado tiempo de dedicación a su comprobación.
- Falta de un medio que facilite la comprobación, renovación y utilización de los medicamentos próximos a caducar.

Las posibles causas que se determinaron según el diagrama de Ishikawa fueron:
- Falta de programa.
- Elevada carga asistencial.

La principal fuente de información fue obtenida del trabajo diario de los componentes del equipo de trabajo y de la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Crear de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Estandarizar un programa informático de control de caducidades.
- Formar al personal de planta en la correcta colocación e identificación de los medicamentos próximos a caducar.
- Utilización de los medicamentos antes de su caducidad (en esta o en otras unidades).
- Evitar efectos no deseados en los pacientes con la consecuente mejora en su seguridad.
- Reducir el tiempo empleado por los profesionales en la comprobación de caducidades.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales.
- Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividad 1ª: Crear un grupo de trabajo.
Actividad 2ª: Elaborar un programa informático y adecuarlo a las necesidades de la planta.
Actividad 3ª: Formar al personal sanitario.

Proyecto: 2018_1058 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA

Actividad 4ª: Implantar el programa.
Actividad 5ª: Medición de indicadores para ver si se aplican las medidas de forma correcta.
Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.
Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias.
Los responsables son tanto el farmaceútico como el personal de enfermería responsable de la Unidad de Ortogeriatría. Ellos de forma conjunta usarán el programa, formarán al personal y medirán los indicadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % medicamentos caducados no devueltos a servicio de farmacia en tiempo adecuado.
- % medicamentos con fecha próxima a caducar devueltos y redistribuidos en otras plantas
- % de utilización del programa (eliminación fechas subsanadas y actualización nuevas fechas de caducidad).
- % satisfacción del personal que lo emplea.

Se considerará resultado correcto la "devolución en fecha de los medicamentos próximos a caducar", "Utilización adecuada del programa" y "Grado satisfacción del personal que lo usa".

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Calendario (Abril 2018-Diciembre 2018):
- Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo. Abril 2018.
- Actividad 2ª: Selección del programa informático y adecuación a las necesidades de la planta. Abril 2018.
- Actividad 3ª: Formar al personal sanitario. Mayo 2018.
- Actividad 4ª: Implantación del programa. Junio 2018.
- Actividad 5ª: Medición de indicadores para ver si se aplican las medidas de forma correcta. Diciembre 2018.
- Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos. Diciembre 2018.
- Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias. Enero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1209 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ANDRES ARRIBAS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Farmacia del Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia contiene una de las más completas colecciones de objetos relacionados con la práctica de la actividad farmacéutica y el medicamento en Aragón. Para ello se debe proceder a la catalogación de todo su contenido.
Destacan las colecciones de albarelos de cerámica, frascos de cristal, morteros e instrumentos hospitalarios. Se han agrupado atendiendo a su finalidad, en recipientes para la conservación de simples o preparados medicinales y utensilios relacionados con las fases de elaboración y administración de medicamentos, además de la documentación, libros recetarios y publicidad farmacéutica

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La conservación, estudio y puesta en valor de una parte importante del patrimonio histórico farmacéutico aragonés, que se encuentra ubicado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Está compuesto por dos farmacias históricas de finales del siglo XIX, una farmacia de hospital y una oficina de farmacia. Se expone su regulación, catalogación y estudio del mobiliario, instrumentos, objetos, medicamentos, libros y documentos de un periodo preindustrial de la farmacia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Estudiar, catalogar, preservar, poner en valor e investigar el legado farmacéutico aragonés conservado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. También forma parte física de la misma, la antigua, farmacia Ríos datada del año 1895 que esta reubicada en el mismo Hospital.
2. Realizar un inventario sobre los fondos conservados en el Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza para, de esta forma, dar paso a una posterior catalogación y estudio de los mismos.
3. Plasmar la evolución de la farmacia en los siglos XIX y XX, período que se encuadra el paso de la época preindustrial a la industrial de la profesión farmacéutica.
4. Exponer la complejidad en los ámbitos tecnológicos, farmacológicos y terapéuticos de los medicamentos, de las farmacias del hospital y de la oficina de farmacia.
5. Recopilar ordenar los fondos existentes de los distintos inventarios mediante las fuentes primarias y secundarias utilizadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Diseñar la ficha de catalogación
• Nº Botes catalogados/ 210 albarelos del Botamen I.
• Nº Drogas contenidas en el Botamen/ Nº Botes con producto.
• Nº Botes catalogados/ 100 albarelos Botamen II.
• Nº frascos catalogados/143 frascos de cristal •
• Nº libros catalogados/ 298 libros de los siglos XIX y comienzos del XX.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Iniciada la catalogació en 2017
Fecha prevista de terminación: Junio 2019
Prevista la edición en pagina web y en formato de libro
Responsable: Ignacio Andrés Arribas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general y acompañantes en el hospital
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0132 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION: ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA LA INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS INTERVENCION POR FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MESA LAMPRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ GOMEZ ESTHER. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· CAMPOS SANZ ASUNCION. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LABARI SANZ GENOVEVA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA
· MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· NAVARRO CIRUGEDA MARCELINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. CONSULTAS EXTERNAS
· ROMO CALVO LAURA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde que se creó la Unidad de ortogeriatría hasta la actualidad se ha ido perfeccionando la manera de trabajar y cuidando la información dada a los cuidadores tanto en calidad como cantidad. Actualmente reciben información sobre prevención de caídas, fracturas, movilidad, tratamiento de osteoporosis, ayudas técnicas, etc. dada por fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, enfermeros, nutricionista, ortogeriatra y traumatólogo (desde la unidad de prevención secundaria de fractura por fragilidad (UFRA).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Unificar en un solo documento dicha información de forma ordenada, gráfica, útil, comprensible y barata (que sea posible hacerlo en reprografía).
La información irá dirigida a los pacientes atendidos en la unidad de ortogeriatría, es decir, aquellos que causen estancia en la misma por haber presentado una fractura de cadera.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Análisis de toda la documentación que se está repartiendo actualmente a lo largo de todo el proceso. Actualización de la misma por cada integrante del equipo y reunificación de la forma más práctica. Harán falta una reunión de presentación (1), una por cada materia analizada (posturas y desplazamientos, ayudas técnicas, prevención de caídas, tratamiento, nutrición) (5) y una final (1). Total 7 aproximadamente. Sesión de presentación del documento al servicio de Geriatría y Unidad de ortogeriatría.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El proyecto debe estar acabado en febrero de 2019.
Se considerará alcanzado el estándar si se consigue haber ordenado y unificado todo el material a la espera de la obtención física del cuadernillo que será el límite superior y que ya no depende del grupo de trabajo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 1ª reunión: marzo 2018 (análisis de la situación)
- trabajo por subgrupos y reuniones con los mismos: De marzo a octubre
- Encuesta a las familias para ver la necesidad de información
- 2ª reunión de todo el equipo: noviembre (puesta en común del trabajo en grupo)
- Presentación del documento: Enero/2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0173 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA GASPAR RUZ
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· MESA LAMPRE MARIA PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· LETOSA BOLEA VICTORIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· LARA GUISANDO EMMA LUZ. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE. CELADOR/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· MARCO BES TERESA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Detectamos en HDG que nuestros usuarios son un grupo especialmente sensible al problema de las caídas. Los ancianos se caen frecuentemente y las caídas, en este rango de edad, originan graves problemas de salud (síndromes de inmovilidad, fracturas, dependencia, etc), además de gran coste para el sistema sanitario.
En este momento no tenemos una línea de actuación definida en cuanto a estas situaciones.
HDG es un recurso que permite incidir en los factores que propician las caídas, dado que nuestros usuarios permanecen en su domicilio durante el programa de recuperación funcional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Registrar las caídas que se producen tanto dentro de HDG como las que se producen en los domicilios: cómo, cuándo, dónde,... Analizar posteriormente los datos recogidos para plantear posibles actuaciones que minimicen los riesgos de caída.
Establecer contacto con las familias y cuidadores para informar sobre riesgos en el hogar y facilitar información sobre manejo de estas situaciones en el domicilio: qué hacer, a quién llamar, cómo prevenir,...

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar un documento de recogida de datos sobre las caídas que se produzcan en los domicilios de los usuarios para el posterior análisis de los factores de riesgo más habituales.
Protocolizar toma de contacto con cuidadores, una vez que se ha producido la caída para facilitar información sobre manejo de las caídas en el domicilio.
Realizar base de datos con toda la información recogida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: Total caídas de usuarios producidas tanto en el domicilio como en el propio HDG/ realizar ficha de recogida de datos sobre la caída. (Nuestro objetivo sería alcanzar el 90%)

Indicador 2: Llamadas realizadas al domicilio de los usuarios/ total de caídas registradas. (Nuestro objetivo sería el 80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se inicia en Enero de 2018 y finaliza en Diciembre de 2018.

Realización de hoja de registro de caídas (Enero). Los datos serán recogidos por los profesionales de HDG (las dos terapeutas ocupacionales, TCAE, enfermera o celadora).

El contacto telefónico lo realizará la Terapeuta Ocupacional responsable del usuario afectado.

Se realizarán reuniones del grupo de mejora cada dos meses (Febrero, Abril, Junio, Septiembre,Noviembre).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0220 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE ..... SOFIA SOLSONA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· CHAMORRO LASALA MARIA JESUS. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· CAMPOS SANZ ASUNCION. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· SANZ FRANCO ESTHER. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GARCES LAPUENTE SARA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· ESTAUN FERNANDEZ TERESA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los mayores que ingresan en los hospitales en España son 37,8% (INE- 2015). En los hospitales existe gran presión asistencial, burocracia y problemas de comunicación que comprometen la mejoría del anciano.
El anciano fisiologicamente presenta modificaciones en la composición corporal, en piel, en sistema musculo-esquelético, etc que predisponen a sufrir complicaciones, pluripatología, polifarmacia con mayor deterioro funcional y cognoscitivo
Los mayores necesitan una especial atención en los cuidados hospitalarios.
CONCEPTOS:
-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO (DFH): pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad de la vida diaria básica en el momento del alta respecto a la situación funcional considerada como 2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda. Durante el ingreso será posible la recuperación funcional adoptando medidas adecuadas.
-DETERIORO PREHOSPITALIZACIÓN: deterioro funcional desde el inicio de la enfermedad aguda previo a la hospitalización. Se consideran dos semanas previas al ingreso. No es susceptible de modificar desde el medio hospitalario y sí desde atención primaria.
-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO GLOBAL
(DFH GLOBA)L: suma del deterioro funcional prehospitalario
y DFH.
PREVALENCIA:
Gran variabilidad según los trabajos consultados, población estudiada, metodología o unidad hospitalaria valorada siendo de 70, 6% a 88%
FISIOPATOLOGÍA DEL DFH:
El DFH se debe a los cambios del envejecimiento mencionados previamente y a los factores asociados a la hospitalización como disminución de la movilidad, aislamiento social, dietas restrictivas, uso de catéteres, sujeciones físicas, camas altas, barandillas, polifarmacia.
FACTORES DE RIESGO:
Favorecedores de este DESACONDICIONAMIENTO son: MODIFICABLES: inmovilidad, delirium, polifaramcia, rutinas hospitalarias clásicas
NO MODIFICABLES: edad, deterioro funcional previo, deterioro cognitivo.
CONSECUENCIAS DFH:
El DESACONDICIONAMIENTO hospitalario conlleva a peor evolución clínica, mayor numero complicaciones (caídas, delirium, deshidratación, desnutrición, UPP, infecciones). Aumentando los recursos sanitarios y mortalidad: 41% al año del alta

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1ª)IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN PACIENTE DE RIESGO DE DFH.
Se diseñará un PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO DE DFH utilizando herramientas de screening y se elaborarán CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
2ª)INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN con la elaboración de un PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO de forma individual al paciente anciano
3ª)IMPLICAR a todos los profesionales sanitarios y familiares mediante la elaboración de:
- FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO
- CARTELES
Los resultados que se esperan obtener es mejoría en las actividades de la vida diaria básicas y secundariamente estabilización clínica, menor complicaciones, menor mortalidad
Cooperan los Servicios de Geriatría y Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
PLAN DE COMUNICACIÓN con el resto del personal sanitario y familias se realizarán:
-Sesiones informativas: en las reuniones y/o sesiones que a su vez tienen lugar dentro de cada servicio y/o unidad: rehabilitación, geriatría, enfermería, fisioterapia.
-Talleres a las familias.
-Folleto en formato tríptico y carteles
B- REUNIONES DE EQUIPO se fijaran cada 2 meses
C-RECURSOS MATERIALES se utilizaran Fotocopiadora, Ordenador, Aula de docencia. Podría habilitarse una zona del

Proyecto: 2018_0220 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

pasillo de Geriatría B e incluso una habitación para reunir a pacientes y familias

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número pacientes de riesgo de DFH / número total de pacientes ingresados
-Ganancia funcional absoluta=IBA (Índice Barthel al alta)-IBI (Índice de Barthel al ingreso). Siendo una Ganancia funcional absoluta adecuada > 20 y excelente > 35 puntos
-Eficiencia: IBA-IBI/estancia. Siendo una actividad rehabilitadora moderada: > 0,5 e intensa: >1.
-Nº asistentes personal sanitario de rehabilitación / nº total de personal sanitario adjudicado a rehabilitación
-Nº asistentes personal sanitario de geriatría / nº total de personal sanitario adjudicado a geriatría.
-Encuesta de satisfacción a los familiares y cuidadores asistentes a los talleres.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
CRONOGRAMA:
- Abril-Septiembre 2018 :
+Diseño del PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO
+ Elaboración de FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO-CARTELES
-PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS
-De Septiembre -Octubre 2018:
+ Difusión PROGRAMA DE INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN Y DEL PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO
-A partir Octubre 2018:
Ejecución de PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS .

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0384 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN CANOVAS PAREJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABARI SANZ GENOVEVA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ENFERMERIA
· MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ. NUTRICIONISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. ENFERMERIA
· HELLIN GRACIA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GASPAR RUZ MARIA LUISA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA. MIR. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Problema u oportunidades de mejora seleccionada
En el año 2014 se formó un grupo multidisciplinar de “Apoyo al cuidador” concienciado con la necesidad de mejorar la atención a los cuidadores de los ancianos dependientes, y desde entonces se han realizado diversas proyectos de mejora. El objetivo del Proyecto en el año 2018 es continuar con esta línea de trabajo “Cuidando al que cuida” mediante dos iniciativas complementarias:

1 Formar al cuidador principal del paciente mayor tanto familiares directos como profesionales.
El cuidador habitual del paciente que viven en el domicilio, esta expuesto a una gran carga de trabajo físico y estrés emocional. En nuestro servicio ha habido diversas iniciativas encaminadas a la formación del cuidador en diferentes ámbitos como los problemas de deglución o de movilidad en fracturas de cadera o ictus. En la “consulta de enfermería del cuidador” se realiza asesoramiento a las familias sobre diversos aspectos de la demencia.
En los dos últimos años y dentro de las iniciativas de mejora de la Calidad del SALUD se ha desarrollado Proyectos de calidad en esta línea:

-2015 “Formación al cuidador sobre el manejo del paciente con disfagia (II). Implantación y evaluación de medidas de mejora a nivel de Hospitalización”.

-2016-2017 “Formación al cuidador del paciente geriátrico: consejos prácticos sobre aspectos nutricionales, problemas de movilidad y atención a los trastornos de la conducta en el paciente con deterioro cognitivo”.

En el año 2018, el Hospital Nuestra Señora de Gracia se han organizado tres “Talleres de formación” con buenos resultados en encuestas de satisfaccion:
- Taller de Recomendaciones en alimentación y Disfagia.
- Taller de Movilización del paciente geriátrico.
- Taller de Demencia y manejo de problemas de conducta.

2 Formar a profesionales sanitarios en aspectos relacionados con la atención al anciano, para a su vez, puedan “dar formación” a cuidadores en su entorno profesional (Atención Primaria u Hospital). Una adecuada formación del personal sanitario, repercute en la mejor atención del paciente y de su cuidador y permite a su vez dar recomendaciones a las numerosos dudas que pueden surgir a lo largo de la evolución de la enfermedad crónica.

En el año 2018 en nuestro Sector se van a realizar, el Curso: “Formación al cuidador del paciente geriátrico: problemas en la alimentación y movilidad, manejo de alteraciones de conducta en demencias”, dirigido a Diplomados de enfermería, Auxiliares de enfermería, Terapeutas ocupacionales y Logopedas.
Objetivos específicos:
-Mejora en la formación de los profesionales sanitarios que atienden a personas mayores en Centros hospitalarios o Centros de Salud en aspectos como la alimentación, la movilidad o los cuidados en la demencia. Difundir estas actividades educativas entre los familiares y cuidadores habituales de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Resultados que se espera conseguir
-Mejora del nivel de formación de las familias o cuidadores profesionales evaluado mediante el grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.
-Mejora del nivel de formación de los profesionales del SALUD evaluado mediante el grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Método y actividades para mejorar
-Formación del grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, nutricionista, enfermera responsable de consulta del cuidador y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital.

Proyecto: 2018_0384 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

-Organización del contenido de los Talleres de Formación al cuidador familia o cuidador profesional a realizar a lo largo de 2018 (2 o 3 ediciones, la primera en abril de 2018).
-Organización del contenido de los Talleres de Formación al profesional del SALUD Sector I, con fecha prevista en mayo de 2018.
Preparación de curso con temas prácticos y contenido didáctico. Entrega de material didáctico al alumno.

-Evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores: evaluación y seguimiento
-Número de cuidadores que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/cuidadores que han acudido a talleres X 100

-Número de profesionales sanitarios que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/profesionales sanitarios que han acudido a talleres X 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duracion y calendarios previstos
1.Preparación curso, captación alumnos y 1ª sesión taller familiares: 1er trimestre 2018.
2.Talleres formación personal del SALUD: Segundo trimestre 2018.
3.Tercera sesión formación a familiares: Tercer trimestre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0457 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR OCHOA CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLSONA FERNANDEZ SOFIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· SCHADEGG PEÑA DANIEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· ESTAUN FERNANDEZ TERESA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· PEREZ MILLA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· OLARTE MOLINERO ANA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La prevalencia de delirium en ancianos hospitalizados es alta, pudiendo llegar a ser mayor de 50%. Este cuadro se asocia con un empeoramiento del pronóstico, en muchas ocasiones prolonga la estancia, empora la función y puede asociarse a más mortalidad; además requiere utilizar fármacos potencialmente dañinos y más asistencia del personal de enfermería.
La prevención puede ser la estrategia más efectiva para disminuir su frecuencia y sus complicaciones. Las medidas de prevención pueden ser farmacológicas pero también no farmacológicas. Hay evidencia actual que apoya la implementación de medidas no farmacológicas de forma sistemática, como una medida fácil y eficaz además de costo-efectivas. Esta evidencia no es tan alta para las medidas farmacológicas.
La situación en el servicio de geriatría es de ingresos de pacientes en fase aguda que con frecuencia sufren delirium durante la hospitalización. En torno a un 30-40% de los episodios de delirium pueden prevenirse con medidas no farmacológicas con intervenciones dirigidas al cuidado del anciano hospitalizado siguiendo protocolos de detección precoz y con plan de cuidados preventivos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implementar medidas para que se pueda disminuir la incidencia de delirium en el paciente geriátrico ingresado en la unidad de geriatría.
Incorporar medidas de fácil aplicación en la rutina de los cuidados de auxiliares y enfermeras.
Disminuir el número de psicofármacos pautados de urgencia
Elaborar un protocolo de detección precoz con un plan de cuidados adecuado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Identificar pacientes con alto riesgo de delirium en las 24 h primeras del ingreso
2. Poner en marcha medidas sistemáticas para prevenir aparición de delirium
a. Para este primer año se harán:
i. Crear un medio ambiente apropiado. Luz, temperatura, calendario, reloj
ii. Comunicación verbal con frases cortas, tranquilizadoras.
iii. Favorecer el silencio nocturno y el descanso, evitando acciones por la noche no necesarias.
iv. Corregir estreñimientos o retención de orina, antes de llegar la noche
v. Buen control del dolor

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con diagnóstico de delirium. Indicador % de delirium/ semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.
Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con medicación condicional administrada durante la noche. Indicador % de pacientes que han sido medicados/semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.
Se recogerán durante dos meses las medidas implantadas de prevención. Indicador: % de medidas preventivas cumplimentadas. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2018- 2019: 12 meses
Implantación de medidas:
Elaboración de un protocolo e implementación en planta: durante 4 meses primeros.
Pasados estos 4 meses, se evaluara si se cumplen las medidas en un día de evaluación en dos ocasiones durante el año
Recogida de datos:
Se recogerán datos en un periodo de 2 meses. Todos los ingresos realizados en esos 2 meses.
Se repetirá 4 veces en el año, de forma que estarán valorados los ingresos durante 8 meses no correlativos.
Datos a recoger: edad, sexo, diagnóstico demencia, infección, retención urinaria, impactación fecal, dolor, problemas de oxígeno, hidratación, nutrición, medidas ambientales adecuadas, intervención sanitaria evitable en

Proyecto: 2018_0457 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA

horas de descanso, psicofármacos pautados de urgencia.
Calendario:
Implantación los 4 primeros meses
Evaluación los meses: 1-2, 4-5, 7-8 y 10-11

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda patología que ingrese en el servicio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0847 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE ORDOVAS TERESA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BALLESTERO DELGADO SILVIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· SANZ FRANCO ESTHER. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· CONCEJERO PARDOS ROSA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· FELEZ RODRIGUEZ ESTHER. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· HUERTAS AGUAYO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La atención continuada al paciente anciano es el pilar fundamental de la intervención enfermera, cuya pertinencia debe ser valorada constantemente para evitar realizar intervenciones puntuales o finalizadas precózmente sin un seguimiento oportuno y necesario, que son contraproducentes.

Ante la incorporación de personal nuevo con relativa frecuencia en la unidad de Geriatría, vemos necesaria la elaboración de una guía de cronograma y tareas de enfermería, que facilite la labor de dichos profesionales desde el primer momento, y que sirva como herramienta de trabajo que unifique la manera de llevar a cabo los cuidados propios de la enfermería, ya que en dicha guía se detallan la cronografía y tareas a realizar en cada momento.

Esta guía también se entregará a los estudiantes de enfermeria en prácticas en la unidad de Geriatría, al resto de la plantilla de enfermeras y a las compañeras del pool.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Aclarar información al nuevo personal tras su reciente incorporación: estructura física de la unidad, estructura del personal, de turnos, lencería/vestuarios, herramientas informáticas disponibles, etc.

-Centralizar la formación y disminuir la carga formativa al resto del equipo

-Proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad y unificados, de acuerdo con las normas y filosofía del centro, para conseguir una asistencia integral y continuada a los pacientes de nuestra unidad

-Mejorar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera

-Facilitar al nuevo personal y a los estudiantes de enfermería una guía de referencia que recoge puntualmente las tareas a realizar por enfermería en cada momento.

-Favorecer la comunicación entre los enfermeros y evitar omisiones y repeticiones.

-Mejorar la integración en el nuevo equipo y alcanzar una mayor satisfacción laboral.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para la elaboración de la guía de cronograma y tareas, serán precisas varias reuniones de equipo quincenales en las cuales pondremos en común las partes trabajadas.

Cada miembro del equipo de trabajo se ocupará de desarrollar una parte de las funciones, normas y actividades que se realizan en la unidad y el resto lo complementará.

Esta guía, una vez finalizada, se presentará y entregará al resto de enfermeros del servicio, enfermeros en prácticas y al nuevo personal que llegue a la unidad.

Contaremos con los recursos materiales que nos ofrece el servicio, tales como ordenador, acceso a la red, carros de curas, de parada cardiorrespiratoria, farmacia, etc.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para comprobar la utilidad y grado de calidad del proyecto los Indicadores que usaremos serán:

Indicadores de estructura:

-Realizaremos un control de los protocolos que se desarrollan en el manual (como la revisión mensual del carro de RCP cada primer sábado de mes o el registro de heridas y UPP).

Indicadores de proceso:

-Registraremos la entrega del manual a la población diana indicada.

Indicador de resultados:

Proyecto: 2018_0847 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

-Realizaremos una encuesta al personal de nueva incorporación a la unidad y a los estudiantes de enfermería en prácticas, previo a su marcha, que contenga preguntas relativas a la utilidad y grado de satisfacción de esta guía entregada a su llegada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dado que el nuevo personal se incorpora en junio, marcamos nuestro proyecto para esa fecha, iniciándolo desde este momento, y finalizando el proyecto a finales de noviembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfocado al personal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0868 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA SANJUAN BARCELONA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLARTE MOLINERO ANA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GARCIA NARVAIZ CRISTINA. CELADOR/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· SANZ FRANCO ESTHER. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· OCHOA CALVO MARIA PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Ley Orgánica 15/1999, de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y el R.D. 1720/2007, de 21/XII, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada LOPD, junto como el nuevo Reglamento de la UE del 25 de Mayo de 2018 sobre LOPD, son las disposiciones básicas de obligado cumplimiento para todas las empresas y profesionales que, en el desarrollo de su actividad, traten datos de carácter personal. El objeto de la ley es garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Desde nuestro servicio de Geriatría sentimos la necesidad de mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes velando por el cumplimiento de la legislación sobre protección de datos y controlar su aplicación" (art. 37.1 a).
El proyecto se realizaría dentro de nuestro Servicio de Geriatría, teniendo como población Diana todo paciente masculino y femenino ingresado. En el transcurso de su estancia manejamos datos de carácter personal que se realizan en nuestro ámbito hospitalario y estos incluyen datos de salud, considerados datos sensibles o especialmente protegidos y, como tales, tienen un régimen de garantías más reforzado
La voluntad de humanización de nuestro servicio de Geriatría y mantener el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, nos lleva a trabajar de manera especial la protección de Datos, para cumplir en la medida de nuestras posibilidades, la LOPD vigente y así asegurara la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Constituir un grupo que ayude a la implantación y seguimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos. Estará formado por un equipo multidisciplinar del Servicio de Geriatría.
- El personal del Servicio de Geriatría tendrá conocimientos de la
? Ley Orgánica 15/1999 de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)
? Real Decreto 1720/2007, de 21/XII, de Desarrollo de la LOPD
? Nuevo Reglamento Europeo de PD, 25 Mayo 2018
- Desde este conocimiento y sensibilización sobre el tema, se sabrá que se debe y se puede realizar para mejorar aspectos relacionados con la calidad y la confidencialidad de los datos personales de nuestros pacientes.
-Se abrirá un fichero en formato informático y papel, para registrar todas las incidencias relacionadas con el manejo de la LOPD. Dicho fichero se llamara: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El Fichero de: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS, nos servirá para valorar si desde nuestro Servicio de Geriatría ha habido una mejora progresiva respecto al cumplimento de la LOPD. Además para abordar estas cuestiones, se hará una evaluación de la evolución o posible cambio de diferentes debilidades encontradas en nuestra unidad de Geriatría, y sus posibles soluciones, (Ver tabla Excel, Quiebras de Seguridad de la LOPD), que hagan de nuestro trabajo como equipo multidisciplinar un cumplimiento de la normativa de la Ley de Protección de Datos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde Junio del 2018 a junio 2019 se trabajara de forma intensiva en el tratamiento de la mejora de Protección de Datos en nuestra Unidad de Geriatría. Para ello el equipo constituido por todas las categorías laborables que trabajan diariamente con datos de nuestros pacientes/usuarios. Mantendrán diferentes reuniones marcadas en el Cronograma de Actividades y realizara una Evaluación de impacto:

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Reuniones Equipo	X	X		X	X	X	X	X				
Formación Personal			X			X						
Evaluación					X			X				

9. OBSERVACIONES.
El servicio de Geriatría cree en la LOPD y por esta razón se desea:

Proyecto: 2018_0868 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

1- Crear un equipo Multidisciplinar de Protección de Datos.
2- Elaborar un registro de actividades.
3- Realizar una evaluación de impacto antes del inicio del tratamiento de datos y al cabo de doce meses.
4- Establecer mecanismos y procedimientos de notificación de quiebras de seguridad y evaluar su impacto en la protección de datos. (Fichero)
5- Adecuar los formularios según el derecho a la información y los datos que debe conocer el usuario como la finalidad de los datos personales, su uso y los derechos que tienen esos datos.
6- Adaptar los mecanismos y procedimientos para el ejercicio de derechos.
7- Valorar si el personal sanitario de Geriatría muestra sensibilización y adaptación a la LOPD.
8- Elaborar o adaptar, según nuestras posibilidades como unidad, una política de privacidad acorde a las condiciones del nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos.
9- Formar al personal para que conozcan las características, las responsabilidades y los requisitos que se deben cumplir respecto a la LOPD.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Datos del paciente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0884 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

2. RESPONSABLE ..... TERESA ESTAUN FERNANDEZ
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PORTOLES ALFARO AZUCENA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· SALDAÑA MILLAN MARTA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Para ofrecer una mejor asistencia integral y de eficacia a los pacientes del servicio de Geriatría, es necesario elaborar una Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, que ofrezca orientación e información, tanto al profesional del servicio, como al personal que se incorpore al mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Facilitar información al profesional de forma clara y precisa, recogida en la Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, tal como: estructura Física de la Unidad, estructura del Personal, de Turnos, Lencería/Vestuarios, Herramientas Informáticas disponibles…
Herramienta a disposición del profesional que ya forma parte del servicio de Geriatría como para el personal que se incorpore, inclusive el personal en prácticas. Disipando cualquier duda existente facilitando el trabajo y procurar una asistencia integral al paciente con eficacia.
Consolidar formación disminuyendo la carga formativa al resto del equipo.
Mejorar la integración en el nuevo equipo y alcanzar una mayor satisfacción laboral.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se propone para el Proyecto de la elaboración de la Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, diferentes reuniones, la primera para reparto de actividad a desarrollar por componente, otras para nuevos planteamientos, ajustes, aclarar dudas, preguntas…
Una vez finalizada la Guía, quedara a disposición de quien la precise, ofreciéndola a la recepción del nuevo profesional en el servicio de Geriatría.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Plan de evaluación sistemática de la eficacia de la Guía, cronograma que muestre momentos y espacios para la evaluación, componentes del equipo evaluador, medios y técnicas a usar para la obtención y recogida de datos por medio de indicadores.
Indicador de Logros: evaluar y lograr, que los pacientes lleven su respectiva pulsera identificativa, al final del proyecto.
Indicador de Actividades: evaluar ejecución, realización, número persona, llevar a cabo la revisión del Carro de Parada cada 1er sábado de mes junto y bajo supervisión de un/a Enfermera.
Indicador de Impacto: evaluar, cambios esperados y deseados, indicadores que permitan conocer el grado de satisfacción del profesional (ajuste de logros, expectativas, satisfacción) a través de encuestas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comenzar el proyecto para la elaboración de una Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, en cuanto se nos autorice para ello, estimando un periodo de unos 5 a 6 meses, dado por finalizado el proyecto para Noviembre del 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1051 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ GAMBOA HUARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORRALES CARDENAL JORGE E. MIR 2º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· MURILLO ERAZO CLAUDIA P. MIR 2º. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· REBOLLAR TORRES ELENA. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
· CONCEJERO PARDOS ROSA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· GRACIA MENDOZA DIANA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· PORTOLES ALFARO AZUCENA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· LARREA GIMENO JOSE LUIS. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. H NTRA SRA DE GRACIA. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El incremento global de la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas, discapacidades importantes y prolongadas fases de convalecencia favorece el terreno para que los cuidados paliativos ganen mayor importancia. A pesar de ello, existe información limitada sobre las características de los pacientes que son subsidiarios de estos cuidados.

Distintos miembros del servicio de Geriatría (FEA y MIR) y de Informática y Atención Primaria hemos presentado iniciativas de mejora de la calidad al programa de Gestión de Proyectos en el Servicio Aragonés de Salud (2015¬_545; 2016_855; 2016_1789). Se ha trabajado en la identificación y la visibilización. En este último caso favoreciendo la continuidad asistencial con Atención Primaria.

Desde el 1 de enero de 2016 al 30 de septiembre de 2017 se dieron de alta del servicio 313 pacientes subsidiarios de tratamiento paliativo. En este periodo se produce el cambio de la CIE9 a la CIE10 como instrumento de codificación de las altas hospitalarias. Con ello se produce un cambio en el código de identificación que pasa de V66.7 a Z51.5 (contacto sanitario para cuidados paliativos).

En la comunidad científica se está extendiendo una filosofía de abordaje más longitudinal en las enfermedades crónicas. Esta corriente se traduce en la teoría de los triángulos invertidos, donde en el momento del diagnóstico de enfermedad, todo profesional socio sanitario debe tener en cuenta las necesidades paliativas del paciente, permitiendo una transición fluida desde las expectativas curativas hasta los cuidados de control de síntoma y mantenimiento de la calidad de vida, el respeto a morir dignamente y el abordaje de la espiritualidad y del duelo.

Tras estas reflexiones, y habiendo conocido datos de la magnitud detectada en el servicio de este grupo de pacientes, se propone crear una línea de trabajo y mejora para implementar medidas tanto organizativas como asistenciales. Se constituye un grupo interprofesional constituido por FEA y MIR de Geriatría, Enfermería, TCAEs, Farmacéutica e Informática.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Consolidar un grupo de trabajo interdisciplinar en cuidados paliativos en Geriatría en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.
- Establecer una búsqueda activa del paciente tributario de cuidados paliativos.
- Crear protocolos en el sistema de prescripción electrónica e individualizada para el cuidado del tipo de paciente. Actualización de tratamientos.
-Organizar la atención a la agonía, tomando en consideración: privacidad de la muerte y la atención del duelo.
- Emisión de informes de alta específicos (Informes de Alta-Z51.5-CIAP A99) destinados a la difusión de la información en atención primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Sesión/sesiones de divulgación de información para trabajadores.
-Implantación del instrumento NECPAL-CCOMS-ICO.
-Actualización de protocolos ya existentes en el sistema de prescripción electrónica según las últimas guías y publicaciones.
-Puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos del paciente paliativo.
-Definir y dotar de espacios específicos para la correcta atención de la fase de agonía y el abordaje del duelo (habitación de uso individual y sala de duelo para familiares).
-Informes de alta formato Z51.5 y difusión en atención primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Indicador: Número de sesiones realizadas >1. Evaluación: estándar 100%
-Indicador: Aplicación NECPAL-CCOMS-ICO. Evaluación: estándar =12% de los ingresos anuales.
-Indicador: Protocolos farmatools realizados o revisados/protocolos farmatools de paciente paliativo existentes. Evaluación: estándar 100% protocolos.
-Indicador: Habitaciones de uso individual. Evaluación: Habilitación de 2 habitaciones.

Proyecto: 2018_1051 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

-Indicador: Informes de alta formato Z51.5. Evaluación: Número de informes/Número de pacientes NECPAL positivos =80%.
-Indicador: Sesiones en atención primaria. Evaluación: mínimo 1.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- De 1 de junio de 2018 a 31 de diciembre de 2018: desarrollo de sesiones de formación en el servicio para personal interesado para difusión del proyecto, capacitación en el manejo de escala NecPal e implantación de informes de alta.
- Dotación de recursos estructurales (habitación, sala de familiares).
- Diseño de subgrupos de trabajo y distribución de tareas.
- Año 2019: aplicación de escala NecPal, puesta en marcha de protocolos unificados de actuación farmacológica, puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos.
- Monitorización del proyecto semestral.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0474 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER FRANCO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD OLMOS ANA LAURA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PEREZ LAYO ANGELES. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· CARRASCO BARAJA VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MONEVA JORDAN JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El impacto de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) es muy elevado, tanto por su prevalencia, como por la morbi-mortalidad que conlleva y por los recursos socio-sanitarios que precisa para su tratamiento y resolución.
A pesar de la aparición de documentos de consenso y guías nacionales e internacionales (entre ellas las de la ACCP1,2) de optimización de su manejo y la realización de estudios de hipercoagulabilidad y trombofilia aconsejados en casos seleccionados, no se percibe que el número de casos de ETEV esté disminuyendo entre los pacientes no quirúrgicos.
En lo que sí coinciden las guías es en la importancia de la profilaxis de ETEV con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) ante numerosas técnicas y pacientes quirúrgicos.
Actualmente, con los estudios habituales, hasta en el 50% de pacientes con ETEV no encontramos una causa que propicie la trombosis. Es en estos pacientes, en los que la valoración del contexto familiar de ETEV (especialmente en parientes de primer grado) tiene gran importancia; aunque este dato muchas veces no se valora suficientemente. En estos casos de historia familiar significativa también es importante realizar profilaxis de ETEV aunque el estudio haya resultado negativo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal: Concienciar al paciente y a sus médicos de la importancia de realizar profilaxis de ETEV con HBPM en determinadas situaciones (no siempre relacionadas con la cirugía) en pacientes con historia familiar significativa y/o personal de ETEV, incluso para situaciones de la vida del paciente en las que no precise acudir al hospital (inmovilización, viajes en avión, gestación…).

Objetivos secundarios:
Ofrecer educación para la salud
Mejorar la calidad de vida del paciente
Disminuir las complicaciones relacionadas con su la aparición de ETEV

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar un documento informativo personalizado (con nombre y datos clínicos relacionados con antecedentes personales/familiares de ETEV) que se facilitará y explicará a los pacientes que acuden a Consulta de Hematología de los hospitales del Sector I y que han sido remitidos por antecedentes personales o familiares significativos de ETEV.
Una vez conocida la existencia de esta hoja informativa, podrá ser utilizada en otras consultas médicas, si así lo desean los facultativos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación:
Este documento informativo será evaluada por los pacientes mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento; se valorarán por la escala Likert3 con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo, en orden descendente, el 5 a muy útil y el 1 nada útil, respecto al grado de comprensión de la información recibida.
La escala de Likert se pasará a los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario, para que la cumplimenten y la entreguen al concluir la consulta.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas / nº reuniones previstas; objetivo = 85%
Elaboración del documento: nº documentos realizados; objetivo =1
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1
- Cuestionarios de Likert cumplimentados: objetivo =50
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más relevantes a incluir en el documento (todos los miembros del equipo).
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo).
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (responsable del proyecto) y comienzo de la distribución a los pacientes (Enfermera de consulta)

Proyecto: 2018_0474 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

Septiembre 2018-Diciembre 2018: evaluación y detección de áreas de mejora (responsable del proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

9. OBSERVACIONES.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Gutterman DD and Schüünemann HJ. Antitrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST. 2012 February; 141(2 suppl):S7-47. PMCID: PMC 3278060
2. Kearon C, Elle A, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease. CHEST Guideline and expert panel report. CHEST 2016;149:315-352.
3. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140: 55-65

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0475 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN LOPEZ LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FRANCO GARCIA MARIA ESTHER. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PEREZ LAYO ANGELES. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ARBIOL LATORRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· ABAD OLMOS ANA LAURA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La falta de adherencia al tratamiento del paciente con anticoagulación oral es causa conocida de complicaciones tromboembólicas o hemorrágicas. Para mantener los niveles adecuados de anticoagulación, el paciente debe adherirse lo mejor posible al tratamiento, lo que significa que su “comportamiento coincida con las recomendaciones relacionadas con su salud”1. La OMS considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública2.
Este proyecto combina la educación para la salud (optimizar los conocimientos de la población que determinan la mejora de la salud) y la promoción de la salud (empoderar a la población de la salud propia y colectiva) mediante la elaboración de 2 modelos de tríptico informativo para pacientes y familiares con indicación de tratamiento anticoagulante oral:
Modelo 1: Anticoagulantes orales clásicos (acenocumarol y warfarina).
Modelo 2: Nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán, edoxabán).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal: Ofrecer información de forma sencilla y visual que ayude a la correcta adherencia terapéutica del paciente, con independencia del tipo de tratamiento anticoagulante oral que reciba.
Objetivos secundarios:
Ofrecer educación para la salud
Facilitar la autonomía del paciente
Mejorar la calidad de vida del paciente/familia
Disminuir las complicaciones relacionadas con su tratamiento anticoagulante

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K.
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes tratados con nuevos anticoagulantes.
Los citados documentos serán distribuidos y explicados por el sanitario a los pacientes anticoagulados que acudan a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación:
Los 2 modelos de trípticos serán evaluados por los pacientes mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento, que serán valoradas por escala Likert3 con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo, el 5 a muy útil y el 1 nada útil, respecto al grado de comprensión de la información y el grado de utilidad de la información recibida. La pregunta nº 5 será destinada a sugerencias.
La escala de Likert se pasará a los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas / nº reuniones previstas; objetivo = 85%
Elaboración del documento: nº trípticos realizados; objetivo =2
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1
- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10
Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo).
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo).
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018: evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

Proyecto: 2018_0475 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

9. OBSERVACIONES.
BIBLIOGRAFÍA

1. Jazmín Rodríguez-Duarte, S. Riesgo de no adherirse al tratamiento en pacientes cardiópatas con anticoagulación oral y análisis de los factores influyentes. Revista Mexicana de Enfermería cardiológica. Vol. 21, nº 2 mayo-agosto 2013 pp57-62
2. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A y Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008; 40(8):413-7
3. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140: 55-65

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0882 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... RUTH NOEMI JORGE GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ VALERO FRANCISCO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· SAEZ ESCOLANO PAULA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· FERNANDEZ ABAD NURIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· ANDRES ARRIBAS IGNACIO. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA
· MIÑANA AMADA CRISTINA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· REBOLLAR TORRES ELENA. FARMACEUTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
ANÁLISIS Y SITUACIÓN. PERTINENCIA DEL PROYECTO
Los PROA están demostrando ser una estrategia útil para intentar frenar el acortamiento de la vida útil de los antibióticos (ATBs). El mal uso y el abuso que hemos hecho de ellos durante décadas ha generado un incontrolado incremento de las resistencias bacterianas y un estado de “crisis ATB” a escala mundial. En la actualidad los gérmenes más problemáticos se han convertido en un reto terapéutico por falta de antimicrobianos con garantías. Estos programas se posicionan en todo el mundo como armas de primera línea para hacer frente a esta preocupante situación. Tras el Documento Consenso Español del 2012 muchos hospitales españoles comenzaron a incorporarlos entre sus líneas estratégicas. Han demostrado ser programas que funcionan y en breve sean dotados de un marco legal que los acredite, los regule, y los convierta en indicadores de calidad obligatorios en todo el Sistema Sanitario Español
Nosotros comenzamos nuestra andadura a finales del 2016 con la creación de un Grupo de Trabajo (GT) y la elaboración de una serie de Guías y Protocolos para el manejo integral de los distintos síndromes sépticos del paciente crítico en el contexto de un PROA-UCI. En abril 2017, tras ser aprobado por la Comisión de Infecciones, comenzamos a implantarlo en el entorno UCI del hospital. La adherencia al programa ha sido muy buena desde el principio (>80%), y tras un año de implementación estamos convencidos de que hemos mejorado nuestra praxis, seguimos de forma más dinámica y customizada la terapia ATB de nuestros pacientes, y garantizamos terapias más costo-eficaces. Además, hemos comenzado a generar registros de actividad y resultado que nos ayudan a monitorizar y evaluar nuestra labor asistencial para poder plantear actividades de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS GENERALES
1.- Crear un GT PROA-hospitalario multidisciplinar que extienda y divulgue el Programa por el resto de los Servicios. 2.- Perseguir la implicación y el apoyo del Equipo Directivo. 3.- Perseguir la implicación de todo el personal sanitario. 4.- Ampliar las Guías y Protocolos incluyendo los procesos infecciosos menos graves, subsidiarios de ingreso en plantas de hospitalización. 5.- Garantizar terapias costoeficaces.

POBLACIÓN DIANA: a todos los pacientes con síndromes infecciosos que ingresen en nuestro hospital y requieran antibioterapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
1.- Prescripciones ATBs adecuadas, y customizadas en todo el ámbito hospitalario.
2.- Mejorar en las culturas de desescalada, secuenciación y acortamiento de terapias en toda la Institución.
3.- Monitorizar y evaluar nuestra actividad clínica en materia de infecciones
4.- Elaborar un mapa de resistencias bacterianas y registro de datos de consumo ATB anual

OBJETIVOS FUTUROS
Consolidar un PROA hospitalario con objetivos y estrategias anuales de mejora.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS
1.- Reuniones del GT PROA mensuales con feed-back trimestral de los resultados.
2.- Continuar con actividades de divulgación / concienciación del uso racional de ATBs.
3.- Elaborar e impartir un plan de formación continuada en patología infecciosa y antibioterapia acreditado por la Unidad Docente del Sector.
4.- Disponer de un clínico-PROA por Servicio para consultoría
5.- Elaborar un sistema de alertas desde el Servicio de Microbiología y Farmacia que permita realizar auditorías de recomendación.
6.- Realización de auditorías aleatorias entre los pacientes con prescripción de ATbs.
7.- Registro informatizado de la actividad y cumplimiento de protocolos para posterior análisis.

Proyecto: 2018_0882 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES Y EVALUACIÓN

EVALUACIÓN LONGITUDINAL con recogida y análisis de los datos de forma periódica

INDICADORES
A.- Indicadores de cumplimiento de protocolos:
Porcentaje de pacientes que siguen el protocolo en cuanto a: recogida de muestras previa, elección de terapia empírica, dosis y forma de administración, desescalada y duración de la prescripción. Tasa de cumplimiento total de protocolo.

B.- Indicadores de actividad, proceso y resultado:
Porcentaje de pacientes con ATBs, Días totales de ATBs y de terapia ATB combinada. Tasa de cultivos positivos y resistencias bacterianas. Gasto farmacéutico en ATBs. Porcentaje de Consultorías. Porcentaje de alertas y tipo de alerta. Porcentaje de alertas que generan una recomendación y tipo de recomendación. Tasa de aceptación de las recomendaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
RESPONSABLES:
Grupo PROA-UCI. Servicio de Farmacia y Servicio de Microbiología

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO:
Octubre 2017- 2018:
Continuar con el PROA-UCI y sus actividades de registro y monitorización
Ampliar Guías/protocolos y puesta en marcha de los sistemas de consultoría, alertas y auditorias en todo el ámbito hospitalario
Continuar con actividades de divulgación y concienciación periódicas.
Abril 17/octubre 18:
Proceso de implementación del PROA-hospitalario con sus distintas actividades
Plan de formación continuada PROA de marzo a diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0975 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

2. RESPONSABLE ..... PAULA SAEZ ESCOLANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JORGE GARCIA RUTH NOEMI. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· FERNANDEZ ABAD NURIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· GASPAR GOMEZ ANA MARIA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· SARALEGUI ORTS VERONICA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El sistema sanitario es un sistema complejo formado por un conjunto heterogéneo de profesionales sanitarios. Esta complejidad hace que, en ocasiones se produzcan errores que pueden afectar a los pacientes. Aunque cada error o evento es único, estos comparten muchas cosas en común. Muchas veces sus causas inmediatas y sobre todo los factores contribuyentes tienden a repetirse. Una vez investigados, la identificación de los factores latentes en los sistemas permitirá rediseñarlos para hacerlos más seguros.
Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje es uno de los objetivos incluidos en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) ha contado con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian para el desarrollo y la coordinación del denominado Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, SiNASP.
El MSSSI lleva a cabo la gestión global del sistema y facilita su utilización por parte de los centros sanitarios mediante un proceso de implementación coordinado y liderado por los responsables de las Comunidades Autónomas correspondientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Crear un Núcleo de Seguridad multidisciplinar constituido por personal sanitario de todos los Servicios del HNSG
2. Promover una cultura de seguridad en el personal sanitario.
3. Identificar los problemas de seguridad existentes.
4. Mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Reuniones mensuales del Núcleo de Seguridad en las que se evaluará el proceso de formación del personal sanitario en Seguridad del paciente y uso del Sistema de Notificación. Se analizarán los eventos adversos notificados, sus causas y factores contribuyentes, tratando de emitir recomendaciones de mejora.
2. Formación en seguridad al personal sanitario del HNSG, mediante pequeñas charlas impartidas durante el horario laboral. Se enseñará de forma práctica cómo notificar un evento adverso relacionado con la seguridad del paciente.
3. Colocación de pósters relacionados con la seguridad. Se colocarán en los controles de enfermería y otras zonas transitadas para fomentar la participación y enfatizar la importancia de la seguridad.
4. Difusión de las recomendaciones de mejora emitidas por el Núcleo de Seguridad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Notificaciones realizadas por cada 100 camas
Notificaciones trimestrales*100 /nº camas
Resultado óptimo > 3

Recomendaciones de seguridad emitidas
Notificaciones*100 / recomendaciones emitidas
Resultado óptimo: 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La implantación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente se llevará a cabo en 2 fases.
1º. Enero-Marzo 2018. Constitución de un núcleo de seguridad en UCI, formado por 3 médicos, 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería, todos ellos con formación previa en Seguridad del paciente. Encargados de impartir la formación en el sistema de notificación SiNASP al resto de profesionales de la UCI. El personal de UCI comenzará a notificar eventos adversos tutorizados por el núcleo de seguridad.
2ª fase: abril - diciembre 2018: Ampliación del proyecto a todos los servicios del HNSG, para ello se ampliará el grupo de trabajo con miembros de diferentes categorías pertenecientes a diversos servicios del hospital Ellos serán los encargados de liderar la formación en seguridad a nivel hospitalario.

Proyecto: 2018_0975 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1110 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM LAFUENTE MATEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ VALERO FRANCISCO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· ARMILLAS MOLINOS MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· GIL EGEA ESMERALDA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA
· PAMPLONA CALEJERO ELENA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La anemia es la patología hematológica más frecuente en el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con una etiología múltiple en la que intervienen desde factores del paciente (ferropenia previa al ingreso, procesos patológicos crónicos…), como la patología motivadora del ingreso en UCI (sepsis, politraumatizado…) y hasta las extracciones que se realizan en nuestras Unidades.
Tradicionalmente, el tratamiento más rápido es la transfusión de Concentrados de Hematíes (CH), con la finalidad de aumentar la cantidad de hemoglobina intravascular y, con ello, el transporte de oxígeno a los tejidos. De esta manera, la transfusión ha porbado su eficacia en determinadas patologías médicas y quirúrgicas, aumentando la supervivencia de los pacientes que se encuentran en situaciones de gravedad, secundaria a anemia severa o shock hipovolémico (de origen hemorrágico).
Sin embargo, a pesar de ser la medida más rápida, también es la medida más agresiva para el tratamiento de la anemia, no estando exenta de efectos secundarios, que pueden implicar un aumento de la morbimortalidad de los paciente.
En este sentido, en los últimos años, se vienen publicando una series de recomendaciones, fruto de investigaciones a nivel multicéntrico, que cada vez apoyan más las políticas restrictivas transfusionales, basándose en tratamientos médicos y quirúrgicos enfocados a la corrección de los focos sangrantes y a la optimización de la coagulación y de los factores moduladores de la inflamación en los procesos sépticos.
Así, creemos que la realización de un Protocolo de Uso de Hemoderivados, que recoja las situaciones más frecuentes en nuestro quehacer diario, ayudará a valorar de una manera racional las necesidades transfusionales de nuestros pacientes, de acuerdo a los nuevos enfoques publicados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Describir las situaciones de necesidad transfusional, de acuerdo a la bibliografía actual.
Optimizar el uso de hemoderivados en nuestra Unidad.
Protocolizar el procedimiento de administración de las transfusiones en nuestra Unidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Búsqueda bibliográfica de la situación actual del problema.
Elaboración de un Protocolo de Uso de Hemoderivados, que recoja las situaciones más habituales de nuestra UCI.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración del Protocolo del Uso de Hemoderivados.
Presentación del mismo a la Comisión de Trasnfusiones y Hemoderivados del Hospital Nuestra Señora de Gracia para su aprobación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre 2018: reparto de tareas entre los miembros del equipo.
Octubre 2018: búsqueda bibliográfica.
Diciembre-Marzo 2018: redacción del Protocolo.
Abril 2018: presentación del Protocolo a la Comisión de Trasnfusiones y Hemoderivados del Hospital Nuestra Señora de Gracia

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_1110 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1503 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· ARMILLAS MOLINOS MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· ESMERALDA GIL EGEA ESMERALDA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI
· PAMPLONA CALEJERO ELENA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UCI

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son un grave problema de salud publica a nivel mundial. Son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados. Hasta un 15% de los pacientes desarrollan una infección.
Las Infecciones del tracto urinario representan el 15%-20% de las IRAS. Hasta el 16% de los pacientes hospitalizados son portadores de una sonda uretral en algun momento de su estancia. La ITU-SU representan hasta el 40% de todas las infecciones hospitalarias. La incidencia oscila entre 3,1 y 6,4 por 1000 dias de sonda uretral.
En la UCI entre el 50% y el 80% de los pacientes ingresados son portadores de cateter uretral. Durante la primera semana del sondaje urinario el 8% de los pacientes por dia desarrollan bacteriuria de forma que el porcentaje de pacientes con bacteriuria al decimo dia alcanza el 50%. Las bacteriurias asociadas al sondaje vesical elevan la morbilidad, la mortalidad y el costo en particular si es una bacteriuria complicada. Hasta 65%-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las practicas de prevencion de infecciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL
Indicador: No de episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral / No total de días de sondaje?Estándar: = 2,7 episodios de ITU-SU / 1000 días de SU ?
Indicador: No de pacientes con ITU-SU x 100 pacientes / No total de pacientes ?
OBJETIVOS SECUNDARIOS? ?
Indicador: Día de sonda uretral / Total de estancias ?Estándar: = 0,7

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Presentación y justificación del proyecto a los miembros del servicio. Recomendaciones agrupadas en 5 paquetes de medidas:
USO APROPIADO DE LA SONDA URETRAL ?
Utilizar sonda uretral so ?lo cuando este indicado, con sistema de circuito cerrado y puerto para toma de muestras. ??
Retirar la sonda uretral cuando no sea necesaria, valorando diariamente su indicacion. ?
INSERCION ADECUADA DE LA SONDA URETRAL ??
Realizar higiene de manos inmediatamente antes y despues de la insercion o de cualquier manipulacion de la sonda uretral. ??
Utilizar una tecnica esteril de insercion. ?
MANTENIMIENTO ADECUADO DE LA SONDA URETRAL ??3.a- Mantener siempre cerrado el sistema colector (sonda uretral, tubo de drenaje y bolsa colectora). ??
Mantener el flujo de orina libre sin obstaculos en el circuito, y la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga. ?
GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ??
Los profesionales sanitarios debe recibir formacion especifica sobre la insercion y mantenimiento de la sonda uretral. ??
Los protocolos de insercion y mantenimiento de la sonda uretral deben revisarse y actualizarse, cada 3 años y/o cuando se publique nueva evidencia ??
La necesidad de mantener feed-back con los profesionales sanitarios. Los coordinadores de la unidad informara ?n periodicamente al personal sobre las tasas de ITU-SU. ?
NO HACER
Utilizar antisepticos y antibioticos en la higiene diaria.
Usar antimicrobianos profilacticos en la insercion, mantenimiento o retirada de la sonda uretral.
Cambiar de forma rutinaria y periodica la sonda uretral.
Realizar lavados vesicales ??
Tomar cultivos si no se sospecha infeccion, excepto para estudios de colonizacion. ?
Utilizar de modo rutinario de sondas impregnadas de antimicrobianos. Pautar tratamiento antimicrobiano en la bacteriuria asintomatica.
Se ajustará su realización y se iniciará la formación realizando el curso de formación online que se aprobará por el área de seguridad del paciente del ministerio de sanidad y consumo.
Se diseñarán las hojas de registro para la recogida de datos.
Se iniciará el programa en el tercer trimestre del año 2017
Se cumplimentaran encuesta de prevalencia periódicas que informen de la evolución de los indicadores.

Proyecto: 2018_1503 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

Se llevarán a cabo reuniones periódicas para valorar la marcha del programa y difundir resultados y, en su caso, diseñar acciones correctoras

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador: Día de sonda uretral / Total de estancias ?Estándar: = 0,7 ??
Indicador: No de antibióticos indicados para ITU-SU x 100 / No total de antibióticos indicados para tratar infección asociada a dispositivos Estándar: Disminuir un 10% los antibióticos utilizados para ITU-SU ?
Indicador: No de profesionales sanitarios adscritos a la UCI formados en el proyecto "ITU-ZERO" x 100 / No total de profesionales sanitarios adscritos a la UCI ?
Indicador: Actualización protocolo UCI HNSG

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio - Septiembre 2018 Abril 2020 ?
Encuesta situación trimestral
Abril Mayo 2020 presentación de resultados finales

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1077 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

2. RESPONSABLE ..... JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALIACAR MUÑOZ MARTA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· FERRANDO VELA JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· JIMENEZ SAENZ JUANA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· RAMOS D´ANGELO FERNANDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SAURA HERNANDEZ SONIA. CODIFICADOR/A. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El envejecimiento de la población en España y en toda Europa ha hecho crecer la demanda de servicios sanitarios y sociales por parte de pacientes pluripatológicos que presentan enfermedades crónicas y alta comorbilidad. Uno de los indicadores en los que se refleja este mayor consumo de recursos es el ingreso hospitalario.
La tasa de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria habitualmente utilizado.
El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos.
Conocer estos factores permitiría identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no electivo y diseñar intervenciones más efectivas para el seguimiento de estos pacientes tras el alta. Existe una gran variedad de intervenciones para disminuir el riesgo de reingresos. En general, las intervenciones fundamentadas en la continuidad asistencial, parecen ser las actividades más efectivas. .
Nuestra intervención se hará en la insuficiencia cardiaca yla enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)por ser los dos procesos con mayor número de reingresos pos causa médica en nuestro Sector. La tasa de reingreso puede identificar problemas de la calidad asistencial y posibilidades de mejora en estos dos procesos. Los servicios que participarán en el proyecto serán los que atienden a dichos procesos en el Sector.
Los Servicios implicados en el proyecto serán Cardiología, Geriatría, Medicina Interna y Neumología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Confirmar los procesos con reingresos más frecuentes en los servicios médicos de los dos hospitales del Sector Zaragoza I.
2-Identificar los factores predictivos de los reingresos hospitalarios.
3-Proponer intervenciones efectivas para reducir el riesgo o número de reingresos hospitalarios.
4- Monitorizar los reingresos en los procesos definidos tanto por Servicio como por Sector.
5- Reducir la tasa de reingresos respecto a si mismos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso.
2-Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.
3-Propuesta de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducción de reingresos en aquellas patologías más frecuentes.
4-Valorar el efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Según la evidencia disponible, podrían ser factores de riesgo del reingreso hospitalario los siguientes:
1-La morbilidad y comorbilidad.
2- Numero de ingresos hospitalarios previos.
3-La duración de la estancia hospitalaria.
4- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)
5- La capacidad funcional: limitación en las actividades de la vida diaria era un factor predictivo del reingreso hospitalario.
Estos factores permitirán clasificar a los pacientes con mayor riesgo de reingreso, realizándose la actuación en estos pacientes.
Los indicadores del proyecto serán la Tasa de reingreso antes y después de las intervenciones en el global de pacientes del Sector con insuficiencia cardiaca y EPOC, y de forma individualizada en cada Servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 2018- Presentación de la metodología de trabajo a los Servicios implicados.
Julio 2018-Resultados de tasa de reingresos antes de las intervenciones.

Proyecto: 2018_1077 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Septiembre 2018-Intervenciones generales y especificas por Servicios.
Marzo 2019-Resultado de tasa de reingresos después de las intervenciones.
Abril 2019-Comunicación de resultados a los Servicios implicados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1347 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE DOMINGUEZ SANTAREN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PORRAS RODRIGO MARIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· NAVARRO TEJERO BARBARA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· LOPEZ RIVERA ELENA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· MARCEN NAVAS ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· RODRIGUEZ ALAVA ALICIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· RUBIO CASALO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) dispone de una Unidad de correturnos de enfermería, que sustituye o refuerza determinados servicios siendo cambiantes los turnos las ubicaciones y las competencias. Por ello precisan de unos conocimientos muy amplios sobre ubicaciones, funcionamiento, recursos y aparataje.
El hospital ha presentado recientemente un Manual de Procedimientos, que queremos complementar con la creación de un documento específico que ayude al personal de nueva incorporación a ubicarse y conocer el Hospital, así como determinadas características de cada Servicio que faciliten los primeros turnos, disminuyan su ansiedad y den seguridad a los usuarios.
La acogida del personal se realiza por la Supervisora de la Unidad y son los propios integrantes de la Unidad quienes, a través de la inclusión en un grupo de chat telefónico y el préstamo de notas personales, asumen la formación de las nuevas incorporaciones al hacerse de forma progresiva y poco numerosa.
En el análisis de la situación participó de forma cooperativa toda la Unidad de Correturnos a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo. Se detectó la consecuencia “Falta de Competencia del Personal de Correturnos” analizando la estructura, la organización del trabajo y la evaluación de la competencia (Conocimientos + Habilidades personales + Actitud del personal) y se seleccionaron las áreas y las estrategias a abordar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un manual de Acogida que proporcione la suficiente información sobre el hospital y los servicios al personal de nueva incorporación a la Unidad de correturnos del HNSG.
De esta manera creemos que se incidiría muy positivamente en la mejora de la resolutividad, el sentimiento de competencia y la reducción de la ansiedad en el personal de nuevo incorporación al servicio, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Creación de un grupo de trabajo con integrantes de antigua y reciente incorporación.
2.1. Elaboración de un documento con las particularidades y puntos importantes de cada servicio.
2.2. Solicitar valoración de la supervisión de cada servicio, para su visto bueno. Presentar el documento a la Dirección para su aprobación definitiva.
2.3. Determinación de indicadores para valorar la mejora tras la implantación del proyecto.
2.4. Elaboración del cuestionario de satisfacción.
3. Implantación del manual de acogida en la plataforma adecuada.
4. Medición de los indicadores.
5. Comunicación de los resultados con el equipo.
6. Búsqueda de mejoras y actualización del manual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Estimamos oportuna la monitorización de la edición y corrección grupal de los escritos sobre los distintos servicios y la satisfacción del personal de nueva incorporación:
1. Se considerará resultado correcto una cobertura documental de los servicios superior al 80%
2. Pilotaje del Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
• Resolutividad
• Sentimiento de Competencia
• Disminución de la ansiedad
El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de estos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Es nuestra intención llevar a cabo este proyecto de mejora en un plazo máximo de tres meses. El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:

Proyecto: 2018_1347 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

1. Creación del grupo de trabajo. (Junio 2018).
2. Elaboración del manual. (Junio - Noviembre 2018)
3. Determinación de indicadores para la valoración. (Diciembre 2018)
4. Aprobación del documento final. (Diciembre 2018)
4. Implantación del documento en la plataforma adecuada. (Diciembre 2018)
5. Comunicación de los resultados con el equipo. (Enero 2019)
6. Búsqueda de mejoras. (Enero 2019)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1348 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... NATALIA COMABELLA CALLIZO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARQUINA IBAÑEZ ELENA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· LATORRE BARTOLO SILVIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· ANDRES GARCIA MARTA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· MARTIN SERRANO RAQUEL. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· VAZQUEZ ESCOLANO CRISTINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· GUARINOS RUBIO MARINA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA
· FLETA GALVEZ SARA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) dispone de una Unidad de correturnos de enfermería, que sustituye o refuerza determinados servicios siendo cambiantes los turnos las ubicaciones y las competencias. Por ello precisan de unos conocimientos muy amplios sobre ubicaciones, funcionamiento, recursos y aparataje.
La acogida del personal se realiza por la Supervisora de la Unidad. Son los propios integrantes de la Unidad quienes, a través de la inclusión en un grupo de chat telefónico y el préstamo de notas personales, asumen la formación de las nuevas incorporaciones al hacerse de forma progresiva y poco numerosa.
En el análisis de la situación participó de forma cooperativa toda la Unidad de Correturnos a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo. Se detectó la necesidad de complementar la formación del personal con la adquisición de determinadas competencias enfermeras relativas a la Dimensión Técnica: habilidades y destrezas manuales (ejecución técnica) y mentales (organización y gestión del tiempo y los recursos).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proporcionar la suficiente información sobre los procedimientos y competencias que más inseguridad producen al personal antiguo y al de nueva incorporación de la Unidad de correturnos del HNSG.
Así se incidiría muy positivamente en la mejora de la resolutividad, el sentimiento de competencia y la reducción de la ansiedad en el personal de nueva incorporación al servicio, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Creación del grupo de trabajo.
2.1 Elaboración de una Ficha del personal actual y el de nueva incorporación, con la experiencia previa en servicios especiales.
2.2. Programación de turnos de rotación obligatoria en servicios especiales como Quirófano, UCI, Urgencias, Unidad de Trastornos de la Personalidad y Farmacia.
2.3. Selección de seminarios hospitalarios, talleres y/o Video formación indispensables.
3. Implantación de las fichas, las rotaciones y la formación.
4. Medición de los indicadores.
5. Comunicación de los resultados con el equipo.
6. Búsqueda de mejoras y revisión de las necesidades de formación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Estimamos oportuno monitorizar la cobertura de los servicios de mejora ofertados así como la satisfacción del personal.
1. Cobertura de las rotaciones obligatorias. Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80%
% del personal de nueva incorporación a la Unidad de correturnos que ha completado sus turnos de rotación obligatoria /Total Nuevas incorporaciones
2. Cobertura formación en competencias: Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80%
% del personal de nueva incorporación Unidad de correturnos con formación en competencias /Total Nuevas incorporaciones

3. Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
- Resolutividad
- Sentimiento de Competencia
- Disminución de la ansiedad

Sería la supervisora de la Unidad de correturnos la encargada de completar, actualizar las fichas personales y entregar los cuestionarios de satisfacción.
El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de estos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

Proyecto: 2018_1348 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Es nuestra intención llevar a cabo este proyecto de mejora en un plazo máximo de tres meses desde la aprobación de la gerencia del HNSG.
El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:
1. Creación de un grupo de trabajo: Integrantes de antigua y reciente incorporación para la selección de los procedimientos o competencias más conflictivos en la actualidad. Elaboración del modelo de ficha de recogida de datos (Junio 2018).
2. Cumplimentación de la ficha del personal de nueva incorporación, con la experiencia previa en servicios especiales y programación de los turnos de rotación obligatoria en servicios especiales por parte de la supervisora. (Octubre 2018)
3. Programación y realización de seminarios hospitalarios, talleres y/o Video formación. (Octubre - Diciembre 2018)
4. Medición de los indicadores. (Diciembre 2018)
5. Comunicación de los resultados con el equipo. (Enero 2019)
6. Búsqueda de mejoras. (Enero 2019)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0946 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA INFORMATIVA DE ENFERMERIA DE PLANIFICACION FAMILIAR

2. RESPONSABLE ..... PEDRO RODRIGUEZ ABAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ADIEGO SANCHO ANTONIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GALVE ARGUDO BEATRIZ. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TORRES ANDRES MARIA DE LOS ANGELES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CALVO MATA NIEVES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ENRIQUEZ GRACIA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALONSO LAFON MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Ginecología en el HNSG atiende de forma exclusiva la demanda ginecológica del Sector Zaragoza I. La atención en Planificación Familiar (PF) del Sector I recientemente ha sido transferida al HNSG . Este tipo de asistencia sanitaria dependía de Atención Primaria, pasando recientemente a Atención Especializada. No se han facilitado medios personales, ni materiales en esta nueva demanda asistencial.
Recientemente el Servicio abrió unas consultas en horario de tarde para atender la jornada compensatoria por cesar de hacer guardias de dos de los componentes del Servicio (Dr. Pedro Rodríguez y Dr. Antonio Adiego). Al tiempo se centralizaron estas consultas de tarde en consultas de PF debido a que así se nos indicó.
Estas consultas de PF han recogido una fuerte demanda de métodos anticonceptivos de larga duración, como DIUs e Implantes, pero también usuarias que acuden sin gran información para recibir consejo sobre PF. Debido al tiempo limitado de tanto estas consultas especializadas de PF como en el resto ginecológicas, se ha visto la oportunidad de crear una consulta de PF en la que su exclusivo fin sería facilitar información sobre métodos anticonceptivos, su pertinencia, su disponibilidad, la toma de decisiones, valoración de complicaciones, efectos secundarios etc.… Proveer información cuando sólo se necesite ésta y no atención médica especializada.
El Servicio de Ginecología en la actualidad dispone de espacio material para acoger una consulta de consejo en PF y personal adecuado para su respaldo. Existe un día semanal (lunes) que hay un espacio de consulta disponible. El Servicio también dispone de enfermería fija adscrita al Servicio, que aunque no disponen de especialización en esta materia, han trabajado en ginecología durante años y por lo tanto tienen mucha experiencia en PF. Se impartirán protocolos de información y actuación en PF.
Este grupo de enfermeras, en concreto cuatro, serían las encargadas de atender la consulta y dar información a las usuarias que lo requieran. Estas pacientes procederán de los volantes de citaciones para PF de los Médicos de Familia que son valorados en un “triaje” diariamente. También se derivarán de nuestras propias consultas especializadas una vez sea recibida la demanda de PF y se considere que la atención en esta consulta está indicada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proveer asesoramiento básico en Planificación Familiar por Enfermería mediante la creación de una consulta de Información en Planificación Familiar. Disminuir la demanda en este tema facilitando acceso a las usuarias a la Planificación Familiar, tanto a la información misma sobre el tema, como la citación hacia la consulta especializada en PF que fuera necesaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Apertura de una Consulta de Enfermería para información y asesoramiento en Planificación Familiar.
Se promoverá formación adicional a la enfermería encargada de gestionar la consulta de nueva creación. Impartición de charlas y acceso a información escrita sobre el tema.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores serán el número de consultas abiertas por tiempo y número de usuarias atendidas en las consultas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Esta consulta se pretende implantarse nada más finalizar el mes de agosto. Deberá de ser operativa en la segunda quincena de septiembre y normalizada su actividad al final del año 2018. Puede comenzarse a media jornada inicialmente y ampliarse su duración en función de la demanda.

9. OBSERVACIONES.
Inicialmente atendería la demanda generada en nuestras propias consulta y en función de los resultados podría extenderse su actividad a los Médicos de Atención Primaria para la derivación directa de usuarias.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes

Proyecto: 2018_0946 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA INFORMATIVA DE ENFERMERIA DE PLANIFICACION FAMILIAR

·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoncepción
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Anticoncepción

Proyecto: 2018_1416 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SESE SANZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ GONZALEZ CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SUÑER SUÑER SILVIA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BERNAL BECERRA ANA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ZAERA CARCELLER CARMEN. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
AUSENCIA DE DOCUMENTO CON INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES AL INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PACIENTE Y ACOMPAÑANTES, QUE PLANTEÓ LA NECESIDAD DE REALIZAR UN TRIPTICO INFORMATIVO, QUE DEFINA LA UNIDAD Y APORTE CONSEJOS GENERALES

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-AUMENTAR LA INFORMACION SOBRE EL INGRESO Y PERMANENCIA EN LA UNIDAD TANTO AL PACIENTE COMO A LOS ACOMPAÑANTES
-MEJORAR LA CALIDAD DE ASISTENCIA AL PACIENTE
-DISMINUIR LA ANSIEDAD DEL PROCESO DEL INGRESO AUMENTANDO LA SEGURIDAD Y CONFIANZA
-AUMENTAR LA MOTIVACION E IMPLICACION DE TODO EL EQUIPO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1 REUNIONES DEL EQUIPO PARA LA ELBORACION DEL TRIPTICO
2REVISION DE GUIAS Y DOCUMENTACION DE OTROS HOSPITALES
3ELABORACION DEL TRIPTICO
4DISEÑO DE ENCUESTA DE VALORACION SOBRE EL TRIPTICO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
NUMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE ENTREGA EL TRIPTICO Y NUMERO DE PACIENTES SATISFECHOS CON LA INFORMACION

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
FECHA DE INICIO: SEPTIEMBRE 2018
FECHA DE FINALIZACION:ABRIL 2019
1 REUNION DEL EQUIPO EN SEPTIEMBRE DE 2018
2 REVISION DE GUIAS Y DOCUMENTACION DE OTROS HOSPITALES
3 ELABORACION DEL TRIPTICO: ABRIL DE 2019
4 DISEÑO ENCUESTA DE VALORACION: ABRIL DE 2019
5 CHARLA EXPLICATIVA AL RESTO DEL EQUIPO ASISTENCIAL

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE QUIRURGICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0878 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO BLASCO MARTINEZ
· Profesión ..... OPTICO-OPTOMETRISTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PINILLA BOROBIA JUAN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· SORIANO PINA DIANA. OPTICO-OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· FUENTES BERNAL JUAN LUIS. OPTICO-OPTOMETRISTA. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· DEL PRADO SANZ EDUARDO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La unidad de Alta Resolución en Cirugía de Cataratas Ambulatoria (ARCCA), del H NTRA SRA Gracia, integra asistencia clínica pre y postoperatoria, docencia universitaria de los grados en medicina y optometría e investigación.
Para llevar a cabo todas estas actividades, se dispone de material de exploración especializado como el Keratograph 5M, OQAS II, Aberrómetro, topógrafo, biomicroscopios, OCT y biómetro.
Sin embargo, todos estos aparatos son de uso de un solo operador, por lo que para el ejercicio de la docencia, investigación y educación/información al paciente es difícil transmitir información con buena calidad. Otros aparatos exploratorios, como la OCT, sólo pueden ser seguidos por el operador, impidiendo una adecuada explicación, ya sea docente para los grupos de alumnos o inteligible para el paciente.
Es necesario un sistema de divulgación del conocimiento que se obtiene en la realización de las pruebas a tiempo real e in situ, tanto para informar al paciente de los resultados de sus pruebas como para mejorar la calidad docente de los alumnos de medicina y óptica

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La mayoría de los equipos anteriormente descritos disponen de una conexión a ordenador y/o HDMI para otras pantallas. El objetivo es conectar todos los aparatos a pantallas de visualización, (monitores, televisiones, etc.).
También instalar y conectar una cámara acoplada al biomicroscopio.
El fin de estos nuevos materiales y conexiones es visualizar para toda la sala lo mismo que ve el operador al realizar la prueba y el resultado final, mejorando la asistencia, la docencia e investigación, por lo que la población diana sería tanto los alumnos como los pacientes a la hora de informarles.
Para ello, es necesaria la formación de nuestro personal del servicio para la utilización de estas nuevas tecnologías

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se dispondrá de televisiones independientes colocadas en las consultas.
Se conectarán los aparatos a dichas televisiones mediante cables HDMI. Las conexiones que se quieren realizar se detallan a continuación:
Sala de reuniones: el ordenador irá conectado mediante un cable HDMI de 1m a la roseta de la pared, la cual lleva la señal a las dos televisiones de pared. Puesto muy útil para la realización de conferencias, reuniones, docencia e investigación.
Sala de iluminación 2: se instalará una cámara acoplada al biomicroscopio y se conectará a un ordenador. Éste ordenador se conectará a su vez a la televisión de su consulta a través de la conexión en la pared, mediante un cable HDMI de 4m. Puesto muy útil para docencia, investigación e información al paciente.
Sala de tecnologías: el ordenador necesario para guardar los datos del aberrómetro se conectará mediante un cable HDMI de 2m a la roseta de la pared y ésta a la televisión de esta consulta.
Sala de exploraciones: el ordenador necesario para manejar el OCT irá conectado a la roseta de la pared mediante un cable HDMI de 5m y ésta a la televisión de la pared.
Sala de espera: se elaborará una presentación en diapositivas con información útil para el paciente en cuanto a instrucciones preoperatorias y postoperatorias en la cirugía de cataratas, números y lugares de interés, etc. Dichas diapositivas se presentarán mediante un dispositivo USB conectado a la televisión.
Se formará al personal de oftalmología (médicos, enfermería, auxiliares y optometristas) para la utilización de estas conexiones y garantizar su funcionamiento correcto a diario

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La conectividad exitosa de cada aparato u ordenador a su televisión o monitor correspondiente será un indicativo de éxito. Se realizarán pruebas a diario con los aparatos comprobando que se puede visualizar a tiempo real lo mismo que el operador ve.
Todas las mañanas un miembro del personal se encargará de enchufar todos los aparatos. En el último turno de tarde, otro miembro del personal se encargará de apagarlos todos.
Si hay alguna incidencia se encargarán de ponerse en contacto con el responsable del proyecto para que valore, qué profesional puede resolver el problema

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio: enero del 2019, Fecha finalización: abril del 2019
Instalación de televisiones y evaluación de su funcionamiento: enero 2019. Responsable: Juan Luis Fuentes

Proyecto: 2018_0878 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Instalación de cámara acoplada a biomicroscopio: enero 2019. Responsable: Diana Soriano
Conexión de aparataje a su televisión correspondiente: febrero 2019. Responsable: Juan Pinilla
Mejora de la estética de los cables utilizados mediante el uso de embellecedores anclados al rodapié: marzo 2019. Responsable: Eduardo Del Prado
Elaboración de diapositivas informativas para sala de espera: marzo 2019. Responsable: Alejandro Blasco
Prueba y solución de errores. Formación del personal: abril 2019. Responsables: Juan Pinilla y Alejandro Blasco
La formación se impartirá de 8:15h a 8:45h y de 15:15h a 15:45h durante todo el mes de abril

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1103 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA MEDIANTE OCT

2. RESPONSABLE ..... CARMEN SANCHO REDONDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BAZAN GIMENEZ PABLO. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· SEGURA CALVO FRANCISCO. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· FERNANDEZ PEREZ SERGIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· ORDUNA HOSPITAL ELVIRA. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El edema macular diabético es una de las principales causas de pérdida de agudeza visual en la población diabética. Su complejidad, unida a la aparición de nuevos métodos de diagnósticos así como de novedosas alternativas de tratamiento, hace que el enfoque de esta enfermedad suponga un importante reto para el oftalmólogo. La duración de la enfermedad, el tipo de diabetes y el control de la misma son determinantes para su aparición. Una atención temprana permite una gran mejora en la calidad y función visual de estos pacientes. La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una técnica que permite detectar pequeñas diferencias en la anatomía macular de los pacientes siendo una herramienta muy útil para el despistaje precoz de esta patología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Detectar de manera temprana la presencia de edema macular en la población diabética
-Analizar los cambios arquitectónicos en la OCT macular de los pacientes diabéticos en comparación con la población normal

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Al acudir a la consulta se realizará una anamnesis completa especificando el tipo de diabetes, edad, duración de la misma y su control metabólico.
En nuestros CME se realizará una toma de agudeza visual corregida, tensión ocular, fondo de ojo bajo midriasis y OCT macular de los pacientes diabéticos. También a pacientes sanos que servirán de control.
Se catalogarán las diferencias en micras de la OCT macular por grupos de edad comprendiendo 3 categorías (de 20 a 40 años; de 41 a 60 años y de 61 en adelante).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Presencia o ausencia de EMD y su relación con el tipo de diabetes y control metabólico
Diferencias en micras de la OCT macular entre los pacientes diabéticos y la población normal
Diferencias en micras de la OCT macular por grupos de edades
Diferencias en micras de la OCT macular por tipo de diabetes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2018-junio 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1113 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

2. RESPONSABLE ..... PABLO BAZAN GIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO REDONDO CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· SEGURA CALVO FRANCISCO. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· FERNANDEZ PEREZ SERGIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· ORDUNA HOSPITAL ELVIRA. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El glaucoma es una de las principales causas de ceguera irreversible en el mundo.
Esta enfermedad se caracteriza generalmente por el aumento patológico de la presión intraocular y tiene como condición final común una neuropatía óptica con pérdida progresiva de las fibras nerviosas del nervio óptico y cambios en su aspecto.
La mayoría de las personas afectadas no presentan síntomas en las primeras fases de la enfermedad; más adelante aparecen defectos en el campo visual y pérdida progresiva de visión. La aparición de estos síntomas puede significar que la enfermedad está en un punto avanzado de su evolución.
La hipertensión ocular (HTO), por el contrario, supone un aumento en la presión intraocular de los pacientes sin daño glaucomatoso asociado. Sin embargo, los pacientes con HTO pueden tener un mayor riesgo de desarrollar glaucoma en el futuro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Detectar de manera precoz aumentos significativos en la PIO de los pacientes atendidos en la consulta de oftalmología del CME
Detectar pérdidas de la capa de fibras nerviosas retinianas (CFNR) que puedan estar asociadas a la presencia de glaucoma
Detectar diferencias en la CFNR de los pacientes con sospecha de glaucoma y la población general
Ajustar la PIO en base a la paquimetría de estos pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Al acudir a la consulta se realizará una anamnesis completa especificando la edad, presencia de enfermedades de riesgo cardiovascular y antecedentes familiares de glaucoma.
En nuestros CME se realizará una toma de agudeza visual corregida, tensión ocular, paquimetría, exploración papilar en el fondo de ojo y OCT de CFNR papilar de los con HTO o sospecha de glaucoma.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Presencia de disminución en la CFNR de los pacientes con HTO o sospecha de glaucoma
Porcentaje de pacientes con HTO en los que se detectan alteraciones en la OCT papilar
Variaciones en la PIO ajustada según la paquimetría
Porcentaje de pacientes en los que se acaba instaurando tratamiento anti glaucomatoso

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2018- febrero 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1179 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES MARTINEZ MARCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ORTOGERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· HERNANDEZ LANGARITA JAVIER. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA
· BORRAZ ABADRIA MARIA FELISA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. ORTOGERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes que ingresan en la unidad de orto geriatría, son pluripatológicos en general y añadir la fractura de cadera, da lugar a una delicada situación tanto para pacientes como familiares difícil de afrontar, que les genera miedo, ansiedad y desconocimiento de como sobrellevarla. Al ingreso se les informa por parte del personal médico y de enfermería de las necesidades y situaciones que suelen darse en este tipo de patología, así como de los horarios y pautas protocolizadas para una eficiente recuperación. Pero tanto al familiar como a los pacientes les cuesta asimilar toda la información, por lo que consideramos que es mucho más eficaz hacerlo a través de un tríptico donde quede plasmada de forma clara y concisa esta información.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la información.
Hacer llegar la información a todos los pacientes que ingresan en la unidad.
Informar de una forma clara y concisa al paciente y familiares que ingresan en la unidad de orto geriatría de las pautas, necesidades y recomendaciones para una eficaz recuperación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Recoger y actualizar toda la información que se da al ingreso del paciente tanto escrita como oral y consensuar entre el equipo la más adecuada. Se realizaran dos reuniones 1ª al inicio para aunar la información y agruparla para el diseño del tríptico, repartir el trabajo de diseño en cuanto a plantilla y fotos y/o dibujos. 2ª reunión donde se presente el boceto y realicen los cambios si fueran necesarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Conseguir ofrecer el tríptico a todos los ingresos de la unidad. 100%
Porcentaje de satisfación del usuario en cuanto a la información dada a través de entrevista
Evaluación se plantearía para un posterior proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1ª reunión mayo de 2018
2ª reunión noviembre de 2018
Presentación final del documento en enero 2019

9. OBSERVACIONES.
La unidad de orto geriatría acoge a los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0855 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LABARTA VIÑALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CASTELLOTE ARMERO AMPARO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· NAYA GALVEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DAMBORENEA TAJADA JORGE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· HERRERO EGEA ANA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La poliposis nasosinusal es una patología frecuente en pacientes con rinitis, de carácter crónico y que precisa un diagnostico precoz, un manejo medico adecuado e indicación precisa de tratamiento quirúrgico.
Esta patología absorbe gran cantidad de recursos sanitarios, por lo que conviene unificar criterios para su manejo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Consensuar un protocolo unificado de actuación para todos los facultativos especialistas del Sector I, dirigido a todos los pacientes asignados de nuestro Sector con Poliposis Nasal
- Procedimientos diagnósticos y exploraciones complementarias a solicitar
- Pautas de tratamiento medico
- Indicaciones quirúrgicas
- Manejo pre y postoperatorio del paciente tributario de Cirugía Endoscópica Nasal

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Planificar sesiones clínicas entre los miembros del Servicio para unificar criterios de actuación.
- Realizar búsquedas bibliográficas y de literatura científica sobre esta patología
- Fomentar la participación de miembros del Servicio en Cursos y Congresos.
- Realizar sesiones con Servicios de ORL de diferentes Sectores Sanitarios

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Revisión de Historias clínicas de pacientes controlados en Nuestro Servicio para analizar el correcto cumplimiento del protocolo establecido

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Fecha prevista para formalizar el protocolo: ultimo trimestre de 2018
- Implantación del protocolo: primer trimestre de 2019.
- Valoración de resultados: ultimo trimestre de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0049 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ CANCER DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... PILAR MOREO BERGADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUSTO FERRER CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
· COARASA CERDAN ANA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
· TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
· TORRALBA OLLOQUI PALOMA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
· MARCO LARRAGA ROGELIO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
· MORENO MARIN MARIA PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por zonas de salud en abril de 1999 en las provincias de Zaragoza y Teruel con la participación de todas las instituciones sanitarias.

La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años.

La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.
Las actividades del programa se desarrollan por zonas de salud, las mujeres son citadas mediante una carta personalizada para acudir a una Unidades fijas situadas en Hospital Nª Sra de Gracia en Zaragoza y Sagrado Corazón de Jesús en Huesca y en Unidades móviles, que se desplazan a las cabeceras de las zonas de salud. Allí se les realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
Es un Proceso multidisciplinar, complejo en su organización, que debe asegurar en todo momento la calidad y la continuidad de sus actividades. El proceso se documentó convenientemente en sus inicios tanto en la secuencia de actividades como en sus procedimientos.
En la actualidad y, tras años de funcionamiento, es necesario actualizar el documento introduciendo todos los cambios que se han producido y aprovechando para analizar las secuencias de actividades y consensuar modificaciones si fuera así considerado.
En el Programa de prevención de cáncer de mama participan distintos Servicios, de distintos sectores y hospitales, también distintas categorías profesionales. Esta circunstancia enriquece el trabajo, añade un reto para asegurar la continuidad y el seguimiento y hace que sea muy importante delimitar las responsabilidades en cada paso del proceso y en la coordinación de todos ellos.
Tras haber documentado el proceso general de Programa de detección precoz de cáncer de mama a nivel autonómico, se hace necesario implementar los criterios consensuados a nivel provincial, recogiendo las peculiaridades de infraestructuras y de personal de las diferentes unidades de gestión

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Esperamos tener documentado el PPCM en la Unidad de Gestión de Zaragoza, con sus subprocesos identificados y con un pequeño cuadro de mandos con los indicadores de cada uno de ellos medidos periódicamente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el proceso intervienen distintas categorías profesionales en actividades que, aunque deben asegurar la continuidad y el seguimiento, se pueden perfectamente delimitar por lo que en principio, se pretende:

?Crear un Grupo de mejora de en la unidad de gestión de Zaragoza integrado, al menos por las Médicos de gestión y los radiólogos lectores del Programa. En alguno de los subprocesos se incluirá también profesionales imprescindibles en sus actividades (Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico, Auxiliar de clínica y Auxiliares administrativos)
? Realizar un mapa general del proceso
? Someter a la valoración de todos los profesionales de la Unidad de gestión de Zaragoza del PPCM el mapa realizado
? Identificar los subprocesos del Programa
? Priorizar aquellos subprocesos que sean más prioritarios para comenzar con ellos la documentación
? Nombrar propietarios de los procesos
? Identificar indicadores de medida de cada uno de los subprocesos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2018_0049 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ CANCER DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

? Mapa del proceso PPCM realizado SI / NO
? Subprocesos identificados SI / NO
? Identificación de, al menos, 1 indicador / proceso SI / NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
? Creación grupo de mejora: Abril 2018
? Mapa de proceso: Mayo 2018
? Subprocesos identificados y priorizados y documentados: Tercer trimestre 2018
? Indicadores seleccionados: medida trimestral
?

9. OBSERVACIONES.
El Programa de Detección Precoz de cáncer de Mama sigue los criterios marcados por la Unión Europea, Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003,el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003)

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0134 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... ANA COARASA CERDAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONGE DE MIGUEL JACINTO. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· ANDRES GARCIA PILAR. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· LANAU PUEYO MARIA JOSE. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· FRANCO CATALAN CONCEPCION. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· RODRIGO VILLAMOR FRANCISCO JOSE. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· FRANCO PARICIO CARINA. TER. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· MOREO BERGADA PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por zonas de salud en abril de 1999 en las provincias de Zaragoza y Teruel con la participación de todas las instituciones sanitarias.
La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años. La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.
Las actividades del programa se desarrollan por zonas de salud, las mujeres son citadas mediante una carta personalizada para acudir la Unidad fija situada en Hospital Nª Sra de Gracia en Zaragoza o a la Unidad móvil, que se desplaza a las cabeceras de las zonas de salud rurales. Allí se les realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
Con el trabajo de documentación del proceso que se está realizando, se han identificado subprocesos que precisan de sistematización, documentación y nombramiento de responsables de los mismos.
Uno de los aspectos claves para garantizar la calidad del proceso es realizar las mamografías con técnica correcta según los criterios previamente establecidos y, siempre, con la aprobación del Radiólogo que las interprete. Esta calidad repercute en una imagen mas adecuada para el diagnóstico y evita en gran parte uno de los efectos indeseables del programa que es la repetición de la mamografía por problemas técnicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Documentar el subproceso “realización de mamografía de cribado y recribados”
- Identificar los criterios de calidad de la mamografía de cribado
- Definir indicadores de calidad del subproceso para evaluar periódicamente la calidad de la mamografía de cribado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se documentará el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
- Se identificarán los indicadores de cada actividad que permitan evaluar la calidad del proceso

Se siguen los criterios marcados por la Unión Europea, Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003,el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? Mapa del subproceso realizado SI / NO
? Existencia del documento del subproceso SI/NO
? Mamografías repetidas por problemas técnicos
? Nº de mamografías con problemas técnicos/Nº total de mamografías realizadas (<1%)
? Satisfacción de las usuarias con la información recibida acerca de la técnica (% de usuarias satisfechas o muy satisfechas en relación a las que realizan la encuesta) será superior o igual al 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0134 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

- Creación grupo de mejora: Abril 2018
- Mapa de proceso: Mayo 2018
- Subprocesos identificados y priorizados y documentados: Tercer trimestre 2018
- Indicadores seleccionados: medida trimestral

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0940 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA PERSONALIDAD (UTCA-TP) EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MARTINEZ PLANAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ CALVO MERCEDES. PSICOLOGO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UTCA-TP
· GIL SILVA CELESTE. PSIQUIATRA. H NTRA SRA DE GRACIA. UTCA-TP
· ORNAT JORDAN PILAR. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. UTCA-TP
· TOMEO FERRER MONICA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UTCA-TP
· SORO RAMIA PILAR. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UTCA-TP
· LUNA TOLOSA ELENA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. UTCA-TP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Evaluado un proyecto de mejora de la calidad en el servicio denominado: "Evaluación de la percepción subjetiva de satisfacción de los usuarios del Hospital de día de la Unidad de trastornos alimentarios del hospital Nuestra Señora de Gracia"(presentado en la convocatoria 2017), encontramos que los pacientes hubieran agradecido conocer de antemano aspectos como la estructura física del dispositivo, equipo integrante del mismo y organización de la actividad asistencial diaria. Las líneas estratégicas del salud además priorizan las intervenciones que favorecen la adherencia a los tratamientos en pacientes de salud mental. Una buena adherencia previene recaídas, reducción de las visitas a los servicios de urgencia y evita reingresos con lo coste efectivo que supone para el sistema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los pacientes visitaran el dispositivo antes de su ingreso en el mismo
Los pacientes conocerán las normas del dispositivo
Los pacientes sabrán que tipo de tratamientos y actividades asistenciales van a realizar
Los pacientes conocerán a los miembros del equipo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un triptico explicativo de funcionamiento del dispositivo
Puesta en común con el equipo de mejora y realización de las modificaciones oportunas
Planificar en que va a consistir la visita guiada al paciente y que profesional la va a realizar
Organizar 2 reuniones de revisión del contenido del contrato terapéutico corrigiendo aquellos aspectos no actualizados
Monitorizar la entrega del triptico facilitando al paciente un teléfono para la resolución de dudas
Evaluación de los resultados obtenidos
Elaboración de las conclusiones y memoria del proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El 90% de los pacientes recibirán el triptico informativo
El 90% de los pacientes visitaran el dispositivo previo al ingreso
Se realizara un mínimo de 4 reuniones de equipo para revisión del contrato terapéutico, seguimiento del proyecto y evaluación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La elaboración del triptico comenzara en Junio de 2017, con una duración de un mes
En Julio revisión del borrador del triptico e impresión de los ejemplares
En septiembre inicio de reparto del nuevo triptico y de la visita guiada al dispositivo
En octubre revisión del contenido del contrato terapéutico y realización de modificaciones durante un mes.
En noviembre reunión de evaluación y en diciembre presentación de la memoria

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0205 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

2. RESPONSABLE ..... ABRAHAM JOSE MENDOZA DILOY
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMBRA LINES MARIA PILAR. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· CHAMORRO LASALA MARIA JESUS. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· ROMO CALVO LAURA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· GALLEGO MURILLO MARIA JESUS. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· MONTAÑES ARRIBAS JUAN CARLOS. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· MENDIVIL UCEDA ANA MARIA PILAR. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Electroterapia es una parte de la fisioterapia que tiene sus propias normas de aplicación. El objetivo del proyecto es mejorar la comunicación entre el equipo multidisciplinar del servicio de electroterapia de atención especializada del sector I de Zaragoza(rehabilitación) con los usuarios de dicho servicio, mediante:
a) Elaboración de un manual del usuario (tríptico), que explique las normas y solucione las dudas para un mejor funcionamiento y una mayor optimización de las sesiones de electroterapia.
b) Mejorar la comunicación del equipo multidisciplinar de rehabilitación
c) Crear una encuesta de satisfacción para saber si estos objetivos han sido cubiertos y en qué grado

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La propuesta es crear y distribuir un tríptico con los siguientes objetivos:

a) Dar al usuario información sobre las normas del servicio de electroterapia
b) Optimizar las sesiones de electroterapia
c) Mejorar las vías de comunicación entre el paciente y el servicio de electroterapia
d) Informar al paciente de los riesgos en caso de marcapasos, embarazo, etc…
e) Anticipar las dudas o problemas más comunes que se suelen presentar
f) Dotar al usuario del servicio de una encuesta de satisfacción
g) Valorar si el tríptico cumple con los objetivos deseados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear un tríptico informativo del servicio de electroterapia
• Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear una encuesta de satisfacción del servicio de electroterapia
• Informar a todos los profesionales implicados en el servicio de electroterapia de este sector, de la existencia del tríptico y la encuesta de satisfacción, informales sobre su distribución (se entregarán conjuntamente un número concreto de encuestas y de tripticos, en las consultas de médico rehabilitador, para su posterior evaluación), y recogida de encuestas (en el servicio de electroterapia del Hospital Nuestra Señora de Gracia y/o Hospital Royo Villanova de Zaragoza) y valoración/evaluación por el equipo del proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Indicador: Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de electroterapia después de haber sido derivado por el FEA rhb
Descripción: Nº de pacientes que reciben el tríptico/Nº de pacientes derivados a electroterapia por un FEA rhb X 100
Fuente: Registro de pacientes derivados a electroterapia del Sector I.
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de encuesta rellenadas por los usuarios que han recibido el tríptico
Descripción: Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de pacientes que reciben el tríptico/encuesta X100
Fuente: Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar : 60-70%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida en el tríptico del servicio de electroterapia
Descripción: Nº de pacientes de pacientes que consideran importante la información recibida/ Nºde pacientes que reciben el tríptico X 100
Fuente:Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar: 70-80%

Proyecto: 2018_0205 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con el trato global recibido en el servicio de electroterapia
Descripción:Nº de pacientes satisfechos con el trato global en el servicio/Nº de pacientes que reciben la encuesta X100
Fuente: Recogida de encuestas
Estandar: 70-80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio con la reunión del equipo del proyecto en Abril 2018
Se establecerán las reuniones y se distribuirán los trabajos para la creación del tríptico y la encuesta de satisfacción y las reuniones de información al servicio de rehabilitación del sector.
Septiembre distribución de los trípticos con la encuesta de satisfacción
Finales de Noviembre recogida y valoración
Diciembre presentación de los resultados obtenidos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Rehabilitación. Pacientes externos derivados a
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0229 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR CAMBRA LINES
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· ARTIGAS GARCIA ANA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· VALERO TOMAS ESMERALDA. FISIOTERAPEUTA. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· PUENTE OTIN SILVIA. FISIOTERAPEUTA. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· HERNANDEZ FLETA FABIOLA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· BONED BLANQUEZ MARISA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El ejercicio de la fisioterapia conlleva una serie de normas y necesidades que el usuario debe conocer para optimizar las sesiones y el tiempo de las mismas, por lo que planteamos presentar un plan de acogida para el usuario en un tríptico que explique y resuma todas las normas del servicio de fisioterapia y resuelva las dudas.
La elaboración de este tríptico conlleva una mayor comunicación con el equipo multidisciplinar del servicio de rehabilitación del Sector I de Zaragoza y una mejora la comunicación entre los hospitales del sector (Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova)
Para valorar la efectividad de un tríptico se presentará una encuesta de satisfacción donde el usuario participará de forma activa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
objetivos:
a) Informar al paciente de las recomendaciones en la unidad de Fisioterapia/Terapia ocupacional
b) Optimizar las sesiones de Fisioterapia/Terapia ocupacional
c) Mejorar las vías de comunicación entre el paciente y la unidad de Fisioterapia/Terapia ocupacional
d) Anticipar la resolución de los problemas más comunes que se suelen presentar
e) Dotar al usuario de una encuesta de satisfacción con el servicio recibido
f) Valorar si el tríptico cumple con los objetivos deseados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear un tríptico informativo para los pacientes derivados a fisioterapia especializada y Terapia Ocupacional en los Hospitales del Sector I de Zaragoza
b) Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para elaborar una encuesta de satisfacción que evalúe el tríptico anterior
c) Reunirse con los profesionales implicados en el servicio de Rehabilitación del Sector I (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapuetas y Terapia Ocupacional) para explicarles la existencia del tríptico y de la encuesta de satisfacción e informarles sobre su distribución (Se entregaran conjuntamente un número determinado de trípticos y encuestas,en la consulta del FEAs), y se recogerán en urnas disponibles en los gimnasios de fisioterapia especializada de ambos hospitales del sector, para su posterior evaluación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Indicador: Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de gimnasio después de haber sido derivados a fisioterapia especializada por el FEA rhb:
Descripción: Nº de pacientes que reciben el tríptico/Nº de pacientes derivados a fisioterapia especializada por un FEA rhb X 100
Fuente: Registro de pacientes derivados a electroterapia del Sector I.
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de encuesta rellenadas por los usuarios que han recibido el tríptico del gimnasio
Descripción: Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de pacientes que reciben el tríptico/encuesta del gimnasio X100
Fuente: Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar : 60-70%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satifechos con la información recibida en el tríptico del gimnasio del servicio de fisioterapia especializada
Descripción: Nº de pacientes de pacientes que consideran importante la información recibida/ Nºde pacientes que rellenan la encuesta del gimnasio X 100
Fuente:Recogida de encuestas en los hospitales del sector I

Proyecto: 2018_0229 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con el trato global recibido en el servicio de fisioterapia especializada
Descripción:Nº de pacientes satisfechos con el trato global en el servicio de fisoterapia especializada/Nº de pacientes que rellenan la encuesta X100
Fuente: Recogida de encuestas
Estandar: 70-80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio con la reunión del equipo del proyecto en Abril 2018
Se establecerán las reuniones y se distribuirán los trabajos para la creación del tríptico y la encuesta de satisfacción y las reuniones de información al servicio de rehabilitación del sector.
Septiembre distribución de los trípticos con la encuesta de satisfacción
Finales de Noviembre recogida y valoración
Diciembre presentación de los resultados obtenidos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. rehabilitación pacientes externos derivados a gimnasio de fisoterapia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0234 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ..... TERESA ANAYA GIL
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRAN EMBID SILVIA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· VIZAN IDOIPE TERESA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· HERNANDEZ FLETA FABIOLA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· LACARTA CHAVARRIAS MARIA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· SANZ RODRIGUEZ ESTER. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· CORTES GIL ROSA ANA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· MUÑOZ DIESTRE MARIA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha detectado la ausencia de un documento formal para que los pacientes que se hallen recibiendo un tratamiento de fisioterapia (ya sea en gimnasio o en electroterapia) o de terapia ocupacional (TO) y deseen suspenderlo por razones personales, firmen bajo su responsabilidad, solicitando de esta manera el ALTA VOLUNTARIA (AV) de dicho tratamiento.
Según el artículo 4 de la Ley 6/2002 (15 de Abril) de Salud de Aragón, el paciente debe recibir información adecuada y comprensible sobre su proceso asistencial, y así lo especifica en el documento de alta voluntaria.
Asimismo, conforme al artículo 5 de la citada ley, el paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos en los que no se acepte el tratamiento (o se produzca el desestimiento del mismo).
De negarse a ello, la dirección del correspondiente Centro Sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta.
En la actualidad, al no existir un documento formal para este supuesto, es la Supervisora del Servicio de Rehabilitación la que elabora una hoja para que el paciente firme, asumiendo de este modo la responsabilidad sobre la interrupción del tratamiento pautado por su médico rehabilitador.
No obstante, en una gran mayoría de las ocasiones el paciente abandona el tratamiento sin dejar constancia expresa, e incluso por vía telefónica. Esta circunstancia se registrará igualmente en el documento de AV, aún en el caso de que el paciente no lo firme.
Por los motivos expuestos, el Servicio de Fisioterapia y Terapia Ocupacional mejorará por el hecho de estandarizar un formulario para esta circunstancia tan frecuente, posibilitando de este modo el registro de las altas voluntarias y abandonos de tratamiento, que ralentizan y entorpecen el funcionamiento del Servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto pretende asegurar la no imputación al Servicio de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de la finalización anticipada del tratamiento de un determinado paciente.
La población diana serían los pacientes en tratamiento de Fisioterapia (incluyendo Electroterapia) o Terapia Ocupacional que soliciten el alta anticipadamente al número de sesiones pautado por el médico rehabilitador. En el caso de que se tratara de un menor de edad o incapacitado mental, el responsable de la firma sería su progenitor o representante legal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El número de sesiones a realizar serían 3.
Primera sesión: diseño del documento de Alta Voluntaria.
Segunda sesión: se realizaría la revisión previa a la impresión del documento, el diseño de la hoja de registro electrónico de los pacientes que abandonan el tratamiento (firmen o no el documento) y la puesta en marcha del proyecto.
Tercera sesión: tendría lugar al año de la puesta en marcha del proyecto, y se analizarían los resultados obtenidos, según la hoja de registro electrónico y la revisión de los documentos recogidos. Comentar posibles incidencias.
Recursos materiales: papel para los Documentos de AV, fotocopiadora, carpeta archivadora, ordenador (para el diseño del documento y de la hoja de registro tipo Excel).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1:
Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de gimnasio durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
Descripción: Nº pacientes que solicitan AV en gimnasio/ Nº pacientes que han utilizado el Servicio de Fisioterapia en gimnasio X 100.
Indicador 2:
Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de electroterapia durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
Descripción: Nº pacientes que solicitan AV en electroterapia/ Nº pacientes que han utilizado el Servicio de Electroterapia X 100.

Proyecto: 2018_0234 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Indicador 3:
Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de TO durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
Descripción: Nº pacientes que solicitan AV en TO/ Nº pacientes que han utilizado el Servicio de TO X 100.

Aclaración de términos: un paciente puede ser usuario en los tres servicios y puede darse la circunstancia de que solicite AV en uno o varios de ellos.

Fuente de datos: para todos los indicadores, la fuente será la misma, a saber, los documentos de AV y la hoja electrónica de registro de pacientes del Servicio de Rehabilitación.

Estándar: el valor máximo a alcanzar sería entre el 10-20%, es decir que solamente entre un 10 y un 20% de los pacientes en cada uno de los indicadores abandone el tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Diseño del impreso: unas dos semanas. Todos los componentes del equipo colaborarán en esta tarea.
2. Revisión del impreso, impresión e implantación: 1 mes. De nuevo todos los componentes del equipo estarán incluidos en esta tarea.
3. Análisis de datos y resultados: tendrá lugar al año de su implantación, y de nuevo todos los componentes colaborarán.
Fecha de inicio: septiembre 2018.
Fecha de finalización: septiembre 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0250 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA GRAN EMBID
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANAYA GIL TERESA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. REHABILITACION
· SOLER COLLADO CAROLINA. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· GALLEGO MURILLO MARIA JESUS. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL. FISIOTERAPEUTA. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION
· CORTES GIL ROSA ANA. TCAE. H NTRA SRA DE GRACIA. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La punción seca (PS) es una técnica invasiva utilizada en fisioterapia para el tratamiento de síndrome de dolor miofascial con el objeto de disminuir y/o eliminar el dolor y reestablecer la función miofascial. Se realiza con agujas específicas similares a las de acupuntura, sin infiltrar ningún tipo de sustancia en el organismo. Requiere de una formación de fisioterapia específica y acreditada con tal. Asimismo, al incluirse el Servicio de Rehabilitación en atención especializada, en este caso, la técnica requiere estar pautada por FEA Rehabilitador.
En base a lo dispuesto en la Ley 4/2002 (14 Noviembre), básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (arts. 8, 9 y 10), y en la Ley 6/2002 (15 Abril), de Salud de Aragón (arts. 4, 5, 6 y 12), se estima oportuna la creación de un modelo de documentación de consentimiento informado (CI) para la aplicación de la PS, al tratarse de un procedimiento invasivo al suponer riesgo e inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente. Previamente, el paciente debe recibir información adecuada y comprensible sobre su proceso asistencial, así como las contraindicaciones, los riesgos, posibles efectos adversos, beneficios y alternativas de tratamiento de PS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Informar adecuadamente y de forma comprensible al paciente sobre el procedimiento de la técnica, alternativas, contraindicaciones y posibles riesgos.
-Ejercer el derecho de autonomía del paciente respecto al proceso asistencial.
-Dotar de protección legal al profesional sanitario (fisioterapeuta) y al Servicio Aragonés de Salud.
Población diana: pacientes a los que se les pauta por el/la FEA rehabilitador/a la técnica de PS dentro de las órdenes médicas de fisioterapia en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Número de reuniones a realizar: 3

1ª Reunión: Diseño de la hoja de CI.
2ª Reunión: Diseño de la hoja de registro en formato digital. Puesta en marcha del proyecto con la presentación del CI definitivo a todo el equipo de rehabilitación implicado con la técnica de PS.
3ª Reunión: Recopilación de los datos registrados. Evaluación del proyecto, de posibles incidencias así como del grado de aceptación del paciente.

Recursos materiales:
- Hojas de CI.
- Hoja de registro en soporte digital (Excel).
- Carpeta para archivador.
- Impresora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR: Porcentaje de pacientes que reciben PS del total de pacientes de la unidad
DESCRIPCIÓN: Nº de pacientes que reciben PS / Nº de pacientes totales de la unidad x 100
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS:
-La PS sólo se aplicará si está pautado por el FEA Rehabilitador.
-El fisioterapeuta está en posesión de la acreditación correspondiente a la formación de la técnica de PS.
-El CI ha de realizarse por cada supuesto, es decir, por cada tratamiento del paciente.
FUENTE:
-Lista de espera general de la Unidad de Fisioterapia de 2018-2019.
-Registro soporte papel de CI.
-Registro soporte digital tipo Excel.
ESTÁNDAR: 100%

INDICADOR: Porcentaje de pacientes que revocan el CI una vez firmado

Proyecto: 2018_0250 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

DESCRIPCIÓN: Nº de pacientes que revocan el CI una vez firmado/ Nº de pacientes totales que han firmado el CI x 100
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS: El paciente puede revocar el CI en cualquier momento.
FUENTE:
- Registro soporte papel de CI.
- Registro soporte digital tipo Excel.

ESTÁNDAR: 5%-10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1ª Reunión: (Diseño del CI) 15 días después de la aceptación del proyecto.
2ª Reunión: (CI definitivo, diseño del registro informático y presentación al resto del equipo de rehabilitación): 1 mes después de la primera reunión.
3ª Reunión: (Recabar datos y evaluación): 1 año después del inicio del proyecto.

Responsables de la implementación: profesionales del equipo del proyecto de mejora (fisioterapeutas, FEA rehabilitador, TCAE)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0828 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD (IC)

2. RESPONSABLE ..... GEMA LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARROYO RAMOS ESTHER. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· VELA MARTIN DE LA MOTA IRENE. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· CHICOTE ABADIA BEGOÑA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· GIL SANCHEZ ESPERANZA. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· ESCARTIN GARCIA CARLOS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· GUILLEN VIRUETE CARMEN. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS
· FALCES GARCIA JESUS. ENFERMERO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dentro de todos los trabajos que hemos realizado en el Servicio de urgencias del H. Ntra. Sra. de Gracia, hemos evaluado diferentes Indicadores de Calidad siempre relacionados con la atención de los pacientes una vez clasificados y su nivel de urgencia, pero nunca hemos valorado aquellos pacientes que se "fugan", pacientes perdidos que tanto se van sin ser registrados administrativamente, los que se registran y se van, como los que se van sin ser clasificados.El conocer estos datos nos permitirá poner en marcha mecanismos de corrección y mejora dentro de la dinámica de mejora continua de la calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Evaluar y relacionar los niveles de urgencia con los IC específicos para el estudio.
2. Valorar, conocer y evaluar el indice de pacientes registrados pero no clasificados
3. Valorar, conocer y evaluar el indice de pacientes clasificados pero no visitados.
4.Conocer el estándar donde se sitúa nuestro servicio de urgencias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dentro de las actividades previstas es necesaria una comunicación optima con el Servicio de Admisión de Urgencias para poder detectar pacientes con riesgo de fuga, no registrados. Este estándar es prácticamente imposible de establecer, pues son pacientes que apenas permanecen en la sala de espera y se van.

Control de tiempo de espera para aquellos pacientes que esperan a ser triados, no superando los 10 minutos desde su registro.

De la misma manera control del tiempo de espera de todos aquellos pacientes clasificados, triados, que puedan ser objeto de fuga o alta voluntaria ante la demora de atención, en los niveles III, IV y V

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indice de pacientes no visitados ha sido definido como un IC de satisfacción, riesgo y adecuación, por lo que planteamos dos indicadores concretos.
1er IC: Nº pacientes perdidos antes de ser clasificados (triados)
Total de pacientes registrados

2º IC: Nº pacientes perdidos y clasificados sin ser vistos por medico
Total de pacientes clasificados (triados)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Seguimiento del proyecto los tres últimos meses consecutivos del año 2018, desde el 1 de octubre al 31 de diciembre. Se implantará y se seguirá por todos los profesionales de enfermería del servicio y durante los tres turnos de trabajo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0046 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CIPRIAN GALINDO ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ESTABEN NAVARRO SILVIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ANGULO BORQUE ANA OLGA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ASCASO VILLAGRASA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MATEO PALACIOS EDUARDO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naves. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.
2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..
4. Hemos incluído el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% HISTORIAS EXPURGADAS
% ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

Proyecto: 2018_0046 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018
FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018
INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018
FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1558 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PROA ALERGIA A BETALACTAMICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO PEREZ CAMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLAS MARTINEZ FELICITAS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ALERGOLOGIA
· EZPELETA GALINDO ANA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ALERGOLOGIA
· ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ALERGOLOGIA
· COMPES GARCIA ESTHER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la práctica clínica habitual de los servicios de Alergología constatar cómo la mayoría de los pacientes con diagnósticos previos de "alergia a Penicilina o antibióticos betalactámicos", una vez realizamos el estudio de alergia a medicamentos, el resultado es negativo. Esto es especialmente frecuente en episodios ocurridos en la infancia y con estudios diagnósticos realizados hace más de 30 años. Asimismo se recoge en la bibligrafía como en estos casos, sólo se confirma verdadera alergia a betalactámicos en menos del 5-10% de los casos.

Esto puede suponer un perjuicio importante en un gran número de paciente diagnosticados o etiquetados de una alergia inexistente, por la necesidad de emplear otros antibióticos alternativos que pueden resultar menos eficaces, seguros y eficientes. Se ha demostrado como sólo por haber sido diagnosticado de "alergia a penicilinas" se registra una mayor incidencia de efectos adversos, se producen mayores coste en tratamiento y un incremento en la estancia media hospitalaria.

Por otra parte, existe la posibilidad en los pacientes verdaderamente alérgicos de administrar la medicación de forma muy lenta consiguiente una desensibilización o inducción temporal de tolerancia.

Desde hace años se viene colaborando en el manejo de pacientes hospitalizados que necesitan un antibiótico betalactámicos y, supuestamente, son alérgicos a los mismos, desde el Servicio de Alergia del Hospital Royo Villanova, con muy buenos resultados, mediante la, previa valoración individualizada, administración de un betalactámico con bajo riesgo de reactividad cruzada o la realización de una desensibilización pero consideramos necesario, interesante y beneficioso, el regularizarlo y enmarcarlo dentro de un proyecto estructurado más amplio y protocolizado, que permita ampliar y mejorar su aplicación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es conseguir que en el paciente con infección grave y antecedente de alergia a betalactámicos de la forma más precoz posible se le pueda administrar la mejor ocpión terapeútica de tratamiento antibiótico tras la valoración individualizada del balance beneficio/riesgo.
Objetivo secundario: determinar cuántos pacientes ingresados tienen diagnóstico previo de alergia a antibióticos betalactámicos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de documento para la recogida sistematizada de datos del paciente y tratamiento.
- Elaboración del consentimiento informado
- Establecer del circuito de valoración del paciente.
- Elaborar algoritmos de decisión terapeútica
- Reunión con UCI y Microbiologia, y con el responsable del comisión de Infecciones para determinar circuitos de comunicación, solicitud de actuación por parte del Servicio de Alergologia y seguimiento del paciente
- Difusión del proyecto en Sesión de Hospital

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de solicitudes de intervención al Servicio de Alergia en pacientes ingresados con supuesta alergia a antibióticos.
Porcentaje de solicitudes en pacientes ingresados con supuesta alergia a antibióticos. en los que se logre la administración de la mejor opción terapeútica.
(No disponemos de indicadores estándar)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero –Junio 2018 : elaboración de documentos y circuitos.
Julio – septiembre 2018 : reunión con los servicios implicados y difusión en servicios de hospitalziacion.
Octubre- diciembre 2018: implementación del proyecto en la práctica habitual.
Se estima un tiempo de un año de duración desde su implementación para su evaluación

Proyecto: 2018_1558 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PROA ALERGIA A BETALACTAMICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0869 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

2. RESPONSABLE ..... MARIA MERCEDES DIESTE GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· USON ALVAREZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· LOZANO SANCHEZ ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· GIMENO GIMENO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Destacamos la necesidad detener una zona limpia dentro de la unidad de reanimación del hospital Royo Villanova dado el volumen de pacientes que salen del quirófano.
La necesidad de ésta sala surge para favorecer la aplicación del protocolo de asepsia indicada en ésta técnica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminución de la tasa de infección debida a la canalización de vías centrales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Realización de una hoja de verificación respecto al uso de la sala blanca y la correcta aplicación del protocolo de vía central.
-Recopilación de datos respecto a las infecciones surgidas por la colocación vía central.
-Reuniones cada dos meses para ver los resultados y como favorecer la utilización de la sala blanca en la disminución de las infecciones.
-Modificación, si es necesario, de lagún inten de control de verificacion.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-LLegaremos a la optimización máxima de nuestra hoja de verificación y si no es así reflejaremos el motivo de porqué no se cumple.
- Monitorizaremos la dificutad de aplicar esta hoja de verificación y de cumplirla.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-La duración de la aplicación de nuestra hoja de verificación será de un año.
-La hoja la completará el personal de enfermería de la unidad de despetar del Royo Villanova.
-Dicho personal valorará la efectividad de aplicar dicho protocolo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes con necesidad de accesos centrales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1222 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BONED JULIANI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO GREGORIO EDUARDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. BIOQUIMICA
· VIDAL PERACHO CONCEPCION. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· GRACIA GIMENO PAOLA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· SANCHEZ HERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITAL DE DIA
· MARCO MARTIN ESTHER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITAL DE DIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los glucómetros son dispositivos médicos de Point of care testing, POCT (pruebas en el punto de cuidados) que permiten la medida de la concentración de glucosa en sangre capilar y han supuesto, desde su introducción en los inicios de los años 70, un cambio revolucionario en el control de la diabetes. La posibilidad de obtener resultados en un espacio de tiempo muy corto, tanto por parte del propio paciente como del personal sanitario, así como la creciente ?abilidad de estos dispositivos, han posibilitado que su uso se haya generalizado y que actualmente no sea posible imaginar el control y seguimiento de esta enfermedad sin la utilización de los glucómetros.
Sin embargo, a pesar de las mejoras introducidas en estos dispositivos, siguen existiendo cuestiones pendientes de resolver como las discrepancias entre los resultados de glucosa obtenidos con los glucómetros y los obtenidos con los procedimientos analíticos utilizados habitualmente en los laboratorios clínicos o las diferencias entre los resultados que proporcionan los diferentes glucómetros que hay en el mercado y que utilizan diversas tecnologías y metodologías.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Conocer la fiabilidad de los glucómetros utilizados en HRV mediante la validación/verificación de sus prestaciones analíticas de exactitud, precisión y veracidad.
- Comparar sus resultados con otros del mercado.
- Establecer el grado de concordancia entre los resultados de glucemia capilar obtenidos con los diferentes dispositivos entre sí y con los de glucemia venosa que proporciona el sistema analítico en uso en el laboratorio de Bioquímica del hospital.
- Conocer las limitaciones preanalíticas y analíticas que pueden afectar a la fiabilidad de los resultados

Población y muestra
Pacientes hospitalizados y pacientes que acuden a la sala de toma de muestras de consultas externas a los que se analizará la glucemia por ambos métodos (criterio de exclusión: no haber realizado un ayuno nocturno mínimo de 10 horas), como mínimo 60 pacientes de cada tipo. A partir de la agenda diaria de extracciones y del listado de pacientes ingresados (admisión) se realizará un muestreo aleatorio sistemático hasta completar el tamaño muestral.
A cada participante seleccionado se le informará del objetivo del estudio mediante la entrega de una hoja informativa.
Se procesarán muestras de control de calidad con diferentes concentraciones de glucosa (una alta y otra baja) para validar las prestaciones analíticas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Estudio de la imprecisión de los resultados en condiciones de repetibilidad y reproducibilidad y de su exactitud siguiendo los protocolos recomendados por la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQCML).
- Determinación de glucosa en los glucómetros NIPRO y Accu-Check. Método GDH_FAD y procedimiento amperométrico, previa comprobación del estado de las tiras reactivas y calibración de los dispositivos. Se procesarán muestras de control de calidad y muestras de pacientes (glucemia capilar).
- Determinación de glucemia venosa mediante procedimiento analítico espectrofotométrico y método HK en el sistema Cobas c501 de Roche en muestras de sangre venosa obtenida, de los pacientes seleccionados, por personal de enfermería del laboratorio, según procedimiento de toma de muestras, PTP-04-Z1(E)R-L.
- Estudio de la veracidad: regresión lineal no paramétrica de Passing-Bablok considerando el método de determinación de glucemia venosa como el método de referencia.
- Evaluar la influencia del hematocrito en cada uno de los glucómetros

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % resultados de cada glucómetro que cumplen especificaciones de exactitud y precisión
- % resultados con diferencias significativas entre glucómetros
- % resultados de glucemia capilar que presentan discrepancias con glucemia venosa dentro de límites de

Proyecto: 2018_1222 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

aceptabilidad
Para evaluar los resultados de los indicadores se seguirán las recomendaciones y criterios de la norma ISO 15197:2013 Requirements for blood-glucose monitoring systems for self-testing in managing diabetes mellitus, especí?ca para glucómetros, los criterios propuestos por el Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) y por la SEQCML.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración del estudio: 6 meses
- Selección de pacientes hospitalizados: Servicio de endocrinología. Junio-Agosto 2018
- Selección de pacientes ambulatorios: Servicio de Bioquímica. Junio-Agosto 2018
- Validación/verificación prestaciones: Servicio de Bioquímica. Julio-Septiembre 2018
- Evaluación de interferencias: Septiembre-Octubre
- Estudio veracidad: Octubre-Diciembre 2018.

Finalizado el estudio se comunicará a los usuarios, tanto internos como externos, la fiabilidad analítica de los resultados de los glucómetros en uso, sus limitaciones y posibles causas de errores en los resultados, intentando minimizar de esta manera su efecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0995 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... ELENA LASALA CONTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARZA BERDEJO ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
· MARTINEZ VICENTE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
· SIN JORDAN MAITE. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
· ALCANTARA MORENO PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
· LUÑO ARAUZO SUSANA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
· BOROBIA BONEL RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
· LAIN AGUDO MARIA SOLEDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
- Se detecta la necesidad de crear un formulario de petición de instrumental quirúrgico de traumatología a la central de esterilización.
- Actualmente se pide el material anotando una lista de pedido de material en un formulario.
- Cuando se envia el material sucio después de la intervención quirúrgica a esterilización, lo hacemos en una hoja dónde está impreso todo el material disponible y marcamos con una x lo que hemos utilizado. Pensamos que de la misma forma podriamos pedir el material al principio de la jornada.
- Esto servirá para evitar errores de comunicación con la central de esterilización y para aprender a interiorizar todo el material disponible de traumatologia pues es de gran amplitud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la transmisión de la información entre los profesionales de los diferentes servicios implicados, quirófano de traumatologia y esterilización.
- Evitar errores de comunicación entre dichos profesionales.
- Mejorar los conocimientos de todo el material disponible de traumatología, dada su gran amplitud.
- Mejorar la calidad de la labor asistencial dirigida a los pacientes intervenidos de traumatología y cirugia ortopédica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Constitución del equipo de proyecto.
- Sistematización de las reuniones.
- Diseño del nuevo formulario.
- Seguimiento de una monitorización de prueba del nuevo documento creado para su evaluación y posibles ajustes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Utilización del nuevo formato durante al menos un mes.
- Encuesta de satisfacción y de ampliación de conocimintos a los profesionales implicados.
Nº de formularios rellenos/nº de solicitudes de material intervenciones de trauma x 100 / standart 90%
Nº de enfermeras que conocen el material a través del formulario/ nº total de enfermeras x100 / standart 70%

- Informe final.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Octubre 2018 . Reunión inicial y distribución de responsabilidades y determinación de plazos.
Reuniones de trabajo/consenso: de noviembre de 2018 a febrero de 2019
Pilotaje: marzo de 2019
Informe final: mayo/ junio 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. traumatologia y cirugia ortopédica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0941 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL INFORME DE ALTA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CON FEVI REDUCIDA PARA CONSEGUIR TITULACION DE LOS FARMACOS INDICADOS POR LAS GUIAS

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FITENI MERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BIERGE VALERO DAVID. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· MARTINEZ LABUENA ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el tratamietno de la Insuficiencia cArdiaca con FEVI reducida se ha demostrado que la administración de betabloqeuantes, IECA/ARAII y ARM a dosis plenas reducen tanto mortalidad como reingresos por IC y por eso las guías tanto europeas como americanas de Cardilogía lo recomiendan con un nivel IA.. Aunque se ha aumentado la proporción de pacientes con esta terapia, todavía escasamente un 28 % a nivel mundial reciben todos ellos a dosis recoemndadas para esta iniidcación. UN objetivo importante en estos pacientes es que lleguen a las dosis plenas recomendadas que se alcanzan progresivamente. En el momento del alta se inician estos tratamientos pero la titulación debe realizarse de forma paulatina y ambulatoria con control en las consultas. Uno de los problemas para conseguirlo es la falta de continuidad asistencial y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la consecución de la titulación entre el Hospital y el seguimiento en consultas tanto Primaria como especializada, especialemnte con Primaria. Conseguir alcanzar las dosis plenas recomendadas en esta indicaciòn de IC por las guías de práctica clínica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Ecribir en el informe de alta de los pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI reducida, las indicaciones precisas para aumentar progresivamente las dosis de estos mediacimentos con dosis objetivo, controles necesarios para evitar complicaciones, y pautas.
2. Escribir en el informe de alta los síntomas que el paciente debe controlar como parte del autocuidado y mejorar el seguimiento para acudir a tiempo a su me´dico y evitar reingresos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicadores :
1. número de informes de alta con el diagnostico de IC con FEVI reducida con instrucciones en el tratamiento de titulación de los medicamentos: betabloqueante, IECA o ARAII y espirolactona
2. Número de informes de alta con diagnostico de IC con FEVI reducida con instrucciones de síntomas que debe vigilar el paciente para autocuidado
STANDARD: 1. sólo el 70% de los pacientes no tienen contraindicacion para estos tratamientos. Por lo tanto habría que alcanzar el 60-70% de los pacientes con este diagnostico al alta (límite inferior : 50% y superior 70%)
2. Vlor para síntomas a vigilar por el paciente: 100% de los informes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto: JUNIO 2018
Fin del proyecto: ABRIL 2019
Actividades:
1. mejorar el informe de alta con esta información para la continuidad asistencial
2. control de los informes de alta en HCE, mes a mes

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1135 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA SANCHEZ VICENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· ROMAN BUENO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· PASAMAR MILLAN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· MAINER PEREZ NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· GUTIERREZ VALDIVIA AURORA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· SANCHEZ BENITO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· NUÑEZ MUÑOZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El traslado intrahospitalario podemos definirlo como el traslado de un paciente a otra unidad hospitalaria, de manera puntual o definitiva, siempre que se realice en el interior de las instalaciones del hospital donde se encuentra ingresado el paciente.
El proceso de traslado de un paciente a otra unidad debe promover la seguridad y satisfacción del paciente con actividades encaminadas a mantener la calidad en el tratamiento y los cuidados, así como a cubrir la necesidad de información de los profesionales en las unidades receptoras. El déficit en la comunicación y la información, los registros incompletos e inadecuados en la historia clínica, los retrasos debido a los requisitos administrativos y las interrupciones durante el traslado son causas que pueden dificultar el transporte seguro y eficaz dentro del hospital, afectando negativamente al proceso asistencial de los pacientes.
En nuestro Hospital se dan con frecuencia traslados de pacientes de una unidad de hospitalización en planta a otra para continuar con la asistencia debido a la falta de camas en el servicio correspondiente por especialidad al ingreso o a la necesidad de coordinación del servicio de planta con el servicio de Gestión de Camas para cubrir las necesidades que se presentan diariamente en el hospital. Esto conlleva a que en los servicios de hospitalización haya que derivar y recibir pacientes de manera habitual.
Los protocolos claros y apropiados, para el transporte intrahospitalario ayudan en el proceso de toma de decisiones sobre: los registros administrativos a cumplimentar, la documentación clínica que se debe aportar, el personal necesario y las funciones de cada uno a la hora de realizar un traslado y la coordinación y comunicación entre los distintos profesionales implicadas en el mismo.
En la actualidad no existen ningún protocolo en los servicios de Hospitalización en Planta de nuestro Hospital para la realización de este tipo de traslados intrahospitalarios, dejándose al “buen hacer de cada servicio” la consecución de los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un protocolo estandarizado de actuación y cuidados al paciente y familia en los traslados de pacientes a otra Unidad de Hospitalización en condiciones de seguridad y comodidad de tal forma que éste implique el menor riesgo posible y no repercuta negativamente sobre el estado del paciente ni en la calidad de la asistencia.
En dicho protocolo se definirán las principales fases del traslado y las funciones de cada componente que interviene.
Después se esquematizará en un póster informativo para la correcta comprensión e interpretación de todo el personal implicado en el traslado intrahospitalario

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se elaborará un protocolo de traslado intrahospitalario de pacientes ingresados.
Se diseñara un póster informativo para colocar en un lugar visible en el puesto de trabajo de enfermería de cada servicio de hospitalización, de tal manera que sea de fácil acceso para su seguimiento en la realización de un traslado intrahospitalario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se registrará en el apartado de “Proceso de Enfermería” de la historia clínica que se ha actuado según protocolo y los inconvenientes, si los hubiera, que se han encontrado en el desarrollo de dicho traslado.
Se realizará una encuesta de valoración al personal de enfermería a los 3 meses de su implantación para conocer el grado de satisfacción y la utilidad de dicho protocolo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realización del protocolo de actuación y de un póster informativo en el mes siguiente a la aprobación del proyecto.
Aprobación por parte de la Dirección de Enfermería de dicho protocolo.
Implantación en los Servicios de Hospitalización.
Realización de un test de valoración a los 3 meses de su puesta en marcha.

Proyecto: 2018_1135 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

9. OBSERVACIONES.
Proyecto de mejora aprobado por la Jefa de Servicio (Dra. Aliacar) y Supervisor de la unidad de hospitalización (Enfermero Roberto Cabestre) 4ª A Cardiología.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0657 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... CARLOS YANEZ BENITEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GARCIA EGEA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BORLAN ANSON SOFIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CROS MONTALBAN BEATRIZ. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· VALERO SABATER MONICA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PALACIOS GASOS PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BLAS LAINA JUAN LUIS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La oclusión intestinal de intestino delgado por adherencias es la primera causa de oclusión intestinal y una causa frecuente de ingreso en los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo. La oclusión intestinal secundaria a adherencias postoperatorias puede ocurrir desde horas o años posterior a una cirugía abdominal y representa el 70% de los cuadros de oclusión. El retraso en el tratamiento quirúrgico puede ocasionar un aumento de mortalidad y morbilidad en este grupo de pacientes. El tratamiento cuando no existen signos de peritonitis o estrangulación intestinal consiste en mantener en dieta absoluta con descompresión intestinal mediante sonda nasogástrica. Esto implica que el paciente permanece hospitalizado una medía de 2 a 3 días en dieta absoluta. A partir del documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias (World Society of Emergency Surgery / WSES) se han aprobado las guías de práctica clínica o consenso de Bolonia del 2013. En dicho documento se establecen medidas y recomendaciones para el tratamiento de este tipo de pacientes. Especial interés para nosotros es la utilización de contrastes hidrosolubles (Gastrografin) para identificar de forma precoz aquellos pacientes susceptibles a ser tratados de forma no operatoria, identificar de forma temprana aquellos que necesitarán cirugía y favorecer en algunos casos la resolución espontánea del proceso obstructivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implantar en el servicio de Cirugía General de Hospital Royo Villanova las recomendaciones y sugerencias recogidas en el documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias (WSES) para la oclusión de intestino delgado secundaria a brida o adherencias. Adaptar estas conductas a nuestro centro hospitalario con la intención de disminuir la estancia hospitalaria de los pacientes que ingresen con oclusión intestinal. Protocolizar la conducta diagnóstica y terapéutica del Servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova ante los pacientes con episodios aislados o recurrentes de oclusión de intestino delgado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades previstas para desarrollar los objetivos será crear un grupo de trabajo en el Servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova, que tendrá las funciones de revisar la documentación clínica actualizada y elaborar un protocolo de tratamiento para los pacientes con oclusión de intestino delgado. En él se contemplarán los criterios del documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias.
La divulgación de dicho protocolo de trabajo se realizará entre los miembros del servicio mediante reuniones de trabajo en donde se adaptarán los criterios a nuestro centro y se incorporarán recomendaciones o modificaciones según las experiencias de los distintos miembros del servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para la evaluación de la actividad se cuantificará mediante la elaboración de una base de datos de los pacientes que ingresen en el servicio de Cirugía General con diagnóstico de oclusión intestinal de intestino delgado. Se evaluará la media de estancia y las variables recogidas en la base de datos antes y después a la instauración del protocolo de trabajo según las recomendaciones del documento de consenso de la WJES.
Los indicadores específicos que valorar serán:
Días de estancia / % de pacientes a los cuales se le apliquen las pautas establecidas / % de pacientes con resolución no quirúrgica / % de pacientes intervenidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del proyecto será para iniciar durante el tercer trimestre del 2018 y continuarse hasta el tercer trimestre del 2019. Se plantea un periodo de tres meses para la elaboración del protocolo de trabajo durante el cual se hará una reunión de los integrantes del proyecto para la aprobación del protocolo. Posteriormente se iniciará un periodo de 3 meses de divulgación e instauración en el servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova. A partir de haber transcurrido los primeros tres meses de la instauración del protocolo se hará una reunión de seguimiento donde se evaluarán los resultados y se identificarán posibles problemas en su implementación y posibles mejoras.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0657 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Para la elaboración de este proyecto se ha contado con la colaboración de la jefatura y de facultativos del servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0795 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO-ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

2. RESPONSABLE ..... LUCIA PUISAC URIOL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMPILLO MARTINEZ JAVIER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CROS MONTALBAN BEATRIZ. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde el 2 de noviembre de 2017 se ha instaurado en el hospital Royo Villanova una Unidad de Estomaterapia con alcance a los pacientes que van a ser ostomizados o ya son portadores de ostomías, procedentes de los servicios de Cirugía General y Digestivo, Urología del hospital Royo Villanova, así como pacientes de Atención Primaria y centros dependientes del sector I de Zaragoza.
Actualmente los ajustes que se están produciendo en el sector sanitario hacen necesaria una reflexión sobre los servicios que se ofrecen dentro de los hospitales y centros médicos.
Los estudios de investigación sobre calidad de vida en los pacientes ostomizados obtienen como una de las principales conclusiones la importancia de realizar un seguimiento periódico al paciente ostomizado, ya que hay una relación directa entre la mejora de la calidad de vida y la realización de un seguimiento periódico por un profesional experto.
Esto lleva a la necesidad de ofrecer al paciente una atención integral que abarque aspectos físicos, psicológicos y sociales a través de consultas y profesionales expertos dedicados al cuidado del paciente ostomizado, siempre con el objetivo principal de conseguir la mejor calidad de vida.
La evidencia científica pone, por tanto, de manifiesto el valor de esta atención en ostomía y avala la importancia de mantener la personalización en la atención al paciente ostomizado promoviendo las consultas de ostomía.

Los pacientes a los que se realiza una ostomía como única alternativa para tratar su enfermedad, se enfrentan en un breve espacio de tiempo a un diagnóstico de gravedad, a una intervención quirúrgica con ingreso hospitalario y al inicio de su convivencia con una nueva situación física que se concibe como especialmente traumática.
Ser portador de una ostomía puede originar problemas a distintos niveles: Físico, Emocional, sociolaboral, etc.
Las principales características de la Unidad de Ostomías del hospital Royo Villanova son las siguientes:
- Autogestionada por Enfermería.
- Posibilidad de Consulta Rápida facultativa con Cirujano y/o Urólogo.
- Autogestión de citaciones con 5 días a la semana (37,5 horas semanales).
- Atención integral de pacientes ostomizados: Física, Psicológica, Social.
- Posibilidad de consulta telefónica y virtual.
- Valoración de ostomías digestivas y urológicas.
- En contacto continuo con personal de hospitalización.
- Atención prequirúrgica con educación sanitaria y realización de MARCAJE de la ostomía.
- Apoyo al personal de enfermería del hospital en los casos que sea necesario.
- Atención antes del alta hospitalaria y planificación de visitas posteriores tras alta hospitalaria.
- Educación sanitaria integral: Consejos de higiene, alimentación, actividad física, apoyo psicológico, reingreso a la actividad laboral y social, educación sexológica.
- Posibilidad de derivación a especialidades médicas en casos necesarios (Dermatología, Endocrinología, Psiquiatría, etc..)
- Realización de irrigaciones intestinales.
- Talleres de formación par a pacientes, familiares y cuidadores.
- Programas de docencia a profesionales sanitarios.
- Coordinación con atención primaria del Sector I Zaragoza en casos necesarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal del proyecto es la Valoración de la actividad de la Unidad de Ostomías atendiendo a los siguientes puntos:
- Número de primeras consultas.
- Número de revisiones.
- Número de Consulta Rápida con facultativo.
- Realización de otras actividades como consulta telefónica, virtual, talleres a pacientes y personal sanitario y realización de irrigaciones intestinales.
Esta valoración se realizará con control del flujo de pacientes atendidos con el fin de una vez valorado, poder planificar y ejecutar mejoras organizativas con el fin de dar una mejor atención posible a los pacientes ostomizados del Sector I Zaragoza.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión de base de datos y registro informatizado de la Unidad.
- Revisión de número u tipo de citación informatizada por el HIS.

Proyecto: 2018_0795 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO-ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

- Reuniones trimestrales de los componentes del proyecto.
- Revisión semestral de la casuística.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Las fuentes de datos que aportarán información para los indicadores y su evaluación son la base de datos informatizada de la Unidad y la agenda de citaciones HIS.
Los indicadores a evaluar serán:
- Número total de pacientes vistos en 1 año.
- Número de primeras visitas / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de revisiones / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de Consultas Rápidas / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de complicaciones relacionadas con la ostomía / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número y tipos de ostomía (colostomía, ileostomía, Urostomía) / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de irrigaciones intestinales / Número total de pacientes con indicación de irrigación intestinal vistos en 1 año.(en %)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DEL 1 ENERO DE 2018 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1230 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

2. RESPONSABLE ..... JUAN LUIS BLAS LAINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BANDRES NIVELA OROSIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· VIDAL PERACHO CONCEPCION. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· GRACIA GIMENO PAOLA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· FERRER SOTELO ROCIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BONO ARIÑO CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION
· ACIN LAZARO MARIA PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La relación entre el estado nutricional y la morbimortalidad postoperatoria es bien conocida. Hay evidencia de la asociación entre desnutrición preoperatoria y mayor número de complicaciones postoperatorias, estancias hospitalarias más prolongadas, incremento del gasto hospitalario y una mortalidad más elevada. Las complicaciones sépticas y respiratorias parecen tener una clara relación causa-efecto con el grado de desnutrición.
Otros factores estrechamente relacionados con complicaciones postoperatorias son la resistencia a la insulina y la hiperglucemia. El control más óptimo de la glucemia en el periodo perioperatorio con o sin diabetes mejora el pronóstico.
La disminución del ayuno preoperatorio con la administración de bebidas con carbohidratos hasta 2 h antes de la anestesia disminuye la insulinorresistencia y la deshidratación postoperatoria, preserva la masa muscular, produce una mejoría en el estado general del paciente y se asocia a una reducción en el tiempo de hospitalización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Realizar un cribado de desnutrición en el periodo perioperatorio y establecer el circuito para el soporte nutricional perioperatorio.
- Introducción y adaptación de un protocolo de ayuno preoperatorio.
- Establecer coordinación de los cuatro servicios implicados (Cirugía, Endocrinología, Anestesia y Medicina Preventiva – Infección Quirúrgica Zero -)
- Uso de yeyunostomia quirúrgica (o uso de otros dispositivos de alimentación enteral) para nutrición enteral en el paciente sometido a cirugía digestiva del compartimento supramesocólico, que se prevé un ayuno postoperatorio prolongado.
- Mejora del control glucémico en el periodo perioperatorio con la introducción del protocolo de manejo de la hiperglucemia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración del protocolo siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas y documentos de consenso de las Sociedades Científicas.
- Difusión del protocolo a los servicios implicados.
- Valoración del estado nutricional mediante el test de cribado de desnutrición “MUST” en el momento preoperatorio. Se realizará en la consulta de Cirugía.
- Se remitirán a la consulta de Endocrinología y Nutrición los pacientes con desnutrición o riesgo de desnutrición en el preoperatorio.
- Aplicación del protocolo de ayuno preoperatorio en pacientes indicados.
- Registro de incidencias por parte de Anestesia.
- Registro de dispositivos de alimentación enteral insertados.
- Valoración y seguimiento por parte de la Sección de Endocrinología y Nutrición de los pacientes que el periodo postoperatorio presenten desnutrición y/o precisen nutrición enteral o parenteral.
- Evaluación del manejo de la hiperglucemia. Se realizará un corte valorando pacientes ingresados con hiperglucemia en el periodo perioperatorio al inicio y a los 6 y a los 12 meses de la implantación del protocolo, analizando los objetivos de control y las pautas de insulinización utilizadas en el periodo perioperatorio.
- Cumplimiento del proyecto Infección Quirúrgica Zero (control de glucemias), Servicio de Medicina Preventiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes a los que se les ha practicado el protocolo estando indicado. (50-75%)
- Número de incidencias registradas en el periodo perioperatorio/anestesia.
- El tiempo medio de cita en primera consulta en el que ha sido evaluado en el preoperatorio por parte de la Sección de endocrinologia al paciente con riesgo de desnutrición o desnutrición. (<3 días hábiles)
- Número de pacientes a los que se ha colocado yeyunostomia u otros dispositivos de alimentación enteral (>50% de pacientes candidatos).

Proyecto: 2018_1230 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

- % de pacientes con hiperglucemia en el periodo perioperatorio que solo se utilizan pautas a demanda de insulina rápida (<50%).
- % de pacientes diabéticos que presentan hiperglucemia en el periodo perioperatorio y en situación de ayuno se utiliza insulina basal y pauta correctora (> 30%).
- Cumplimiento del registro de glucemias en los pacientes del proyecto Infección Quirúrgica Zero (50-75%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Reunión para discutir el protocolo con los servicios implicados (Cirugía, Anestesia, Endocrinología y medicina preventiva). JUNIO 2018

- Elaboración del protocolo. JULIO 2018

- Protocolo definitivo según lo consensuado con los servicios implicados. SEPTIEMBRE 2018.

- Exposición del protocolo al personal implicado (cirujanos, anestesistas, endocrinólogos, medicina preventiva y personal de enfermería). OCTUBRE 2018

- Introducción en el Farmatools como protocolo de ayuno preoperatorio. OCTUBRE 2018

- Servicio de anestesia elabora un registro de las incidencias desde la puesta en marcha del protocolo. OCTUBRE 2018

- Resultados, evaluación de resultados. 2018-2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1376 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... ANA MEJIA CASADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CASTELLS MURILLO INMACULADA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· FRANCISCO SALAS RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· AZAGRA LOP ANTONIO JESUS. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La recuperación funcional postoperatoria en la artroplastia de rodilla es una parte importante del tratamiento en el que hay conseguir involucrar a los pacientes. No sólo se trata de aliviar el dolor, si no de conseguir una buena funcionalidad; reservando la derivación al Servicio de Rehabilitación a aquellos pacientes que por sí mismos no hayan conseguido un balance articular esperado o cuya situación previa a la cirugía prevea una limitación. Por otra parte unos correctos cuidados postoperatorios de la herida disminuirán las complicaciones de la misma y conseguirán una recuperación más rápida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejoría en la función y el balance articular postquirúrgico mediante la implicación del paciente en su propia recuperación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actualización de las recomendaciones sobre el cuidado postoperatorio y los ejercicios encaminados a la recuperación funcional domiciliaria que se entregan a los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla al alta hospitalaria. Estas recomendaciones se explicarán verbalmente a cada paciente antes de abandonar el hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Escala EVA del dolor durante el movimiento activo y pasivo al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Valoración de la herida quirúrgica al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Balance articular activo y pasivo al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Se interrogará además, sobre la ejecución de los ejercicios para valorar que se realizan correctamente entre visitas.
Se compararán los resultados desde el inicio hasta el año. No se valorará el estado al alta ya que la analgesia, las recomendaciones y asistencia sobre la movilización durante la hospitalización no son las mismas que las que el paciente se encuentra en su domicilio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los indicadores anteriores se irán registrando en sucesivas consultas durante un año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1194 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DERMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER GARCIA LATASA DE ARANIBAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
· ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DERMATOLOGIA
· FUENTELSAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. DERMATOLOGIA
· MARRON MOYA SERVANDO EUGENIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
· BRUALLA PROFITOS CARMEN. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
· LAHOZA DIESTE MARIA ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
· SALANOVA LAZARO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La hidradenitis supurativa (HS) se ha definido como una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, recurrente y debilitante, que habitualmente se presenta tras la pubertad con lesiones profundas, inflamadas y dolorosas, afectando a las áreas corporales con presencia de glándulas apocrinas, siendo las regiones más frecuentemente afectadas la axilar, inguinal y anogenital.
La prevalencia de la HS oscila entre el 1% y el 4% según las publicaciones. Con respecto a la distribución etaria, la enfermedad habitualmente se inicia tras la pubertad, generalmente al inicio de la tercera década, y suele permanecer activa durante la tercera y cuarta décadas de la vida con cierta mejoría a partir de la menopausia; suelen ser los varones los que mantienen actividad de la enfermedad a partir de los 50 años
El impacto psicosocial, relaciones interpersonales y autoestima provocados por la inflamación, el olor y el dolor que genera la enfermedad repercute significativamente en la calidad de vida de estos pacientes.
La consulta monográfica permite un estudio pormenorizado del paciente y una mayor atención a aspectos importantes de la enfermedad que no se pueden abordar en una consulta habitual, entre ellos, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).
El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es el modelo más aceptado para medir la repercusión psicosocial asociada a una patología crónica. En diferentes estudios, se ha comprobado la importante afectación en la calidad de vida en la HS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es evaluar el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) antes y después del tratamiento de Hidradenitis Supurativa, así como el grado de gravedad (estadificación de Hurley) de los pacientes que son remitidos a la consulta monográfica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para lograr los objetivos, se recogerán los datos de aquellos pacientes afectos de HS que hayan sido remitidos a la consulta monográfica de «BIOlógicos en DERmatología (BIODER)», consulta con varios años en funcionamiento para pacientes de psoriasis e hidradenitis supurativa moderada o grave susceptibles de tratamiento sistémico y/o biológico, de periodicidad semanal en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián. En el caso de la HS, los pacientes son remitidos principalmente desde las consultas externas de los Servicios de Dermatología y Cirugía General.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Gravedad de la enfermedad: estadificación de Hurley.
2. Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) antes del tratamiento médico.
3. Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) después del o de los diversos tratamientos tras, al menos, 1 año de seguimiento.

El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es un cuestionario especifico para la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada (CVRS) con la Salud en enfermos dermatológicos. El instrumento está compuesto por 10 preguntas. El rango de puntuación del DLQI oscila entre 0 (no afectación de la CVRS) y 30 (máxima afectación de la CVRS). Las 10 preguntas están subdivididas en 6 dominios: síntomas y sentimientos, actividades de la vida diaria, ocio, actividades laborales/escolares, relaciones interpersonales y tratamiento. El cuestionario lo realiza el paciente en la propia consulta (autoadministrado).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Un año. Lo que resta de 2018 y parte de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1194 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DERMATOLOGIA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0611 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... ELENA PEÑA GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
· NERIN DE LA PUERTA JUAN MANUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
· FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ESCARTIN VALDERRAMA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· PALMERO PEREZ MARIAM. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes con enfermedad de Crohn pueden presentar una afección perianal hasta en el 30% de los casos e incluso ser ésta la forma de debut de la enfermedad (4-9%). El manejo de esta patología es complicado e implican a varias especialidades en el mismo. No se dispone de una terapia curativa hasta la fecha, pero el tratamiento combinado médico quirúrgico puede mejorarlos de forma sustancial y mejorar su calidad de vida. Las guías clínicas actuales proponen diversos esquemas de trabajo pero siempre adaptándolas a las técnicas y profesionales disponibles en cada hospital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un algoritmo consensuado de manejo conjunto del los pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante perianal, teniendo en cuenta las posibilidades reales de técnicas radiológicas y terapéuticas de las que disponemos en nuestro hospital, consiguiendo así que sea aplicable en nuestro medio. Los objetivos derivados de esto son intentar uniformizar el proceso de actuación ante estos pacientes complejos, que a veces requieren de una actuación urgente y siempre combinada entre varios especialistas. Intentar disminuir la variabilidad interprofesional en el manejo de los pacientes con fistulas perianales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Valiéndonos del incomparable marco de interacción interdisciplinar que nos brindan las sesiones de trabajo sobre la enfermedad inflamatoria intestinal, que venimos desarrollando en nuestro hospital desde hace más de un año (produciéndose así un enlace de continuidad con el proyecto de calidad desarrollado por este mismo grupo en la pasada convocatoria):

- Realizar una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema por parte de los distintos servicios que conforman este grupo de trabajo.
- Exponen las conclusiones extraídas de esas revisiones por parte de digestivo, cirugía y radiología, en las sesiones clínicas multidisciplinares de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Elaborar un primer boceto de documento que aúne los ítems principales de las recomendaciones extraídas de las revisiones y sesiones clínicas previamente realizadas.
- Llevar a cabo sesiones clínicas en los tres servicios implicados para dar a conocer la problemática de la enfermedad perianal, presentación del texto que recoja las recomendaciones generales nacionales e internacionales. Recoger todas las aportaciones y consensuar entre todos cuales pueden ser los mecanismos más prácticos para poder implementar este modelo de actuación en nuestro hospital.
- Reevaluar todas las propuestas de mejora y ponerlas en común.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
.- La mejora en la coordinación de entre los servicios de cirugía, aparato digestivo y radiología en el manejo de los pacientes con EII.

.- Realizar actas de las sesiones clínicas con recogida de todas las propuestas realizadas.

.- Una vez consensuado el modo mejor de actuación en los pacientes con enfermedad fistulosa perianal, registrar los primeros pacientes que presenten este escenario clínico y monitorizar en ellos, si somos capaces de llevar a la práctica clínica los pasos que se hayan acordado; identificando los plazos en los que se realizan las exploraciones diagnósticas y las medidas terapéuticas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre - noviembre 2016:
.- Realización de una revisión exhaustiva de la bibliografía disponible en la actualidad sobre el mejor manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal con fístulas perianales.

Diciembre 2016-enero 2017:
.- Presentación de un resumen de los textos analizados, en tres bloques, por parte de los facultativos de

Proyecto: 2018_0611 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

radiología, digestivo y radiología, en el seno de las sesiones interdisciplinares de EII.
.- Fusionar en un documento, las aportaciones extraídas en cada sesión.

Febrero 2017:
.- Realización de reuniones entre el equipo elaborador del texto con los distintos servicios, comenzando por los jefes de servicio, para dar a conocer el proyecto.

Febrero-marzo 2017:
.- Recoger todas las aportaciones y posibles medios de aplicación en nuestro hospital del esquema de trabajo consensuado. Este proceso se presenta a priori como el más complicado y laborioso, que requerirá posiblemente de la colaboración de otros servicios médicos como anestesia y departamentos como el de citaciones. Discursión de cuáles son los procedimientos y cronología de actuación que pueda ser realmente plausible su realización en nuestro medio.

A partir abril de 2017:
.- Promover la utilización de la guía de trabajo elaborada.
.- Registrar dentro de las sesiones multidisciplinares de EII, los pacientes que se presentan con enfermedad perianal y cuál es su manejo, plazos de actuación…
.- Identificar y analizar cuáles son las mayores dificultades que se encuentra el protocolo de trabajo en el día a día, para poder implementar mejoras en el futuro.

9. OBSERVACIONES.

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

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Ninguna de ellas

Proyecto: 2018_1152 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

2. RESPONSABLE ..... OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. DOCENCIA
· GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· STODUTO GARCIA PIEDAD. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· ORGA SANZ ASUNCION. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· GARCIA LABORDA ANGELA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· MONFORTE GASQUE MARIA PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Diabetes Mellitus es un problema creciente. Uno de cada cuatro pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización presenta hiperglucemia, por presentar una diabetes previa diagnosticada, porque se trata de un nuevo episodio de hiperglucemia que en realidad pone de manifiesto una diabetes no diagnosticada o bien porque se trata de una hiperglucemia de stress.
La hiperglucemia un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico, incluido el incremento de la mortalidad, de las tasas de infección y estancia hospitalaria.
El paciente que ingresa en el hospital que presenta hiperglucemia, puede ser atendido por diferentes profesionales y en diferentes servicios, lo que hace necesario se disponga de un protocolo de actuación adaptado al entorno de nuestro hospital para conseguir una optimización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo General: Desarrollo de herramientas de formación y gestión para obtener la máxima eficiencia y calidad asistencial en la atención hospitalaria del paciente con hiperglucemia.
Objetivos específicos:
- Coordinación entre servicios de la atención al paciente con diabetes desde el momento del ingreso hasta el alta hospitalaria
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica y homogeneizar el plan de cuidados diagnósticos y terapéuticos
- Implicación de los colectivos de medicina, enfermería y farmacia en la valoración y seguimiento del protocolo.
- Potenciar la figura de la educadora en el hospital, para la realización de la educación de supervivencia y del refuerzo educativo durante la estancia hospitalaria.
- Potenciar la coordinación entre la educadora del hospital y la educadora del centro de especialidades en el seguimiento de los pacientes.
- Cumplimiento del proyecto infección quirúrgica Zero (control de glucemias) por parte del Servicio de Medicina Preventiva.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se detectan los problemas que hay en el manejo de la hiperglucemia en el hospital por la información tanto del personal médico como de enfermeria.
- Se realiza una encuesta al personal médico del manejo de la hiperglucemia en el hospital con Tecnología GoogleForms
- Revisión de la evidencia científica
- Elaboración del protocolo de la insulinización subcutanea e intravenosa para el manejo de la hiperglucemia en hospital.
- Difusión del protocolo mediante un taller, realizado en jornada laboral de mañana dirigido a todo el personal sanitario implicado, médicos, enfermeras, farmacéuticos.
- Difusión del protocolo con sesiones clínicas por los servicios del hospital.
- Actualización de la planilla de registro de glucemias y pauta subcutánea de insulina.
- Realización de un información en forma de carteles que serán colocados en lugares visibles de todas las plantas del hospital y Servicio de Urgencias del las insulinas disponibles en el hospital y del protocolo de insulinización subcutánea e intravenosa.
- Incorporación en el Farmatools las pautas de insulina subcutánea e intravenosa.
-Colaboración con Docencia del hospital para la incorporación del protocolo en la Intranet.
- Revisión y elaboración de material educativo para la educación tanto de supervivencia en los pacientes con diabetes como del refuerzo educativo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes que ingresan con hiperglucemia y se les realiza una HbA1c (>30%)
- % de pacientes con diabetes que al ingreso en situación de descompensación hiperglucémica se retiran los antidiabéticos orales (>40%).

Proyecto: 2018_1152 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

- % de pacientes diabéticos que a ingreso desde urgencias en situación de hiperglucémica, se utilizan pautas a demanda de insulina rápida (< 30%).
- % de pacientes diabéticos que en situación de ayuno se mantiene la pauta de insulina basal y pauta correctora de insulina rápida (>30%).
- % de pacientes con descompensación hiperglucémica que acuden a Urgencias se administra insulina en perfusión intravenosa según el protocolo (>50%).
- Número de nuevas insulinas utilizadas en el paciente ingresado.
- Número de pacientes con diabetes que han recibido educación de supervivencia y refuerzo educativo durante el ingreso.
- % de pacientes que han recibido educación diabetológica durante el ingreso y son citados en la consulta de la educadora del hospital al alta .
- % de informes realizados de la educadora del hospital a la educadora del CME de especialidades, en los pacientes que precisan seguimiento.
- Cumplimiento del registro de glucemias en los pacientes del proyecto Infección Quirúrgica Zero (>30%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Noviembre2017- Marzo-2018: Elaboración del protocolo
-Mayo-Octubre-2018: Difusión del protocolo. Sesiones informativas.
-Mayo-2018: Incorporación de las pautas de insulina subcutánea e intravenosa en el Farmatools.
-Junio-2018 : Elaboración de poster informativos del protocolo de insulinoterapia subcutánea e intravenosa. Difusión en todos los servicios del hospital.
-Junio-2018: revisión y elaboración del material educativo en diabetes para el paciente ingresado.
-2018-2019: Implementación del protocolo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0722 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

2. RESPONSABLE ..... SHEILA MARTINEZ ITURRIAGA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONCIN TORRES CARLOS ANGEL. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· RUBIO PEREZ MARIA DEL CARMEN. TCAE. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· MURILLO ANDRES MARIA ROSA. TEAF. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· DUEÑAS TURON MARIA PILAR. TEAF. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· BENTURA ALMAZOR MARIA. TEAF. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALAYA OTO VIOLETA AUREA. TEAF. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La PE permite al médico prescribir el tratamiento directamente en un programa informático a través de un dispositivo electrónico (ordenador, Tablet-PC) evitándose tanto la transcripción del farmacéutico como la de enfermería. Estos sistemas disponen de una serie de ayudas, orientadas hacia un sistema de soporte a la decisión clínica, que en esencia son bases de datos de medicamentos, las cuales son generalmente mantenidas y actualizadas por los farmacéuticos del servicio de farmacia o bien están disponibles en el mercado.
El objetivo es disponer de una herramienta segura y eficaz para la PE de las órdenes de tratamiento por parte del médico, evitando transcripciones posteriores de la misma, para los pacientes ingresados y ambulatorios (de hospital de día y urgencias)
El sistema debe estar conectado o disponer de los siguientes elementos:
• Admisión. Archivo.
• Historia Clínica del Hospital
• Historia Farmacoterapéutica tanto de pacientes ingresados como de ambulantes y externos
• Base de datos de personal sanitario
• Cuidados de enfermería y registro de administración de medicamentos
• Laboratorios: Microbiología, Bioquímica, Hematología, Inmunología
• Prescripción de receta médica oficial al alta del paciente
• Información al paciente al alta
• Bases de datos de medicamentos nacionales e internacionales instalados en la aplicación y en Internet (BOT, Micromedex, etc)
• Registro de Intervenciones Farmacéuticas a la prescripción médica
Desde el año 2.010 se dispone en el Servicio de Farmacia de este hospital del programa de gestión de farmacia FarmaTools. Dicho programa comprende una serie de módulos de trabajo que hacen posible la PE y la implantación de elementos de seguridad para los pacientes:
• Módulo de Pacientes Externos: para la dispensación a los pacientes que vienen a recoger su medicación al hospital (diversos programas como VHC, VIH, EM, tratamientos biológicos, etc.)
• Módulo pacientes ambulatorios: dispensación a pacientes a los que se administra su medicación en hospital de día.
• Módulo de Unidosis: Mediante este módulo se hace la PE para la dispensación a pacientes ingresados. Ésta es validada por un farmacéutico y posteriormente se puede hacer la dispensación en dosis unitarias utilizando los carros con cajetines en cada uno de los cuales se ubica la medicación para un paciente para 24 horas, o bien se puede utilizar la medicación del stock de la planta de hospitalización. En cualquiera de los casos se deberá imprimir un listado de administración que utilizará el personal de enfermería.

En la actualidad se realiza la PE en la unidad de hospitalización de la 5ª planta (Psiquiatría), en 2ªB (Neumología y Digestivo) y para los pacientes de Hospitalización a Domicilio.
Los sistemas de dispensación con intervención previa del farmacéutico tienen como objetivo conocer la historia farmacoterapéutica de los pacientes, promoviendo la intervención farmacéutica (sustitución genérica y/o terapéutica) antes de la dispensación y administración de los fármacos, colaborando activamente en la disminución de los errores de medicación, interacciones y reacciones adversas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es la implantación de este mismo sistema de prescripción en la unidad de hospitalización 1ªA (cirugía y digestivo) y la implementación de la distribución en dosis unitarias. La población diana es por tanto la formada por todos los pacientes que ingresen en la citada unidad de hospitalización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se prevén las siguientes actividades:

• Preparación de un listado de consumos de medicamentos de 1ªA para incluir en el armario rotatorio vertical los medicamentos de uso en dicha unidad de hospitalización que se dispensarán en los carros de unidosis, e inclusión de un stock de dichos medicamentos en el citado armario.
• Creación de las camas en espera para inclusión de pacientes en el módulo de FarmaTools previamente al ingreso.

Proyecto: 2018_0722 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

- Inclusión en el módulo de unidosis de FarmaTools de los protocolos de uso de los servicios de Cirugía y Digestivo.
- Formación del personal facultativo responsable de los pacientes de la unidad de hospitalización 1ªA. Entrega del manual de prescripción.
- Formación del personal de enfermería de la unidad de hospitalización. Entrega del manual de prescripción.
- Inicio de la prescripción electrónica.
- Inicio de las dispensación en dosis unitarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores

- Implantación de la PE en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico. Valores posibles: Si, NO
- Implantación de la dispensación en dosis unitarias en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico. Valores posibles: Si, NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Preparación de un listado de consumos: Farmacéuticos. Enero 2018.
- Creación de camas en espera: Farmacéuticos. Enero 2018.
- Inclusión protocolos: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Formación del personal facultativo: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Formación del personal de enfermería: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Inicio de la prescripción electrónica: Farmacéuticos. Marzo 2018.
- Inicio de las dispensación en dosis unitarias: Farmacéuticos. Marzo 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0735 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN HOSPITAL DE DIA DE HEMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VARELA MARTINEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CARRASCO BARAJA VICENTE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· DUEÑAS TURON MARIA PILAR. TEAF. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· MURILLO ANDRES MARIA ROSA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· ANDRES PEIRO CARLOS DOMINGO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· RUBIO PEREZ MARIA DEL CARMEN. TCAE. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La prescripción electrónica es una tecnología que permite al médico prescribir el tratamiento directamente a través de un dispositivo electrónico (en este caso ordenador) que evita la transcripción manual por parte del farmacéutico y de enfermería.
Se trata de una herramienta segura y eficaz que evita errores de prescripción, transcripción y preparación. Los protocolos están creados a priori, de manera que introduciendo las medidas antropométricas de los pacientes se calculan las dosis de manera automática y se programan en la agenda los ciclos sucesivos. Por otro lado permite la impresión de la hoja de preparación (que recoge las características básicas de la preparación de cada mezcla), las etiquetas pertinentes que acompañan a cada preparación y la hoja de administración (donde se indica tiempo de perfusión y características especiales de administración).
En la actualidad este proceso está informatizado solo a nivel del Servicio de Farmacia. Tanto la prescripción médica como de administración de enfermería en hospital de día se realizan de forma manual en papel.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implantación de la prescripción electrónica en los pacientes oncohematologicos que se traduce en:
- Disminución de la probabilidad de error.
- Aumento de la seguridad del paciente.
- Mejora de la trazabilidad del proceso.
- Mejora del proceso de transcripción médica.
- Mejora del proceso de validación farmacéutica.
- Mejora del proceso de administración.

Población diana: Pacientes oncohematológicos que se tratan en Hospital de día Hematología y hospitalizados.
Servicios implicados: Servicio de Farmacia, Servicio de Hematología y Hemoterapia y personal de enfermería del Hospital de Día de Hematología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Revisión de los protocolos introducidos en el programa informático y adecuación de los mismos consensuado con el Servicio de Hematología.
2. Formación de los médicos prescriptores.
3. Formación del equipo de enfermería.
4. Inicio de la prescripción electrónica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador:
Numero de prescripciones electrónicas versus no electrónicas del total de prescripciones.
El valor que se espera alcanzar es el 100%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2018 - Revisión de los protocolos
Septiembre - Octubre 2018 - Formación a médicos prescriptores y enfermería.
Noviembre 2018 - Implantación de la prescripción electrónica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros

Proyecto: 2018_0735 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN HOSPITAL DE DIA DE HEMATOLOGIA

trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0859 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ANGEL MONCIN TORRES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VARELA MARTINEZ ISABEL. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· PORTERO VALIEN MARIA BELEN. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· BENTURA ALMAZOR MARIA. TEAF. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALAYA OTO VIOLETA AUREA. TEAF. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· PEREZ VERA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La prescripción electrónica asistida contribuye a racionalizar el uso de los fármacos y a incrementar la seguridad del paciente en relación con los tratamientos farmacológicos. La utilización de la prescripción por principio activo supone el empleo de un lenguaje común por todos los profesionales y pacientes evitando confusiones y problemas de comprensión. También promueve el uso de medicamentos genéricos aumentando la eficiencia.

En relación con la prescripción por principio activo está la utilización del denominado código-H. Se trata de un instrumento de gestión de los medicamentos cuya finalidad es facilitar la intercambiabilidad de las diferentes presentaciones de medicamentos que puedan utilizarse en un centro hospitalario. Un código-H es aquel que define una forma farmacéutica y dosis de un determinado principio activo, independientemente de la marca y del número de unidades posológicas del medicamento.

La prescripción por principio activo es una demanda tanto de los facultativos como de la dirección del centro. La utilización del código-H facilita la gestión de los medicamentos en el servicio de farmacia

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implantación del código-H para que se prescriba por principio activo. Adicionalmente se logrará una gestión más eficaz de las existencias de medicamentos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para lograr los objetivos del proyecto son necesarios varios procesos:

- Creación los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools
- Introducir los cambio de código en el armario rotatorio vertical Rotapharm
- Lleva a cabo el cambio de códigos en la estación Pyxis
- Crear etiquetas con los códigos-H
- Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo, y colocación de las etiquetas

Se hará una primera reunión en la que se redacte un procedimiento escrito con los pasos citados, incluyendo los detalles técnicos que afecten a cada uno de ellos, de manera que las personas que realicen las distintas etapas del proceso dispongan de un documento con instrucciones precisas

Formación: se formará al personal de Farmacia con instrucciones sobre el concepto de código-H y el de prescripción por principio activo y qué acciones corresponderán a los diferentes componentes del servicio de farmacia

Seguimiento: se recopilará la información sobre los cambios producidos, confeccionando listados actualizados de los medicamentos existentes en el almacén de farmacia con sus denominaciones actualizadas

Plan de comunicación: mensualmente se hará llegar al personal de Farmacia y al personal médico y de enfermería del hospital y de los centros a los que se dispensan medicamentos (CAMP, residencia de Movera, ESAD, CME Grande Covián) los listados actualizados de medicamentos con las denominaciones comerciales y las correspondientes denominaciones por principio activo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Proponemos 2 series de indicadores, en dependencia de los recursos humanos disponibles:

Serie 1: con los recursos actuales (3 farmacéuticos y 6 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 1: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

Proyecto: 2018_0859 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Indicador 1 = (A/B)x100

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado
B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 5% (anual)

Serie 2: con incremento de recursos (4 farmacéuticos y 7 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 2: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

Indicador 2 = (A/B)x100

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado
B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 50% anual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del proyecto depende de los recursos humanos y materiales disponibles. En el primer caso, con los recursos actuales el proyecto duraría varios años, siendo difícil concretar con exactitud ya que es difícil hacer una estimación. Con los recursos humanos incrementados se podría hacer en un máximo de 2 años

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1181 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... ESTHER SOLIS PASTOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YAGÜE NOGUE MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· MARTINEZ ASENSIO SUSANA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· TERREN PUIG GEMMA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· SEQUEROS SAZATORNIL PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· GRACIA ASO NOELIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO, VEMOS LA NECESIDAD DE IMPLANTAR UN RESGISTRO DE ENFERMERIA, PARA SABER EN QUE FECHA SE HA RELAIZADO CUALQUIER TECNICA ENFERMERA, Y ASI SERNOS DE AYUDA PARA REALIZAR UNA CORRECTA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS, ASI MISMO PENSAMOS QUE LA CREACION DE UN REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA ES DE VITAL IMPORTANCIA PARA DAR UNA BUENA CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE.
OBSERVAMOS POR EJMEPLO, QUE LOS CATETERES IV O SC SE RETIRAN POR EL DETERIORO DEL MISMO ANTES QUE POR UN PROTOCOLO QUE ESTABLEZA UN NUMERO DE DIAS PARA SU RECAMBIO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
PODER IMPLANTAR LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LAS TECNICAS DE CUIDADOS EN CUANTO A SU TIEMPO DE REALIZACION.
LA POBLACION DIANA SERA TODO PACIETNE IONGRESADO EN EL SERVCIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO QE PRECISE DE CUIDADOS ESPECIFICOS DE ENFERMERIA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SE CREARA UNA HOJA DE REGISTRO PARA ASI PODER REFLEJAR TODO TIPO DE CURAS, CATETERES, SONDAJES Y TODAS TECNIOCAS ENFERMERAS.
SE CREARA UNA BASE DE DATOS A LA QUE TRASLADAREMOS LOS DATOS RECOGIDOS EN LAS HOJAS DE REGISTRO.
EN EL CAMBIO DE TURNO SE COMUNICARAN LAS INCIDENCIAS REFLEJADAS EN LOS RESGISTROS PARA QUE TODO EL EQUIPO TENGA CONOCIMIENTO DE ELLOS.
LA RECOGIDA DE DATOS SERA UTILIZADA EN FUTUROS PROYECTOS DE INVESTIGACION DE LA UNIDAD.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
CONSEGUIR UN REGISTRO DE UN 90% DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAREMOS DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2018, FRENTE A LA AUSENCIA DE LOS MISMOS EN EL 2017.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SE LE COMUNICARA A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO LA NECESIDAD DE UNA EXAHUSTIVA RECOGIDA DE DATOS.
LA DURACION SERA DESDE EL 1 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODO TIPO DE PATOLOGIAS SUSCEPTIBLES DE INGRESO EN HAD.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1184 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

2. RESPONSABLE ..... SUSANA MARTINEZ ASENSIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLIS PASTOR ESTHER. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· SEQUEROS SAZATORNIL PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· TERREN PUIG GEMMA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· GRACIA ASO NOELIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Detectamos frecuentemente que tras atender a pacientes con gérmenes multirresistentes en centros sociosanitarios, aparecen más casos en el mismo centro con el mismo tipo de germén. El personal que ahí trabaja no siempre tiene los conocimientos sanitarios necesarios para realizar correctamente un aislamiento. Es por ello que consideramos necesario la implantación de un programa de formación para este personal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Como resultados pretendemos disminuir las transmisiones infecciosas durante la movilización, aseo o tareas habituales en el entorno del paciente.
La población diana es todo el personal que trabaje en centros sociosanitarios donde residan pacientes ingresados en el servicio de hospitalización a domicilio..

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Preparación de un documento base para el adiestramiento del personal de los centros sociosanitarios.
Proporcionar cartelería informativa de los distintos tipos de aislamiento para las habitaciones y trípticos para el personal y familiares.
Ofrecer una charla informativa en cada uno de los centros en los que tengamos pacientes ingresados. En ellas se trabajará sobre el lavado de manos, las medidas de aislamiento y como ejecutarlas de una forma adecuada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizaremos un registro de los pacientes que tengamos ingresados en el servicio de hospitalización a domicilio con gérmenes multirresistentes y que residan en centros sociosanitarios, para poder comprobar si en días posteriores se detectan nuevos casos con los mismos gérmenes.

Realizaríamos un cuestionario previo a las charlas al personal al que van destinadas y dos semanas después realizaríamos otro para valorar el grado de aprendizaje.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración será del 1 de junio al 31 de diciembre de 2018. Los responsables de su implantación serán las enfermeras del servicio de hospitalización a domicilio.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1201 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

2. RESPONSABLE ..... RUTH CABALLERO ASENSIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· YAGUE NOGUE MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· SEVIL PURAS MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· ASPIROZ SANCHO CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MATIA SANZ MARTA TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
· FITENI MERA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El TADE (Tratamiento Antibiótico Domiciliario Endovenoso) se define como la administración de un antibiótico por vía parenteral en un paciente ambulatorio. Se ha demostrado su eficacia frente a la hospitalización convencional, siendo una modalidad asistencial segura, efectiva y eficiente en el tratamiento de los procesos infecciosos. Las complicaciones asociadas al medio hospitalario se reducen consiguiendo una recuperación más rápida favoreciendo además el retorno precoz del paciente al medio familiar, social y laboral.
En España, el TADE se realiza en unidades específicas de Hospitalización a Domicilio (HAD), con personal médico y de enfermería propios y que integran esta modalidad asistencial en su cartera de servicios.
Una gran variedad de infecciones son candidatas a TADE como infecciones de piel y partes blandas (IPPB), del tracto urinario (ITU), infecciones osteoarticulares, bacteriemias e infecciones por microorganismos multirresistentes….
Desde el Servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) del Hospital Royo Villanova se ha detectado una baja utilización por parte de otros servicios, dando como resultado una ocupación del 75%.
En los últimos 7 meses del año 2017 (de junio a diciembre 2017 incluido) hubo 231 ingresos en HaD, y de ellos únicamente un 2’6% pacientes provenían de Servicios Quirúrgicos (6 pacientes en total), todos ellos para realización de TADE, con un total de 59 días de ingreso.
Considerando que los pacientes quirúrgicos podrían beneficiarse de la HaD, y siendo uno de los servicios con menor utilización de la HaD, decidimos realizar una serie de actuaciones para mejorar el flujo de pacientes además de aprovechar para aplicar la guía de TADE de la SEIMC-SEHAD.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Aumentar el número de solicitudes de valoración de pacientes para HaD por parte de los servicios quirúrgicos del hospital (Traumatología, Cirugía General y Urología).
• Aumentar el número de pacientes derivados de servicios quirúrgicos a HaD en un 5%, y con ello disminuir la presión de camas en planta de hospitalización.
• En los pacientes subsidiarios de TADE, aplicación de las recomendaciones PROA de la guía SEIMC-SEHAD.
• Aumentar el número total de pacientes en el Servicio HaD en comparación con el año 2017.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para conseguir dichos objetivos, se van a realizar las siguientes actuaciones:
-Divulgar el contenido del servicio de HaD mediante sesiones clínicas-charlas informativas dirigidas a facultativos y personal de enfermería de los servicios de Traumatología, Cirugía General y Urología, con una periodicidad trimestral.
-Distribución del protocolo con los criterios generales de inclusión de pacientes en HaD.
-Proponer a dichos servicios la captación de aquellos pacientes subsidiarios de ingreso en HaD mediante las hojas de consulta realizadas al servicio de medicina interna
Situaciones clínicas subsidiarias de ingreso en HaD y TADE:
-Abscesos intraabdominales y perineales (hepático, esplénico, pancreático, renal y perirrenal, perirrectal y prostático) (una vez drenado el foco)
-Artritis, espondilitis y osteomielitis infecciosas
-Colecistitis y colangitis
-Epididimitis, orquitis y prostatitis bacteriana (es recomendable TADE si fracaso previo tratamiento oral o riesgo de MMRR)
-Infecciones de la piel, tejido celular subcutáneo y fascia, incluyendo las úlceras del pie diabético (teniendo en cuenta las comorbilidades del paciente)
-Infección del retroperitoneo y psoas
-Pielonefritis aguda (dependerá de las comorbilidades y otros factores de gravedad como obstrucción)
El facultativo de la planta quirúrgica responsable del paciente si considera que puede cumplir criterios de traslado a HaD informará a la familia, y si ésta da su consentimiento se pondrá en contacto con nuestra unidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Recoger en un registro de todas las peticiones que se realizan por parte de los servicios quirúrgicos.
-De los pacientes seleccionados por cumplir criterios de ingreso en HaD, valoración de los diagnósticos,

Proyecto: 2018_1201 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

necesidades de TADE, días de tratamiento antimicrobiano y terapia secuencial, y aplicación de las recomendaciones PROA de la guía de la SEIMC-SEHAD recién publicada.
-Registro de pacientes con infecciones por microorganismos multirresistentes y que precisan aislamiento.
-Relación entre días de ingreso en Hospitalización convencional y en HaD.
-Realizar una comparación con años previos.
-Medir el índice de satisfacción de los facultativos y/o personal de enfermería.
-Medir la satisfacción de los pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El calendario previsto es desde junio del 2018 a diciembre del 2018 incluido, con una duración de 7 meses.

9. OBSERVACIONES.
Debido a la limitación del número de participantes, no se han podido incluir a todo el equipo de enfermería del Servicio de HaD, como parte imprescindible de este proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0983 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

2. RESPONSABLE ..... GABRIEL TIRADO ANGLES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALIAGA GONZALEZ PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
· ORTEGA UGARTE SUSANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
· GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
· PEREZ FERNANDEZ MARIA ROSARIO. TCAE. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
· QUILEZ PERNIA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
· LAFUENTE GARCIA JESUS PABLO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA
· CAMPOS GUTIERREZ ELENA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En los Servicios de Medicina Intensiva, la gravedad del enfermo crítico, las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, la cantidad y complejidad de la información utilizada, los traspasos y la necesidad del trabajo en equipo, entre otros, convierten a estas unidades en áreas de riesgo para la aparición de eventos adversos. Dichos eventos no solo constituyen un riesgo para los enfermos, sino que, además, representan un coste económico adicional, dañan a las instituciones y a los profesionales y erosionan la confianza de los enfermos en el sistema sanitario.
La seguridad del paciente crítico y la prevención de aparición de eventos adversos siempre ha sido uno de los retos que más ha preocupado al personal de la UCI del HRV. En el año 2015 se constituyó el Grupo de Mejora de Eventos Adversos de la UCI, un grupo multidisciplinar, muy activo, que ha realizado múltiples sesiones formativas de seguridad, ha elaborado encuestas online entre el personal, que ha recogido más de 70 notificaciones de eventos adversos y que se ha reunido en más de 15 ocasiones para analizar las notificaciones recibidas y ha realizado más de 40 recomendaciones de seguridad al personal acordes a las notificaciones recibidas.
En los últimos meses de 2017 se advirtió un descenso en el número de notificaciones recibidas. Esto añadido a la implantación de un nuevo Sistema de Información clínica, con la desaparición del uso del papel hace que sea necesario una actualización y mejora del Sistema de Notificación de Eventos Adversos de la UCI.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
" Potenciar la actividad del Grupo
" Mejorar la formación en Seguridad del personal de la UCI del HRV
" Empoderar al personal para asumir la responsabilidad de mejorar la seguridad
" Fomentar el Feedback directo a los que han reportado notificaciones y a los grupos clave dentro de la Unidad.
" Continuar preservando la confidencialidad y el fomento de la confianza entre los profesionales que reportan y los miembros del Grupo que desarrollan las recomendaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
" Diseñar un programa formativo acreditado, sobre Seguridad Clínica, Eventos adversos y repaso de las Recomendaciones realizadas en los últimos años.
" Diseño de los elementos necesarios para incluir el Sistema de notificación de eventos adversos en el nuevo sistema de información de la Unidad.
" Efectuar nuevas sesiones educativas para impulsar la motivación en la notificación y sus beneficios entre el personal de la Unidad.
" Publicación en formato papel y electrónico de todas las recomendaciones realizadas hasta la fecha
" Registro de las notificaciones más interesantes en el SiNASP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Este proyecto se evaluará mediante los siguientes indicadores:

" Nº de sesiones formativas realizadas
" Personal asistente a dichas sesiones
" Nº de notificaciones recibidas y características de éstas
" Nº de notificaciones registradas en el SiNASP
" Nº de Recomendaciones realizadas
" Desarrollo del Sistema de Notificación en el nuevo sistema de información clínica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dicho proyecto tendrá una duración de 12 meses, a lo largo de todo 2018.

Proyecto: 2018_0983 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermo crítico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1010 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... FABIOLA PILAR DIEZ MASSO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ RODES PABLO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· ALCUBIERRE IRIARTE SUSANA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· PALAZON FRAILE CLAUDIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· BOLEA MURILLO LUCIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· BERGUA GOMEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· PUEYO TEJEDOR PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· OVEDE GARCIA PILAR. TCAE. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Partiendo de los datos obtenidos, para el acuerdo de gesti?n de 2017, sobre el registro de las escalas Norton y Barthel de los pacientes ingresados en la planta de Medina Interna, se observa:
? La alta incidencia de falta de cumplimiento de las escalas de Norton y Barthel.
? que la incidencia de ulceras por presi?n desarrolladas durante el ingreso es de 4% y de ellos no se han tomado medidas de protecci?n en un 18%.
? Los pacientes con Norton entre 9 y 14, riesgo medio ?alto, no han tenido medidas de protecci?n en un 57%.
? Los pacientes con Norton inferior a 9, que es riesgo muy alto, han sido 4% sin medidas de protecci?n.
No existe instaurada en el servicio, una gu?a de trabajo que oriente al profesional de enfermer?a de forma un?nime y con evidencia cient?fica, por ello la necesidad de crearla.
Para ello se plantea la necesidad de elaborarla, por parte de los profesionales de dicho servicio, enfermer?a y TCAEs, a partir de bibliograf?a con rigor cient?fico, con el fin de poder conseguir la disminuci?n de la incidencia de ?lceras por presi?n en el servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Principal:
? Elaborar una gu?a cl?nica de prevenci?n de lesiones por presi?n para disminuir la incidencia de ?stas en la planta de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova.
Secundarios:
? Analizar las variables que pueden aumentar el riesgo de padecer UPP.
? Registro adecuado de las escalas.
? Concienciaci?n del profesional de la importancia de la prevenci?n.
? Crear una herramienta de trabajo al profesional.
? Implicar a todos los estamentos del servicio en el tratamiento integral del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? Elaboraci?n de una gu?a de trabajo para personal de enfermer?a y TCAEs del servicio.
? Reuniones peri?dicas con el personal de la planta para informar del proyecto y ponerlo en marcha.
? Revisi?n de historias de enfermer?a para comprobar el cumplimiento de escalas Norton y Barthel, y medidas de protecci?n adoptadas.
? Incidir en la importancia de la prevenci?n.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
Revisi?n de las escalas Norton de cada paciente en los primeros d?as de ingreso para comprobar si:
? Norton <12 las medidas de prevenci?n est?n tomadas y registradas en la historia de enfermer?a : colch?n antiescaras, cambios posturales, protecci?n de talones. En caso contrario incidir en su realizaci?n por parte del personal del servicio.
? Norton entre 12-14, hacer una revaloraci?n del paciente para detectar posibles cambios y si ellos necesitan medidas preventivas.
? Norton <9 llevaran todos medidas preventivas instauradas para la prevenci?n de ?lceras por presi?n.
Otros criterios de la reevaluaci?n ser?an: Patolog?a por la cual ingresa, fiebre, estado cognitivo del paciente, Barthel actual, incontinencia de esf?nteres, portador de sonda vesical.

Evaluaci?n:
Realizar una revisi?n de historias de enfermer?a previamente a la implantaci?n de la gu?a,y dos revisiones posteriores a los 3 y 6 meses para ver el impacto en los profesionales y en los usuarios de la gu?a de prevenci?n.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mes de Junio: Revisi?n bibliogr?fica,

Proyecto: 2018_1010 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Julio-Agosto: elaboraci?n de la gu?a de procedimientos.
Septiembre:
? Presentaci?n de la gu?a elaborada a las direcciones y al personal implicado en el cuidado del paciente, del servicio de Medicina Interna.
? Formaci?n del personal que trabaja en dicho servicio.
Octubre: Primera revisi?n de historias de enfermer?a antes de implantar la gu?a.
Noviembre- Febrero: Aplicaci?n de la gu?a cl?nica por parte de los profesionales de enfermer?a.
Febrero: Segunda revisi?n de historias.
Mayo: Evaluaci?n comparativa entre las revisiones efectuada para ver los resultados de la aplicaci?n de la gu?a cl?nica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1030 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LAS RECOMENDACIONES DE "NO HACER" EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE ..... ESTHER DEL CORRAL BEAMONTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAMBAN ARANDA MARIA PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· MUNILLA LOPEZ EULALIA MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· FUERTES RUIZ DANIEL. MIR. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· PALAZON FRAILE CLAUDIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· FERRANDO VELA JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· ALCALA RIVERA NICOLAS. MIR. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· GARCIA ANDREU MARIA MAR. MIR. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El fenómeno "Rigth Care" surgió hace una década en Estados Unidos y Reino Unido y más recientemente en nuestro país. Ha tenido un gran desarrollo en los últimos años y son varias las iniciativas que se han llevado a cabo para mejorar la eficiencia clínica. Entre ellas, surgen las recomendaciones "DO NOT DO" del National Institute for Clinical Excelence (NICE). Se crearon las listas Top Five. En la actualidad hay mas de 50 sociedades científicas implicadas con más de 250 recomendaciones. Con todo esto, la Sociedad Española de Medicina Interna, en su compromiso por la calidad elaboró un documento junto con el Ministerio de Sanidad.
Nos proponemos valorar el nivel de cumplimiento de algunas de estas recomendaciones de "No hacer" y trabajar en las prácticas "NOT TO DO" con el objetivo de mejorar la salud de nuestros pacientes, reducir el riesgo y si es posible, también el gasto sanitario.
Las tres recomendaciones, sobre las que vamos a trabajar son:
1- No utilización de benzodiacepinas para la agitación o el delirium en pacientes de edad avanzada.
2- Utilizar Omeprazol sólo en las indicaciones establecidas. Cuando esté indicado, durante el ingreso, administrarlo por vía oral siempre que sea posible.
3- No poner sonda nasogástrica ni de gastrostomía para pacientes con disfagia severa y demencia avanzada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Inicialmente nos proponemos hacer una evaluación del grado de cumplimiento de estas recomendaciones en los pacientes ingresados en la planta de medicina interna a cargo de nuestro servicio. Posteriormente haremos sesiones de las recomendaciones de "no hacer" y de su grado de evidencia para recordarlo a todo el personal. Con esto esperamos aumentar el grado de cumplimiento. Volveremos a valorar después de las sesiones clínicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Auditoría con cortes puntuales en los pacientes ingresado.
Sesiones clínicas a lo largo del año, con el objetivo, de recordar y exponer resultados a todos los miembros del equipo de medicina interna.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Vamos a medir el tanto de por ciento de pacientes que cumplen las recomendaciones de "no hacer": uso de benzodiacepinas, omeprazol bajo indicación y sonda nasogástrica, antes y después de las sesiones clínicas y los recordatorios en las reuniones que se llevan a cabo con el personal de enfermería de las plantas.
Utilizaremos la historia clínica tanto médica como de enfermería para extraer los datos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los miembros de este equipo de mejora realizaremos cortes puntuales, sin avisar al equipo médico a lo largo del año.
Realizaremos al menos dos sesiones clínicas que incluyan estas, y otras recomendaciones a los facultativos del servicio.
Recordaremos, al menos una vez cada 15 días, en la sesión que se realiza cada mañana junto al equipo de enfermería, las recomendaciones de No Hacer.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. toda la patología de medicina interna que requiere ingreso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1096 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

2. RESPONSABLE ..... LETICIA ESTHER ROYO TRALLERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABALLERO ASENSIO RUTH. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· SEVIL PURAS MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· FELIX RUBIO SANTIAGO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· MARTIN ALGORA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· RIVERA ALCALA NICOLAS. MIR. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· CRESTELO VIEITEZ ANXELA. MIR. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El aumento de la esperanza de vida actual constituye un envejecimiento poblacional paulatino. La mejoría socioeconómica ligada a la innovación biomédica permite soslayar la mortalidad de muchas enfermedades (cardiovasculares, respiratorias e infectocontagiosas) cuyo precio a su supervivencia es la generación de condiciones crónicas. El paciente pluripatológico ó crónico complejo condiciona una incidencia superior al 35% de ingresos mensuales y una prevalencia que puede alcanzar el 40-60% en un servicio de Medicina Interna (MI). La fragilidad clínica unida a su comorbilidad conlleva deterioro funcional, dependencia y sobrecarga del cuidador así como alta mortalidad secundaria a infecciones nosocomiales ligadas a elevado número de reingresos hospitalarios. Las agudizaciones de patologías crónicas como insuficiencia cardiaca (IC) y agudizaciones respiratorias de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus descompensada o patología infecciosa (genitourinaria, respiratoria, digestiva) generan elevada presión asistencial en Medicina Interna.
La Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) produce importantes beneficios clínicos al reducir significativamente la mortalidad por disminución de infecciones nosocomiales, de delirium orgánico y de reingreso hospitalario así como mayor calidad de vida percibida por el paciente. Asimismo, supone una reducción del número de ingresos y mejora de la gestión de camas en planta convencional

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Disminución del número de infecciones nosocomiales y de reingreso hospitalario en pacientes crónico complejos.
2.Reducir el riesgo de sucesos adversos ligados a hospitalización y mejorar la calidad de vida de paciente y cuidador.
3.Mejorar la gestión de número de camas e ingresos en planta de MI

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Valoración del 80% de pacientes crónico complejos que cumplen criterios de ingreso en HaD (cuidador 24 horas, diagnóstico preciso, estabilidad hemodinámica) con duración superior estimada a 4 días de ingreso hospitalario y proponer su derivación a dicha unidad.
El médico de planta responsable del paciente tras primera evaluación notificará el caso al equipo de HaD para valoración definitiva en las 48 horas posteriores a su ingreso

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración mínima del 80% de pacientes crónico complejos ingresados en MI.
Reunión diaria del equipo de HaD (facultativos y enfermería) con facultativos del programa crónico complejo para notificación de pacientes.
Registro de pacientes (aceptados y rechazados) por parte de ambos equipos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Valoración de pacientes y registro de casos hasta 31 de diciembre de 2018.
Análisis de resultados y seguimiento de casos en 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1096 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

Proyecto: 2018_1142 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

2. RESPONSABLE ..... MARIA SEVIL PURAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATIA SANZ MARTA TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· CABALLERO ASENSIO RUTH. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· FITENI MERA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· TERRAZA MARTIN SERGIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· DIEZ CORNELL MARCOS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ MURGUI RAUL. MIR. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital Royo Villanova comenzó su andadura en el año 2015. Inicialmente, los pacientes eran ingresados desde el servicio de Medicina Interna y otras plantas de hospitalización y posteriormente, se prosiguió con ingresos procedentes de urgencias y directamente desde Atención Primaria y consultas externas.
En los últimos siete meses del año 2017 (de junio a diciembre incluido) hubo 231 ingresos en HAD y de ellos un 21% (49 pacientes en total) fueron derivados desde la planta de Medicina Interna.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aumentar en un 5% el número de ingresos en HAD que proceden de la planta de Medicina Interna como forma de liberar un mayor número de camas en dicho servicio en el periodo desde junio del 2018 a diciembre del 2018.
- Aumentar el número total de ingresos en HAD

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Al ingreso de los pacientes el médico de guardia valorará cuales pueden ser candidatos de HAD e informará al paciente de la alternativa asistencial para ver si cumple criterios de ingreso.
- En la sesión de la mañana se comentarán los ingresos con el resto de facultativos y se decidirá cuales pueden ser candidatos a HAD.
- El médico de la planta responsable del paciente si considera que cumple criterios de traslado a HAD informará a la familia y si ésta da su consentimiento se pondrá en contacto con nuestra unidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Aumento del número de ingresos procedentes de la planta de Medicina Interna en 2018 con respecto al del 2017 en un 5%.
- Aumento del número de ingresos en HAD totales en 2018 con respecto al 2017.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se comunicará a todos los FEAS en la reunión de la mañana el proyecto y en las sucesivas reuniones de la mañana se revisarán que pacientes pueden ser candidatos a ingreso en Hospitalización a Domicilio.
Los lunes se realizará revisión de los ingresos del fin de semana y el médico de guardia comunicará a los facultativos que pacientes pueden ser candidatos a HAD.
El calendario previsto es desde junio del 2018 a diciembre del 2018 incluido.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patología susceptible de ingreso en Hospitalziación a Domicilio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1220 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA ROMAN BUENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PASAMAR MILLAN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· SANCHEZ VICENTE YOLANDA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
· GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· RUJULA AZNAR MARGARITA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· MENDOZA BELLO ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El término administración vía intravenosa hace referencia a la administración directa del fármaco al torrente circulatorio, facilitando la obtención de concentraciones plasmáticas altas y precisas.
Se puede realizar de dos maneras:

- Directa. Es la administración del medicamento en forma de bolo, ya sea solo o diluido (normalmente en una jeringuilla de 10 ml. con un medio de disolución adecuado a cada fármaco). Se usa pocas veces por las complicaciones a que puede dar lugar, ya que en general los medicamentos necesitan un tiempo de infusión más amplio que el que se obtiene con este procedimiento.
- Por goteo intravenoso, canalizando una vía venosa. Es la forma de administración intravenosa más frecuentemente utilizada en el medio hospitalario.

En marzo de 2017 la OMS lanzó una iniciativa mundial para reducir los daños graves y evitables relacionados con la administración de medicación al paciente. El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente tiene por objeto subsanar errores de procesamiento y administración de medicamentos y como consecuencia de ello evitar daños graves, discapacidad e incluso la muerte al paciente.

Entre los fármacos que habitualmente enfermería administra por vía intravenosa se encuentra una amplia variedad de antibióticos que desde su preparación hasta su administración deben mantener las condiciones ideales de estabilidad, compatibilidad y esterilidad del producto terminado.
El profesional de enfermería debe poseer conocimientos actualizados y claros desde el punto de vista farmacológico, de los antibióticos que maneja, tales como dosis, formas de preparación, manipulación de la presentación y administración.
El uso inadecuado de los mismos puede generar perjuicios en el paciente que los recibe tales como reacciones adversas de toxicidad o hipersensibilidad o de incompatibilidades farmacológicas. Esto hace que en ocasiones entre los profesionales de enfermería surjan dudas sobre la preparación y administración de dichos medicamentos ya sea por falta de información, o por la falta de tiempo que requiere la búsqueda de su correcto uso en farragosos prospectos, vademécum...
La guía que proponemos implantar va dirigida a complementar en el personal de enfermería los conocimientos relacionados con la administración de los antibióticos más utilizados en nuestro centro hospitalario, mejorando la calidad asistencial con una correcta administración de la antibioterapia por vía intravenosa y evitando errores en su uso cotidiano.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Promover la correcta administración de las terapias con antibióticos para obtener una mayor eficiencia.
Disminuir los factores asociados a los errores en la administración de dichos medicamentos.
Mejorar la calidad de los cuidados prestados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de una guía informativa de los antibióticos más frecuentemente utilizados en el hospital, incluyendo nombre genérico del antibiótico, presentación, vía de administración, dosificación, reconstitución y condiciones de conservación para su correcta administración.
Diseño de póster con la información esquematizada para colocar en un lugar visible para el personal, en la zona de preparación de medicación de cada servicio de hospitalización.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de satisfacción al personal de Enfermería de cada unidad para evaluar su utilidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Diseño del póster.
Supervisión de la guía por parte del Servicio de Farmacia.

Proyecto: 2018_1220 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

9. OBSERVACIONES.
Proyecto de mejora aprobado por el Jefe de Servicio (Dr. Abril) y Supervisor de la unidad de hospitalización (Enfermero Javier Campillo Martinez) 4ª A Cardiología.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0802 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) DEL HRV A LA ESTRATEGIA IRASPROA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ASPIROZ SANCHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EZPELETA GALINDO ANA ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· TIRADO ANGLES GABRIEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCI
· CORRUCHAGA ARREGUI MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· STODUTO GARCIA PIEDAD. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· SANCHEZ HERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· RIHUETE CARO ELVIRA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· CABALLERO ASENSIO RUTH. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En 2017 se creó el Grupo PROA del HRV, que se presentó publicamente el día 1 de junio de 2017. Se elaboró una base de datos Excel® en la que se comenzaron a registrar por parte de la enfermera de Sepsis-PROA todas las bacteriemias del Sector I desde febrero de 2017
En el año 2018, como parte de la estrategia de implementacio´n del Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente, el Departamento de Sanidad de Aragón ha puesto en marcha la Estrategia IRASPROA Arago´n cuyo objetivo es optimizar la vigilancia, prevencio´n y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la resistencia y el uso de antibio´ticos. En este contexto, la optimizacio´n del uso de antimicrobianos se basara´ en la puesta en marcha de Equipos PROA - tanto en hospitales como en Atencio´n Primaria- cuya misión es planificar, ejecutar y verificar acciones encaminadas a mejorar el uso de antibióticos. Estas acciones se deben diseñar con la intención fundamental de facilitar la toma de decisiones de los profesionales implicados en el uso de antibióticos con una serie de objetivos. Por esta razón el Grupo PROA del HRV, ha de adaptar algunas de las acciones ya realizadas e iniciar otras para ajustarse a esta estrategia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Adaptar el proyecto PROA del HRV y remitirlo al Grupo de Trabajo autonómico para su aprobación.
- Presentar el Programa PROA de centro a todos los servicios del HRV con participación en la prescripción de antibióticos.
- Adaptar y dar difusión a la Guía Local del Tratamiento Antimicrobiano.
- Desarrollar e Instaurar el nuevo sistema de registro de bacteriemias y de actuaciones PROA, que se implantará al resto de Hospitales de Aragón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Desarrollo del nuevo sistema de Registro de Bacteriemias y actividades PROA.
- Registro de las bacteriemias del sector I [HRV y Hospital Real Nª Sª de Gracia (HNSG)]
- Registro de las actuaciones PROA.
- Registro de las notificaciones de la enfermera de enlace / PROA a Atención Primaria y al HNSG de los microorganismos multirresistentes y otros de especial interés.
- Formación PROA en Hospitalización, Urgencias y Atención Primaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Bacteriemias evaluadas / notificadas/ registradas por los miembros del equipo PROA en pacientes ingresados en el año 2018 (nº absoluto y proporción)
2. Bacteriemias evaluadas / notificadas/ registradas por los miembros del equipo PROA en pacientes no ingresados en el año 2017 (nº absoluto y proporción)
3. Pacientes con bacteriemia por Staphylococcus aureus con hemocultivos de control.
4. Nº de notificaciones de la enfermera de enlace a Atención Primaria y al HNSG de los microorganismos multirresistentes y otros de especial interés
5.- Indicadores de actividad, proceso y de resultado propuestos por la Estrategia IRASPROA (2º semestre)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Todas estas actividades se realizarán a lo largo del año 2018.
El seguimiento y notificación de bacteriemias se realizará a lo largo de todo el año.
El registro de las bacteriemias se realizará en dos bases diferentes, primer semestre (base Excel HRV) y segundo semestre (base Excel, realizada por el Dr. G. Tirado y común a la estrategia IRASPROA y a todos los hospitales de Aragón).

9. OBSERVACIONES.
Por la limitación que existe en el número de componentes exigida, no se ha podido incluir en esta ocasión a varios profesionales del servicio de Medicina Interna que figuraban el año pasado (Dr. Marcos Díez Cornell y

Proyecto: 2018_0802 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) DEL HRV A LA ESTRATEGIA IRASPROA

Dr. Sergio Terraza), así como a dos profesionales de Urgencias (Dr. José María Ferreras y Marcos Sarrat) que forman parte activa del grupo PROA.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0390 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL EGEA GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANADON GALICIA EVA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· JIMENEZ MILLAN VANESA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· PARDOS VAL PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· SARRABLO IRANZO MIRIAM. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· PEREZ GIMENEZ LAURA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
– la creación y puesta en marcha duran: la creación te el primer trimestre de 2018 de una nueva unidad de monitorización respiratoria a cargo del servicio de Neumología del hospital Royo Villanova conlleva la necesidad de aclarar y protocolizar los cuidados de enfermería específicos que requieren este tipo de pacientes, con el fin de conseguir el máximo bienestar del paciente durante su estancia en dicha unidad y a la vez rentabilizar los recursos de los que se dispone (especialmente cuando en el tratamiento con ventilación mecánica no invasiva,vmni, todos los fungibles:mascarillas,tubuladuras….suponen un alto coste económico)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS:
1. ofrecer la máxima seguridad y los mejores cuidados evidenciados al paciente
2. homogeneizar los criterios de actuación de enfermería para aumentar la calidad asistencial
3. proporcionar una herramienta de trabajo en equipo que mejore la organización y planificación de los cuidados al paciente
4. rentabilizar los recursos disponibles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
:1 -Revisión bibliográfica sobre cuidados enfermeros a pacientes con ventilación mecánica no invasiva y monitorizados .
2 -Reunión para puesta en común y debate.
3 -Realización de un protocolo,que desarrolle actividades que tengan la finalidad de :prevenir, disminuir o resolver las posibles complicaciones que conlleva la vmni.Entre dichas actividades se incluirán algunas más específicas como:-registro de parámetros fisiológicos (constantes vitales, nivel de consciencia, o uso de musculatura respiratoria……) –registro de parámetros de intercambio gaseoso(gasometría,saturación…)-control y revisión periódica de todo el aparataje:principalmente para evitar fugas .
Además de todos los cuidados holísticos del paciente:físicos y psicológico

4 -Presentación del mismo ante la Comisión de Calidad del HRV
5-Presentación al resto del servicio.
6-Implementación del mismo 7-Facilitar el acceso a dicho protocolo al personal de nueva contratación
8-Distribución a otros servicios que aunque no dispongan de monitores sean candidatos de acoger pacientes con vmni

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Registrar a los pacientes que pasen por la unidad de monitorización respiratoria
-semestralmente revisar las historias(elegidas aleatoriamente)de un porcentaje significativo de dichos pacientes y comprobar en los registros de enfermería la cumplimentación de las actividades incluidas en el protocolo
-Calcular nºde pacientes con protocolo aplicado /nº de pacientes ingresados en la UMRx100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
abril-mayo 2018:revisión bibliográfica
junio 2018:reunión para puesta en común y consensuar los mejores cuidados basándanos en las evidencias científicas actuales
septiembre 2018:presentar el protocolo ante la comisión de calidad del HRV
octubre 2018:iniciar implementación del mismo
marzo 2019:realizar la primera revisión semestral de evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0390 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0395 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

2. RESPONSABLE ..... VANESA JIMENEZ MILLAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EGEA GONZALEZ RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· ANADON GALICIA EVA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· SARRABLO IRANZO MIRIAM. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· PARDOS VAL PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· BAQUEDANO CORTES CONSUELO. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· SANZ SANJOAQUIN ANA ISABEL. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La planta de Neumología y Digestivo del Hospital Royo Villanova está formada por diferentes espacios que ofrecen al paciente una atención integral durante su estancia.
Estos espacios son:
• 15 habitaciones con un total de 18 camas para paciente respiratorio y 10 para pacientes del servicio de Digestivo.
• 1 habitación donde está ubicado el Hospital de Día de Neumología
• Zona de despachos, secretaria …
Fuera del entorno de la planta:
• Consultas externas de Neumología, ubicadas en la planta baja del hospital, accediendo a ellas por la puerta de Urgencias.
• Unidad de deshabituación tabáquica, junto a las consultas externas de Neumología.
• Pruebas Funcionales, situadas también en la planta baja del hospital.
La mayoría de las veces tanto el paciente como el acompañante desconocen la ubicación, horarios, normativa de actuación... de los servicios que se le van a ofrecer durante su ingreso y al alta tras la hospitalización.
Consideramos pertinente que el usuario disponga a su llegada a la planta de un tríptico, donde venga reflejado, de una forma esquemática, toda la información que habitualmente es demandada.
Si el usuario está bien informado sobre los recursos disponibles, aumentará su sensación de confort y seguridad, a la vez que evitará en la medida de lo posible que el personal responda de forma reiterada a este tipo de demandas de información.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son:
- Ofrecer una acogida e estancia confortable.
- Facilitar información importante durante la hospitalización en el servicio de Neumología y Digestivo.
- Mejorar la adaptabilidad del paciente y acompañante en su estancia mejorando así su sensación de seguridad e independencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Todas las actividades serán puestas en común y reevaluadas periódicamente por el equipo de mejora.
- Se reunirá periódicamente toda información que los profesionales del servicio consideran más demandada por los pacientes y acompañante en el servicio de neumología y digestivo del HRV: teléfonos, localización de servicios (hospital de día, deshabituación tabáquica, despachos médicos, secretaría, etc.), horarios de comida…
- Diseño y realización del tríptico informativo de acogida.
- Presentar el proyecto a la dirección de enfermería con la intención de informar acerca de su elaboración y contenido.
- Presentación del tríptico a todos los integrantes de la unidad para su conocimiento.
- Implantar y remitir el tríptico a acompañantes y pacientes que ingresen en el servicio.
- Recogida de datos mediante encuesta y análisis de datos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores que utilizamos para la valoración de los objetivos marcados son los siguientes:
. Número de pacientes que reciben el tríptico/Número de pacientes ingresados en un periodo x 100
. Número de pacientes que han leído el tríptico/número de pacientes que reciben el tríptico x 100
. Número de pacientes que consideran útil la información del tríptico/Número de pacientes que han recibido el tríptico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De Abril a Diciembre de 2018.
- Abril y Mayo de 2018: Comienzo con la realización del proyecto de mejora. Reunión de equipo para puesta en común de la información que, posteriormente se recopilará en el tríptico informativo. Diseño y realización del

Proyecto: 2018_0395 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

tríptico.
- Junio de 2018: Presentación del tríptico informativo de acogida a la Dirección de Enfermería y al personal.
- Julio de 2018: Puesta en marcha. Implantar y remitir el tríptico informativo de acogida a todo paciente y acompañante que ingrese en el servicio de hospitalización de neumología y digestivo.
- Diciembre de 2018: Entrega de encuesta a los pacientes ingresados, y análisis de consecución de los objetivos marcados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODAS LAS PATOLOGÍAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0851 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ANA BOLDOVA LOSCERTALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES NILSSON JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· MORENO MIRALLAS MARIA JESUS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· LAZARO SIERRA JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· ROSELL ABOS MARIA TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· ZUIL MARTIN MARCOS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· CASTANERA MOROS ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La EPOC es una enfermedada muy prevalente en la población (En torno al 10%), esta aumentando el diagnóstico y supondrá la tercera causa de muerte a nivel mundial en el 2030
En nuestro hospital, es el GRD que más gastos sanitarios directos e indirectos genera,siendo las exacerbaciones de la EPOC uno de los desenlaces relevantes en la enfermedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar la atención de los pacientes con EPOC
2. Disminuir la variabilidad en cuanto a la atención que se presta al paciente que acude al Servicio de Urgencias por exacerbación de la enfermedad.
3. Poner en marcha un protocolo de actuación en para el manejo y tratamiento de las exacerbaciones de EPOC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Partimos de un borrador consensuado con el Servicio de Urgencias, desarrollado durante el año 2017
Para ello, se ha realizado búsqueda bibliográfica y revisión de las guías de manejo clínico actualizadas.
Existe una previsión de reuniones junto con el Servicio de Urgencias para consensuar el trabajo a realizar conjuntamente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador principal: finalización del consenso en plazo
Indicadores secundarios:
1. Definir los tipos de exacerbación para ajustar tratamientos
2. Recomendaciones de manejo de la exacerbación ajustadas a la evidencia científica
3. Inclusión de protocolos de tratamiento en farmatools

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación de herramientas informáticas, para tipificación de la exacerbación y del manejo del paciente así como de su tratamiento codificado en el programa de prescripción farmacéutica (farmatools) en Octubre de 2018.
Se prevé la finalización del protocolo en Noviembre de 2018.
A partir de Noviembre 2018, difusión en la plataforma de protocolos del Hospital Royo Villanova y adiestramiento del personal.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0950 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

2. RESPONSABLE ..... LAURA PEREZ GIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BOLDOVA LOSCERTALES ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· LAZARO SIERRA JAVIER. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· CASTANERA MOROS ANTONIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· ROSELL ABOS MARIA TERESA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· ZUIL MARTIN MARCOS. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
· VARELA MARTINEZ ISABEL. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA
· MONCIN TORRES CARLOS ANGEL. FARMACEUTICO/A. H ROYO VILLANOVA. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las bronquiectasias son la tercera enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea. Debido al uso, cada vez más habitual de la TAC, su diagnóstico se ha incrementado notablemente.
La experiencia adquirida en el tratamiento de la fibrosis quística (FQ) se ha extrapolado a las bronquiectasias no FQ, siendo obligatorio estandarizar y protocolizar el uso de fármacos inhalados en esta entidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Población diana: pacientes con bronquiectasias no FQ con infección bronquial por gérmenes potencialmente patógenos.
-Objetivos:
Disminuir la variabilidad en el tratamiento de las bronquiectasias no FQ.
Protocolizar el uso de antibioterapia inhalada en estos pacientes
Simplificar el circuito actual de prescripción
Minimizar los errores de prescripción
Servicios a los que va dirigidos:
Neumologia, Medicina Interna, Farmacia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Implementar las guías de práctica clínica a las características del hospital.
Contactar con centros de referencia nacionales que tengan estandarizado el tratamiento de las bronquiectasias no FQ
Elaboración del protocolo conjunto con farmacia y puesta en marcha

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de prescripciones correctamente cumplimentadas : número de prescripciones correctamente cumplimentadas/ número de prescripciones totales.
- Ausencia de variabilidad en el uso de antibioterapia inhalada.
- Porcentaje de prescripciones que no cumplen lo criterios de uso de antibioterapia inhalada: pacientes sin bronquiectasias, no infección crónica por microorganismo potencialmente patógeno.
- Tiempo transcurrido desde la prescripción hasta la dispensación del tratamiento por parte de farmacia
- Creación y desarrollo de una base de datos para análisis posterior.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Noviembre 2017- Enero 2018: revisión bibliográfica
- Febrero 2018: consulta de guias recientemente publicadas (Sociedad española y sociedad europea de patologia respiratoria)
- Marzo de 2018: contacto con centros de referencia nacional para consultar sus prácticas clínicas habituales.
- Segundo trimestre 2018: elaboración de borrador del documento por parte del servicio de neumología y farmacia
- Segundo semestre de 2018: puesta en común de documentos,elaboración de documento final y puesta en marcha.
-Primer trimestre de 2019: sesion clínica informativa en sesión general hospitalaria. Análisis de los primeros resultados
- Se precisaran 3 reuniones conjuntas Neumologia-Farmacia.
- No serán necesarios recursos materiales ni humanos

9. OBSERVACIONES.
El servicio de Neumología se encargará de la elaboración de una base de datos; se propondrá al Hospital Royo Villanova la inclusión de los datos de pacientes con bronquiectasias no FQ en la registro nacional de bronquiectasias

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2018_0950 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0615 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

2. RESPONSABLE ..... ANA LATORRE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VELAZQUEZ BENITO ALBA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· GARCIA GOMARA MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· LOPEZ LOPEZ ALFREDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· RIOS GOMEZ CONSUELO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· CAMPELLO MORER ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· PEREZ TRULLEN JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta en neurología. De hecho, la migraña afecta aproximadamente a un 12-15% de la población mientras que la cefalea tensional puede llegar hasta más del 40%. Existen múltiples alternativas terapéuticas a día de hoy que sin embargo no logran controlar a todos los pacientes, incluyendo terapias más recientes como el uso de onabotulinumtoxinA.
Existen además otro tipo de cefaleas menos frecuentes, como la cefalea en racimos o la neuralgia occipital que pese a afectar a menor número de pacientes suponen un gran impacto sobre ellos.
En todos estos grupos de cefaleas se han desarrollado estudios observacionales que apoyan el uso de la infiltración anestésica (o anestésica combinada con corticoide) del nervio occipital mayor o nervio de Arnold.
La técnica más habitual utilizada es la infiltración de 2ml de anestésico local (lidocaína al 2% de elección) con o sin corticoide (metilprednisolona 80mg en una dilución de 2ml de suero fisiológico). Se localiza la zona mediante palpación de región habitual de localización del nervio occipital mayor, siempre mediante personal experto en esta técnica.
Los efectos secundarios más habituales son leves y transitorios (hematoma, dolor local, reacción vagal), siendo poco frecuente la aparición de efectos secundarios más severos (infección local).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaboración de un consentimiento informado sobre la técnica de infiltración del nervio occipital mayor en pacientes con cefalea (migraña episódica, migraña crónica, cefalea en racimos, neuralgia occipital).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Incorporación de dicho consentimiento a los ya disponibles en Intranet del Sector I, en el apartado del servicio de Neurología.
Información al paciente sobre dicho consentimiento previo a la técnica, obteniendo una copia firmada que se incorporará a la historia física.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes tratados con dicha técnica en el momento de finalizar el plazo de desarrollo del proyecto.
Número de consentimientos informados obtenidos hasta el momento de finalizar el plazo del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre de 2018 a septiembre de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0616 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA GOMARA MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· LATORRE JIMENEZ ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· CAMPELLO MORER ISABEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· RIOS GOMEZ CONSUELO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· LOPEZ LOPEZ ALFREDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA
· PEREZ TRULLEN JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las inmunoglobulinas humanas (IGs) son un tratamiento utilizado para inmunodeficiencias de anticuerpos y ciertos trastornos inmunes (hasta 35 enfermedades de origen autoinmune).
En el ámbito de la neurología se utilizan como tratamiento de procesos agudos como las polirradiculoneuritis agudas o las exacerbaciones de Miastenia Gravis así como para procesos crónicos como las polineuropatías de origen disinmune o la neuropatía motora multifocal (en estos casos se realiza con una periodicidad variable).
La pauta habitual es de 0’2gxKgxdía durante 5 días consecutivos. La velocidad de infusión parece estar relacionada de forma directa con la aparición de reacciones adversas leves-moderadas que pueden condicionar el abandono del tratamiento (cefalea, náuseas, vómitos, hipotensión arterial sintomática). No obstante existen otros efectos secundarios relacionados más directamente con la naturaleza del tratamiento, que conviene conocer por parte del personal que atiende a estos pacientes (síndrome coronario, trombosis venosa profunda, meningitis aséptica).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un protocolo de administración de IGs iv en el servicio de neurología en el que se describa:
- Indicaciones más frecuentes
- Pauta de administración del fármaco
- Principales efectos secundarios (síntomas y signos de alerta)

Utilización de este protocolo tanto por parte del personal médico que indica el tratamiento como por personal de enfermería, que lo tendrá disponible para su consulta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación del protocolo en forma de documento accesible en Intranet del Sector I, apartado de Neurología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Incorporación de este documento a las órdenes de tratamiento en el caso de pacientes que precisen infusión de IGs iv.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en septiembre de 2018.
Finalización en septiembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1164 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

2. RESPONSABLE ..... RUBEN HERNANDEZ VIAN
· Profesión ..... OPTOMETRISTA
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMANO ORTEGA PILAR. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· PARDIÑAS BARON NIEVES. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· CAMEO GRACIA BEATRIZ. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· FANLO ZARAZAGA ALVARO. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· LARROSA POVES JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· PABLO JULVEZ LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La catarata es la principal causa de ceguera tratable en el mundo. Los principales síntomas que refieren los pacientes es una disminución de la agudeza visual, que es más marcada cuanto más importante es la opacidad cristaliniana. Sin embargo, existen otros síntomas como es la presencia de halos o la disminución de la visión en condiciones de baja iluminación, debida a la reducción en la sensibilidad al contraste que presentan estos pacientes y que pueden limitar sus actividades diarias, pudiendo corregirse con la cirugía de facoemulsificación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer como prueba diagnóstica que permita unificar criterios, la evaluación de la agudeza visual en condiciones de bajo contraste en aquellos pacientes que presenten cierto grado de discordancia entre la agudeza visual fotópica y la sintomatología asociada siempre que, dicha agudeza visual, sea superior al valor marcado como criterio de inclusión en la cirugía.
Por tanto, se plantea:
1. Determinar la agudeza visual en condiciones mesópicas y fotópicas pre y post quirúrgicas.
2. Evaluar si existen diferencias significativas entre la agudeza visual en condiciones fotópicas y mesópicas, antes y después de la cirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
A partir de un estudio de cohortes prospectivo evaluaremos la agudeza visual bajo diferentes condiciones de iluminación y contraste de los pacientes que vayan a ser intervenidos de cataratas en las consultas pre y post-operatorias de la unidad ARCCA del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.
-Criterios de Inclusión
• Pacientes adultos entre 18 y 90 años
• Catarata de más 2 grados en LOCS
-Criterios de exclusión
• Alteración corneal (Leucomas, guttas, cirugía refractiva previa, pterigium, ojo seco, queratitis…)
• Ojos con pronósticos visuales reservados como membranas epi-retinianas (MER), retinopatía diabética (RD), atrofias maculares o glaucomas severos en los que sutiles cambios refractivos no van a ser tan acusados por parte del paciente.
Se incluirán en el estudio, de manera secuencial, los pacientes que cumplan los criterios anteriormente nombrados. El tamaño muestral será el suficiente para el estudio de la evolución de la enfermedad, siendo no inferior a 100 sujetos.

Se determinará la agudeza visual de alto contraste (100%) pre y post-cirugía con la mejor compensación bajo condiciones de iluminación fotópica (120 cd/m2) y en condiciones de iluminación mesópica (0.8 cd/m2), previa incorporación de un filtro de densidad óptica neutra de transmitancia 13.7% que proporciona una luminancia al optotipo de 5 cd/m2. Se utilizará el optotipo ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) que consta de 5 letras por línea y cada tres líneas se duplica el ángulo visual subtendido. Los resultados de agudeza visual (AV) se expresan tanto en escala decimal como en escala logarítmica, considerando la última fila de optotipos leída completamente y las letras leídas de la siguiente fila.
Los pacientes deberán completar el cuestionario NEI VFQ-25. Se trata de un cuestionario que consta de 25 preguntas y permite relacionar la calidad de vida del paciente con su estado visual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a. Determinar si existen diferencias significativas entre la agudeza visual preoperatoria en condiciones fotópicas y mesópicas, que puedan justificar la inclusión en lista de espera de pacientes que, en buenas condiciones de iluminación, presenten agudezas visuales superiores a las marcadas en los protocolos de inclusión, pero cuyas actividades en condiciones escotópicas pueden verse afectadas por la presencia de cataratas.
b. Evaluar las diferencias existentes entre la agudeza visual en condiciones de iluminación mesópicas y en condiciones fotópicas antes y después de la cirugía de cataratas.
c. Determinar la relación existente entre la calidad de vida del paciente y el estado visual asociado a la presencia de cataratas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El periodo de reclutamiento se extenderá desde Junio de 2018 a Marzo de 2019.

Proyecto: 2018_1164 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

El proyecto finalizará en Junio de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2018_1217 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JUAN PINILLA BOROBIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO. OPTOMETRISTA. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· FUENTES BERNAL JUAN LUIS. OPTOMETRISTA. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO. INFORMATICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. INFORMATICA
· HERRANDO BLASCO JESUS. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
· SAN AGUSTIN BEAMONTE ALBERTO. INFORMATICO/A. H MIGUEL SERVET. INFORMATICA
· CASTILLO CASTEJON OLIMPIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) ha crecido en actividad y extensión en los últimos años. Actualmente, se pueden localizar varias áreas de trabajo distribuidas dentro del mismo hospital y en otros centros. Asimismo, la plantilla compuesta por médicos y ópticos-optometristas puede estar destinada en uno o varios de estos centros a lo largo de la semana laboral.
Esta situación de dispersión del servicio ha llevado a dificultar enormemente la capacidad de comunicación entre los equipos de trabajo y sus miembros.
Además, las sesiones clínicas, docentes y administrativas, tradicionalmente celebradas en la Sala de Juntas de las Consultas Externas del HUMS, carecen de la infraestructura para su seguimiento continuado por los profesionales del servicio.
El buen funcionamiento de un servicio requiere la existencia de unos canales de comunicación adecuados para que fluya la información y el conocimiento generados por una actividad en crecimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la conectividad telemática entre los diferentes centros del Servicio de Oftalmología.
Permitir el seguimiento de sesiones clínicas, administrativas y docentes desde las salas de reuniones y otros ordenadores integrados en el servicio.
Facilitar un canal de comunicación entre los equipos de trabajo para mantener reuniones que no exijan la presencia física de todos los participantes.
La población diana es el personal sanitario del Servicio de Oftalmología, así como el personal en formación, MIR o estudiantes de los grados de Medicina y Óptica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Enumerar las salas de reuniones que se quieren interconectar.
Dotarlas del equipo de hardware y periféricos necesarios para obtener una recepción-emisión de vídeo y audio de calidad, así como la proyección en monitores y TVs para el adecuado visionado de todos los asistentes.
Instalar un software de videconferencia que permita de una forma intuitiva compartir pantalla y aplicaciones, transmitir vídeo y audio, chat…
Valorar instalar el software en ordenadores individuales de aquellos centros de trabajo que no dispongan de sala de reuniones próxima.
Valorar la posibilidad de conectarse desde casa con el ordenador personal o desde cualquier lugar con el smartphone.
Sistematizar la conexión de la sesión de la mañana para que pueda ser seguida desde cualquier ordenador.
Entrenar al personal en el uso de la aplicación y solución de problemas más frecuentes, garantizando su uso cotidiano.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La conectividad telemática se garantizará realizando test para poner a prueba el funcionamiento de todos los apartados requeridos para la videoconferencia: imagen, vídeo, audio, compartición de aplicaciones y de pantallas, chat…
Se listará la dotación de cada sala con el hardware y periféricos (cámara, micrófonos, monitores…) necesarios, procurando así un seguimiento de su buen estado y reparaciones o sustituciones requeridas.
El principal indicador de monitorización será el número de sesiones conectadas por cada sesión celebrada, así como el número de centros y equipos asistiendo telemáticamente a cada sesión.
Se repartirá una encuesta de satisfacción entre los usuarios del sistema de videoconferencia, haciendo hincapié en la sencillez y operabilidad del sistema y la calidad percibida del mismo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de comienzo: septiembre de 2018; Fecha de finalización: enero de 2019
PLAN DE IMPLANTACIÓN: Se coordinará todo el equipo para que cada ubicación disponga de los elementos necesarios correctamente instalados y se realizarán las pruebas necesarias para garantizar la solidez y fluidez del sistema. A continuación, se probará en situación real durante las sesiones clínicas, administrativas y docentes de la mañana. En una última fase se extenderá a otros usos como celebración de reuniones y grabación de clases y cursos.
PLAN DE COMUNICACIÓN: Se explicará su funcionamiento a uno o varios responsables en cada centro. Posteriormente, se expondrá en sesiones sucesivas cómo conectarse y las funcionalidades del sistema, para que su aprovechamiento sea extensible a todo el personal. Quedará registrado en cada ordenador un guión explicativo del sistema y otro

Proyecto: 2018_1217 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

impreso en las salas de reuniones para una disponibilidad más inmediata.
PLAN DE EVALUACIÓN: Cada día habrá un responsable de registrar la conexión diaria a la sesión principal de cada centro. Se identificarán las causas que en cada caso impidan o dificulten el correcto funcionamiento. Se completará una encuesta de satisfacción.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0322 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRERO EGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· NAYA GALVEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CASTELLOTE ARMERO AMPARO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DAMBORENEA TAJADA JORGE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LABARTA VIÑALES CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Una vez hecho el diagnóstico clínico de sordera súbita, antes de comenzar el tratamiento, se solicitará una batería analítica.
En pacientes con amigdalitis de repetición, también pedimos analítica de sangre.
Hasta ahora se marcaban los parámetros requeridos individualmente.
Si realizamos perfiles analíticos de cada una de esas patologías, optimizaríamos el tiempo de nuestra consulta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Coordinarnos con el servicio de Análisis clínicos para que cuando
en el volante de analítica se pida el perfil de sordera brusca o el de amigdalitis de repetición, tengan codificado en el laboratorio todos los parámetros analíticos que incluyen cada uno de esos perfiles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar perfiles analíticos de cada patología, uno para sordera brusca y otro para amigdalitis de repetición.
Coordinarnos con el servicio de Análisis Clínicos para que cuando reciban el volante con perfil de sordera brusca, tengan informatizados los parámetros que queremos analizar. Así mismo, con el perfil de amigdalitis de repetición.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1-Nº analíticas alteradas en pacientes con sordera brusca / Nº analíticas pedidas en pacientes con sordera brusca
2-Nº analíticas alteradas en pacientes con amigdalitis de repetición / Nº analíticas pedidas en pacientes con amigdalitis de repetición
3-Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros individualizados
4-Tiempo invertido en pedir analítica mediante perfiles automatizados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones organizativas: abril-mayo 2018
Creación de perfiles analíticos: junio 2018
Puesta en marcha de perfiles automatizados: julio-diciembre 2018
Evaluación indicadores: enero 2019
Redacción de resultados: febrero 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sordera brusca. Amigdalitis de repetición.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0523 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE NAYA GALVEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· HERRERO EGEA ANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CASTELLOTE ARMERO AMPARO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DAMBORENEA TAJADA JORGE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LABARTA VIÑALES CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El síndrome de apnea hipopnea del sueño es una enfermedad prevalente. Se ha formado un Unidad de transtornos del sueño en el Sector I. Todos los pacientes con síndrome de apnea hipopnea son valorados por Otorrinolaringología para ver si existen alteraciones en su vía aérea superior.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Creación de una ficha de exploración física en el paciente con síndrome de apnea hipopnea del sueño. En esa exploración valoraremos los lugares de obstrucción de la vía aérea superior, para que todos los otorrinolaringologos sigamos los mismos criterios en la exploración de estos pacientes y disminuya la variabilidad clínica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de una ficha de exploración física.
Hacer una sesión para explicar los aspectos de la exploración física a tener en cuenta al resto de miembros del equipo.
Explorar a todos los pacientes con síndrome de apnea hipopnea del sueño en base a esa ficha.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº pacientes explorados con SAHS utilizando la ficha/nº pacientes explorados con SAHS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realizar ficha de exploración física: mayo-junio 2018
Explicación de la ficha: junio 2018
Explorar a todos los pacientes con SAHS mediante la ficha: julio a diciembre 2018
Resultados y analisis de indicadores: enero-febrero 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos respiratorios del sueño
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0779 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRERO EGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CASTELLOTE ARMERO AMPARO. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· NAYA GALVEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· DAMBORENEA TAJADA JORGE. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LABARTA VIÑALES CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La sordera brusca es una pérdida súbita de la audición. Por lo general ocurre en un solo oído y es una hipoacusia neurosensorial. La sordera súbita es una emergencia médica, el diagnóstico precoz permite instaurar el tratamiento lo antes posible. La posibilidad de recuperación de la audición es mayor si la pérdida de audición se trata a tiempo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Poner en común el protocolo entre diferentes servicios de Otorrinolaringología de la Comunidad Autónoma de Aragón, discutirlo y que todos los otorrinolaringólogos de nuestro Servicio sigamos el protocolo en el manejo de esta patología.
Informatizar el perfil analítico de la sordera brusca. Coordinarnos con el servicio de Análisis clínicos para que cuando en el volante de analítica se pida el perfil de sordera brusca, esté codificado en el laboratorio todos los parámetros analíticos que incluye este perfil.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar una reunión con otros Servicios de Otorrinolaringología y aportar lo que se está haciendo en el manejo de esta patología en la actualidad, comentar las novedades a cerca del tema y definir un protocolo de actuación en común.
Efectuar un perfil analítico para sordera brusca. Organizar con el servicio de Análisis Clínicos un perfil de sordera brusca. Con el fin de que cuando se reciba el volante en el laboratorio, esté informatizado con todos los parámetros que queremos analizar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Nº analíticas alteradas en pacientes con sordera brusca / Nº analíticas pedidas en pacientes con sordera brusca
2- Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros individualizados/ Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros automatizados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación del perfil analítico: junio 2018
Reunión de Otorrinolaringólogos: septiembre 2018
Puesta en marcha: a partir de septiembre 2018
Evaluación de indicadores: enero 2019
Redacción de resultados: enero 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1089 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR NIEVAS MARCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PALACIOS HERRERO ANTONIO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· GARCIA MONCLUS ANA CRISTINA. TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES. H ROYO VILLANOVA. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Para la realización de la actividad sanitaria y técnica en las Unidades Básicas de Prevención de Riesgos Laborales no se disponía de ninguna aplicación informática. Esto dificultaba el registro de la información, la comparación de datos entre unidades y la posibilidad de compartir información.
Con la adquisición de las herramientas informáticas MEDTRA y SEHTRA por el Gobierno de Aragón, y su implantación en los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales se podrá trabajar en un entorno común que también facilitará la comunicación interdisciplinar entre el área sanitaria y el área técnica.
Esta iniciativa se incluye dentro del Plan Marco para la integración efectiva de la prevención de riesgos laborales y la promoción de la salud en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón (Orden HAP/737/2017, de 5 de mayo).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales atiende a trabajadores del Salud y estudiantes accidentados. Se pretende realizar:
- Registro informatizado de las actuaciones sanitarias, asegurando la confidencialidad de los datos sanitarios, en un entorno de datos común a otras Unidades de Prevención.
- Unificar entre las Unidades de PRL los modelos de informes técnicos y sanitarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para llevar a cabo los objetivos propuestos se realizará:
1. Revisión y aprendizaje del funcionamiento de las aplicaciones informáticas.
2. Sesiones formativas y puesta en común con el personal sanitario y técnico de otras unidades (3 sesiones programadas en mayo).
3. Trabajar en la plataforma en fase preproducción, detección de problemas y adquirir destrezas antes de su implantación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de aportaciones realizadas para la mejora de las aplicaciones por el área técnica y sanitaria.
- % de informes médicos realizados con aplicación MEDTRA/total de informes emitidos (durante el último trimestre).
- % de evaluaciones de riesgo realizadas con aplicación SEHTRA/total de informes emitidos (durante el último trimestre).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Abril-mayo 2018: Instalación de las aplicaciones en fase de preproducción. Asistencia a las reuniones formativas: área sanitaria y área técnica.
- Junio-agosto 2018: Introducir datos en la aplicación informática. Detectar errores y propuesta de mejoras.
- A partir de septiembre 2018: aplicación informática en fase de producción.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0471 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL MARTINEZ ROIG
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESPI BERNAL MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· CHENLO TOUCEDA SILVIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· LOZANO SORIANO MARIA ISABEL. PSIQUIATRA. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN. PSIQUIATRA. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· BERNAD POLO JUAN MANUEL. PSIQUIATRA. H ROYO VILLANOVA. PSIQUIATRIA
· SARASA CLAVER MARIA PILAR. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· RUIZ OLIVARES ELISA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tras la puesta en marcha del grupo de incidencias se han detectado situaciones en las que se la atención a los pacientes desde el Servicio de Urgencias hasta la planta no ha tenido la coordinación y fluidez que sería deseable originando retrasos en la asistencia, riesgos para el paciente (y a veces para el personal) o pérdida de información. Son muchas las causas a las que se pueden atribuir estas incidencias, pero una de las principales procede de la variabilidad en los procedimientos del personal, agravado con los cambios de plantilla.
Como consecuencia se plantea la necesidad de protocolizar los procedimientos desde que entra el paciente por el Servicio de Urgencias hasta que existe un plan disposicional de alta o ingreso.
Creemos que esto mejorará la atención de los pacientes, incrementará su seguridad y permitirá una atención más fluida, disminuyendo riesgos y tiempos de espera

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos son:
- Disminuir los tiempos de espera del paciente identificado como psiquiátrico en urgencias
- Disminuir los riesgos de fuga
- Disminuir los riesgos de auto/heteroagresividad
- Disminuir el riesgo de atención demorada a intoxicaciones medicamentosas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El grupo se constituirá como grupo de trabajo en el que se elabore un protocolo que prevea los pasos a dar desde que el paciente entra por urgencias, defina quien es responsable de su atención encada momento, como se canaliza el aviso a Psiquiatría, cómose vierte la información obtenida por Psiquiatría y como se organiza el plan disposicional de alta / ingreso
Una vez elaborado el documento se expondrá a los Servicios de Urgencias y de Psiquiatría y se pondrá en marcha abriendo un periodo de prueba de 3 meses para evaluar su implementación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración del documento: SI/NO
Tiempo desde entrada en urgencias hasta que se uinicia la atención en intoxicaciones medicamentosas. Se hará un muestreo de las intoxicaciones medicamentosas atendidas en los 3 meses de evaluación con el objetivo de que el 80% sean atendidas antes de 15’
Tiempo de entrada de urgencias psiquiátricas desde que son identificadas hasta que se avisa a Psiquiatría: 80% antes de 30’ en los triados como III o IV desde el momento de ser triados
Tiempo de inicio de atención por psiquiatría desde el aviso: 80% antes de 30’ en los triados como III o IV

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Constitución del grupo en Junio
Elaboración del Documento por parte del grupo Junio – Diciembre 2018
Presentación a los Servicios Diciembre 2018
Puesta en marcha de periodo de prueba Enero – Marzo 2019
Evaluación Abril 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0471 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Proyecto: 2018_1218 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CHENLO TOUCEDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ RETUERTA JUAN CARLOS. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· MEDIEL CHUECA ISMAEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· ORTIZ AVILA ANA MARIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· GIMENO GIRAL MARIA PILAR. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· CORNAO ANDRES ROSA MARINA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· PEREZ MILLA JULIA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· LAMARCA BLESA LUISA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la Unidad de Corta Estancia (UCE) de psiquiatría ingresan personas afectadas por un problema de salud mental con perfil heterogéneo: pueden cursar un primer episodio de la enfermedad, episodios recurrentes, procesos sociales u otros sin alternativas de atención, etc.; presentando un déficit importante en estabilización sintomática, contención y adecuación conductual, cierto grado de deterioro en sus capacidades cognitivas, psicomotoras y a nivel de interrelación o habilidades sociales.

Actualmente, la UCE constituye una estructura de normativas y características que cumplen objetivos como control/vigilancia/seguridad marcados por modelos asistenciales de salud mental más rígidos. De igual modo, se puede flexibilizar hacia nuevos proyectos en los que los pacientes encuentren una reestructuración de las actividades de tan larga jornada y que además constituyan un objetivo terapéutico en su recuperación, teniendo en cuenta prioritariamente su estado clínico y seguridad.

Numerosos hospitales utilizan las plantas como tratamiento complementario, para mejorar el estado físico y mental. Los estudios señalan que la jardinería como terapia alternativa y complementaria a otros procesos terapéuticos, es eficaz para mejorar los problemas psicológicos y sociales de las personas con enfermedad mental. La exposición a estos entornos artificialmente más naturales, tiene un efecto restaurador en la capacidad del cerebro favoreciendo la recuperación y empoderamiento de las personas; y mejorando en definitiva, la calidad de vida.

Con base a este conocimiento, y aprovechando la singularidad de nuestro hospital con zonas de terraza comunes en nuestra UCE, desde el equipo de Enfermería de Salud Mental consideramos pertinente el crear un pequeño huerto-jardín y mantenerlo como taller en la unidad, proporcionando una alternativa de ocio que así mismo aporta objetivos terapéuticos de recuperación para las personas ingresadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Reestructuración de las actividades de la unidad ofreciendo otras alternativas terapéuticas.
-Mejoría cognitiva/percepción(auto)/afrontamiento: estado de ánimo, síntomas negativos, comportamientos conflictivos, autoestima, satisfacción y logro, manejo de la frustración, desarrollo de la responsabilidad de tareas asignadas.
-Mejoría física: motricidad fina/gruesa y de la coordinación, estimulación sensorial, adquisición de hábitos, mejorar autonomía.
-Potenciación social: interacción social, pertenencia a un grupo, cohesión de grupo y habilidades sociales.
-Mejorar la relación terapéutica. Aumentar los tiempos de dedicación al paciente, potenciando sus capacidades y fortalezas hacia el proceso de recuperación, y no solo abordando la sintomatología de la enfermedad; apostando por nuevas actividades que mantienen de igual modo la seguridad y aumentan la confianza hacia las personas con enfermedad mental, favoreciendo su empoderamiento y recuperación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
REUNIONES DE EQUIPO: Se estructura y se coordina la actividad. Se elegirá el mejor horario para la elaboración de taller y actividad. Se seleccionará a las personas ingresadas que podrán participar de acuerdo a los criterios de inclusión.
TALLER de coordinación de tareas, contenidos teóricos: Información de la actividad, objetivos. Estructurar tareas.
ACTIVIDAD: Adecuación de la zona, siembra de plantas y semillas (teniendo en cuenta las necesidades de luz, riego y estación del año). Cuidado diario, fomentando la voluntariedad y compromiso de los pacientes. Se establece un horario para el regado, limpieza y mantenimiento de las jardineras

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-El 70% de los pacientes ingresados realizará el programa
-El 85% de los pacientes que participan en el programa, no realizan abandono
-El 85% de los pacientes que participan en el taller, objetivan mejoría en la recuperación de su proceso patológico
-El 85% de los pacientes que realizan la encuesta de satisfacción, superan las expectativas de la media
-El 90% del personal implicado en el programa, objetiva beneficios terapeúticos del proyecto hacia la salud

Proyecto: 2018_1218 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

mental
-Encuesta de satisfacción y evaluación del programa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en el mes de Junio/Julio 2018, y fin en el mes de Mayo 2019
-JUNIO 2018
Trámites administrativos. Obtención de recursos.Recogida de datos de los pacientes y selección grupos. Planificación del taller del huerto. Preparación encuestas de satisfacción
-JULIO 2018
Inicio del programa: adaptación de la zona y plantación. Sesión teórica semanal y reorganización de tareas. Mantenimiento diario
-REUNIONES MENSUALES DE EQUIPO: Evaluaciones y análisis de mejoras e incidencias.
-DICIEMBRE 2018/ ENERO 2019: Resumen memoria intermedia.
-MAYO 2019: Recogida de datos. Análisis y evaluación de continuidad. Memoria y evaluación final.

9. OBSERVACIONES.
Se tendrán en cuenta resistencias internas/externas que puedan aparecer: dificultades ante estado clínico de los pacientes que siempre será prioritario, sesgos en la pérdida de datos ante el continuo movimiento de ingresos-altas, etc.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1066 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CANO LAZARO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BOROBIA BONEL RAQUEL. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· ESBEC ALBALAD MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· GIMENEZ PEREZ SILVINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· ROCHE ORDUNA MIRIAM. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS
· SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Quirófano del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, dispone de seis quirófanos de cirugía mayor, y uno de procedimientos locales.
A excepción de este último, todos están provistos de un carro de anestesia con los fármacos, equipos y materiales necesarios para proporcionar los cuidados anestésicos inmediatos que precisa el paciente quirúrgico.
La Comisión de Farmacia y Terapéutica, incluye en sus objetivos de 2017 la revisión y actualización de los medicamentos incluidos en los carros de anestesia. Tras la actuación del grupo de trabajo correspondiente, se aprueba el nuevo listado disponible en la Intranet.
Se detecta un deterioro generalizado del interior de los carros por su uso intensivo y dilatado en el tiempo, lo que deriva en la solicitud de accesorios en el Plan de Necesidades de 2017. No se materializa la compra de dichos materiales, y en 2018 no existe la posibilidad de volverlos a solicitar, dado que no hay nuevo Plan de Necesidades.
A su vez, se detecta una variabilidad cada vez más acusada entre el contenido y disposición de los materiales de los carros de los diferentes quirófanos.

Las situaciones anestésicas imprevistas acontecidas durante la cirugía programada y de urgencia, requieren de una actuación eficaz del personal de enfermería, que ha de ser respaldado por una rápida localización de la medicación, los equipos y materiales..

Este proyecto contribuye a mejorar la práctica diaria, contribuyendo en la creación de una cultura de seguridad en los cuidados de los enfermeros tanto de plantilla como de nueva incorporación y pregrado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Principal:
- Unificar el contenido de los carros de anestesia
Secundarios:
- Hacer efectivo el nuevo listado de medicamentos aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Involucrar a todos los enfermeros quirúrgicos del Servicio en la implementación del Proyecto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Formación de un grupo de trabajo
- Disponer del listado actualizado de medicamentos elaborado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Reuniones del equipo de mejora con la Supervisión del Servicio para acordar el stock de equipos y materiales
- Designar al personal que va a implemetar el proyecto en cada quirófano
- Buscar la más amplia difusión del proyecto en el Servicio, teniendo en cuenta los diferentes turnos de trabajo
- Información a través del grupo de Whatsapp oficial del Servicio de las novedades
- Formación del personal en Sesión de Enfermería

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Comprobación semestral de los seis carros de anestesia por el personal designado
- Elaboración de un listado completo con el contenido y stock del carro
- Indicador: nº de carros que se ajustan al listado / nº total de carros de anestesia x 100
- El estándar de calidad es el 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración prevista: junio a noviembre de 2018
Calendario:
- junio 2018: 1ª reunión del equipo de trabajo
- septiembre 2018: 2ª reunión del equipo con Supervisión
- septiembre 2018: Implantación del nuevo listado
- octubre 2018: difusión del proyecto (Whatsapp, sesiones de enfermería)

Proyecto: 2018_1066 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

- noviembre 2018: evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente quirúrgico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0863 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO JAVIER GIMENEZ CEPERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SORIANO GODES JUAN JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· ROMEA TORRALBA DELIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. RADIODIAGNOSTICO
· ZAPATER GONZALEZ CARMEN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· ALGUACIL LAZARO JESUS. TECNICO/A SUPERIOR DE IMAGEN DIAGNOSTICA. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· FERRERAS AMEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
· SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION. MEDICO/A. CS ACTUR NORTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha revisado previamente las peticiones de urgencias de radiografías de abdomen de un trimestre de 2017 y suponen aproximadamente el 25% del total de la radiologia simple. De éstas segun los criterios de la SERAM solamente estaban indicadas un 33%.
Existe una importante área de mejora en una exploración básica de la radiología, quizá algo sobrevalorada, y que a pesar de que parezca inocua, supone unas 50 veces más radiación que una radiografía de tórax.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el nivel de adecuación de las peticiones de radiología abdominal en pacientes del servicio de urgencias del Hospital Royo Villanova

Aumentar la seguridad clínica del paciente, al realizar pruebas más pertinentes que permitan un correcto triaje de los mismos.

Disminuir la radiación de los pacientes.

Concienciar a los medicos peticionarios sobre las dosis típicas
o estandard de los estudios más comunes en radiología.

Establecer espacios de diálogo entre ambos servicios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizacion de charlas formativas a los medicos peticionarios cortas (30 min) a adjuntos de Urgencias y Pediatría sobre las indicaciones y dosis estandard de distintas pruebas radiológicas. (las de residentes ya estan realizadas)

Preparar un test sobre adecuacion de la radiologia simple de abdomen y serieada con evaluacion de los resultados preformación con el mismo test y con la reevaluacion de las peticiones de radiología de un trimestre, despues de la formacion.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de proceso:

-nº de médicos adjuntos de urgencias que asisten a la sesión formativa/total de médicos de urgencias (urgencias, pediatría)
-nº de médicos que responden al test inicial/total de médicos de urgencias(urgencias, pediatría)

Indicadores de resultado:

-Peticiones de radiología simple abdominal adecuadas a las recomendaciones SERAM/total de peticiones de radiología simple en un trimestre

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las charlas se repartirán entre los componentes de radiología según disponibilidad de los mismos.

Se implicara a los componentes de urgencias y peditría para coordinar las charlas.

Se repartira entre los componentes la evaluacion de los resultados y la preparación de los test.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0863 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1213 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PACIENTES A LOS CUALES SE LES CANALIZA UNA VIA PERIFERICA (DE PLANTA O AMBULANTE) Y VAYAN A TENER UN ESTUDIO DE TAC, PRESERVAR ESA VIA PARA NO REALIZAR UNA NUEVA VENOPUNCION

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES MENES BLANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ LEAL ALEJANDRO. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· FUSTER PIERA ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· PLAZA DEL GRADO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· SANCHEZ PARDILLOS SOLEDAD. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· GORRINDO ANGOS MARTA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· GARGALLO BERNAD ALICIA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
· GARROTE BIELSA MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
LOS PACIENTE QUE ACUDEN A SUMETERSE S UN TAC, A MENUDO PRECISAN CANALIZAR UN CATÉTER, CUANTIFICAR DICHA POBLACION NOS PERMITIRA OPTIMIZAR EL TIEMPO Y RECURSOS ASISTENCIALES, ASÍ COMO OBTENER DATOS QUE PERMITAN DESARROLLAR MEDIDAS DE MEJORA Y PREVENCION CUATERNARIA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
CUANTIFICAR EL NUMERO DE PUNCIONES VENOSAS EN PACIENTES PROCEDENTES DE OTRAS UNIDADES DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA QUE PRECISAN CANALIZACION VENOSA CENTRAL PERIFERICA EN LA UNIDAD DE RADIODIAGNOSTICO PARA REALIZAR TAC, A PESAR DE HABERSE REALIZADO PREVIAMENTE PUNCION VENOSA CON O SIN CANALIZACION DE CATETER EN LA UNIDAD DE ORIGEN.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- CUANTIFICAR AQUELLOS PACIENTES INCLUIDOS EN LA POBLACION DIANA.
- CONOCER EL PERFIL DE DICHOS PACIENTES (PROCEDENCIA, DATOS PERSONALES, TIPO DE TAC REALIZADO Y DATOS DE CANALIZACION DE VIA).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
SE ANALIZARÁN LOS DATOS CON UN INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95 % Y UNA PROBABILIDAD DE ERROR DEL 5%.

EL ANALISIS ESTADISTICO SE REALIZARÁ CONTRASTANDO VARIABLES CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS MEDIANTE TETS PARAMÉTRICO.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
30 DE NOVIEMBRE DE 2018 TERMINARÁ

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES INGRESADOS EN H. ROYO VILLANOVA O AMBULATORIOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión (“no hacer”)

Proyecto: 2018_0747 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD DE UVEITIS

2. RESPONSABLE ..... EMILIO GINER SERRET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRER NOVELLA EUGENIO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OFTALMOLOGIA
· GUERRA DE ESTEIBAR-LANDA EDUARDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dentro de las principales causas de ceguera en los países desarrollados en edades medias de la vida se encuentra la uveitis (10%), muchas de las cuales se tratan con tratamientos tópicos y no son derivadas a centros de referiencia con lo que existe un riesgo elevado de complicaciones,algunas de ellas severas y crónicas (edema macular quístico,...)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Identificar las uveitis, diagnóstico precoz y diferencial, tratamiento, reducir complicaciones y alta resolución.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consulta multidisciplinar con realización de exploración oftamológica (OZT, angiografía con fluoresceina, lampara de hendidura,..) y descartar enfermedad sistémica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evitar la aparición de complicaciones agudas y crónicas derivadas de la uveitis y su tratamiento, que produzcan una reducción de la agudeza visual (glaucoma, cataratas, edema macular quistico, sinequias,..)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración durante 12 meses con la realización de la consulta 1 día al mes de forma conjunta.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0419 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SALIDAS Y PERMISOS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE ..... ROGELIO SERRANO LAZARO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCE PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARILLA AGUILELLA ALFONSO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· MARTINEZ ROIG MIGUEL. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· ZUECO POLA CARMEN. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· MEDIEL CHUECA ISMAEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· GIMENO GIRAL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· BERNE BORDONADA LOURDES. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA
· MORAL DEL PRADO YOLANDA. TCAE. H ROYO VILLANOVA. UCE PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Como producto de la puesta en marcha del grupo de mejora de Incidentes de la unidad se han detectado diversas circunstancias en torno a las salidas de los pacientes al exterior de la unidad, solos o con familia, la forma de indicarlas y la forma de registrarlas.
En las unidades de psiquiatría son comunes las salidas de permiso de los pacientes bien acompañados por familiares o bien ellos solos como parte del régimen terapéutico de reintegración a su entorno socio familiar. Este proceso implica varias áreas que se hace preciso protocolizar:
• Como establecer la indicación de la salida y en qué condiciones desde los facultativos (solo o acompañado, medicaciones, tiempo de la salida)
• Como registrar los cambios en los regímenes de salida previamente establecido
• Como articular con farmacia el suministro de medicación si el permiso es de más de un día
• Como hacer compatible las salidas terapéuticas con las autorizaciones de ingreso involuntario
• Actuaciones a llevar a cabo cuando el paciente no regresa en el plazo previsto
• Documento informativo a las familias sobre las salidas
Para ello existe una hoja de consentimiento informado donde se informa detalladamente del objetivo de las salidas, este impreso es firmado por el personal facultativo y los familiares cuando el paciente sale acompañado por estos o el propio paciente cuando sale solo. Sin embargo, las características de este documento no permiten reflejar todas las situaciones descritas y da a lugar a confusión

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un protocolo de salidas y permisos que cubra todos los procedimientos y documentos a completar desde que se decide el permiso hasta que el paciente ha regresado y las incidencias que pueden surgir entre tanto. Se espar
El resultado es tener un procedimiento claro que no dé lugar a equívocos, en el que se articule la forma de establecer la indicación de la salida y en qué condiciones o los cambios de condiciones anteriores, qué hacer cuando el paciente no regresa en el plazo previsto y cómo articular con farmacia el suministro de medicación si el permiso es de más de un día.
Producto de estos grupos también se han de elaborar documentos (al menos una propuesta de modificación de la hoja de consentimiento actual y una propuesta de nuevos documentos para registro de salidas, ordenes, etc.)
Los pacientes a los que iría dirigido serian todos aquellos que disfrutan de salidas terapéuticos fuera de la unidad, y al servicio a que se utilizaría en principio sería la unidad de psiquiatría del hospital Royo Villanova

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se desarrollarán desde junio 2018 reuniones quincenales de todos los implicados en el proceso (Psiquiatras, enfermería y TCAEs) en los que se elabore progresivamente un documento que recoja el protocolo: Lo previsible es que en 6 reuniones se haya establecido el protocolo y creado los documentos
Para lograr los objetivos se haría una primera reunión del equipo terapéutico y el psiquiatra de la unidad para exponer el proyecto y dar aportaciones.
Los cambios previstos en la oferta de servicio pasan por integrar las salidas como un elemento terapéutico protocolizado y que los pacientes y las familias dispongan de la información pertinente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Presentación del Protocolo (SI / NO) antes de fin de 2018
Presentación de documentos generados (SI / NO) antes de fin de 2018
Seguimiento de la aplicación del protocolo: % de pacientes que salen de permiso en los que se ha aplicado el protocolo y se han rellenado los documentos correctamente (Esperable >90%)
Efectividad del protocolo
Número de consultas al facultativo que indica la salida para tratar de clarificar algún permiso que no esté claro
---
-- Número de permisos concedidos durante un mes determinado
Límite inferior 20%

Proyecto: 2018_0419 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SALIDAS Y PERMISOS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE PSIQUIATRIA

Límite superior esperado 0%

Valoración del protocolo por enfermería
Valoración de enfermería de la claridad de la nueva hoja puntuación en una escala Likert de 1 a 5, sobre tres parámetros; claridad, manejabilidad y seguridad.

----Valoración de enfermería de la claridad de la anterior hoja puntuación en una escala Likert de 1 a 5 sobre tres parámetros; claridad, manejabilidad y seguridad.
límite superior (esperado) 100%,
límite inferior 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de inicio, en los 15 días siguientes de la concesión de este programa. Los responsables de la implantación serían el responsable del proyecto Rogelio Serrano y el médico psiquiatra Alfonso Arilla
6 Reuniones quincenales tras la puesta en marcha
Presentación del protocolo y los documentos al equipo y puesta en marcha a lo largo del último trimestre de 2018
Evaluación del protocolo en primer trimestre de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1014 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A TIEMPO EN LOS PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO RAMOS D'ANGELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ BARTOLOME ELENA. ENFERMERO/A. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE DOCENCIA Y FORMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Una de las estrategias corporativas del Departamento de Sanidad es la atención a tiempo a los pacientes oncológicos.
La atención en el cáncer de colon es una de ellas.
En la actualidad desconocemos la demora real en el H. Royo Villanova (HRV) (desde el inicio de los síntomas objetivado por un facultativo, hasta el inicio del tratamiento), ya que los registros existentes hasta ahora solo permiten conocer la demora a partir de la inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica.
No obstante, el límite de 30 días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento aparece habitualmente en los CP y AGC.
Se plantea objetivar si el método habitual de evaluación de la demora en la atención es el más adecuado y objetivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
? Conocer la demora real del inicio del tratamiento en los pacientes oncológicos en el HRV.
? Aproximar el conocimiento del grado de cobertura de los Subcomités de Tumores del HRV.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? Identificación de los pacientes evaluados en el Subcomité de Tumores.
? Revisión de los hitos asistenciales en el proceso de diagnóstico y tratamiento.
- Inicio de los síntomas.
- Médico de Familia.
- Consulta en AE (Incluye Urgencias).
- Realización de pruebas diagnósticas.
- Inscripción en el RDQ.
- Evaluación en el Subcomité de Tumores.
- Inicio del tratamiento.
? Realizar accesos autorizados a las Historias Clínicas electrónica y en papel.
? Población Diana: Pacientes revisados en los Subcomités de Tumores del HRV desde el 01-01-2018 hasta el 30-06-2018 (Actas).
? Reuniones del equipo con acta.
? Adecuar los procesos y circuitos asistenciales a los resultados obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? Demoras medias, medidas centrales y desviaciones entre los diferentes hitos asistenciales.
? Rango de 0 a 30 días.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
? Inicio, 01 de junio de 2018.
? Final, 30 de noviembre de 2018.
? Revisión de las actas del Subcomité de tumores.
? Solicitud de accesos a HC.
? Consulta HC, electrónica y en papel. (Hasta 30 de septiembre).
? Evaluación de resultados (del 01 al 30 de octubre)
? Elaboración de resultados, conclusiones y memoria (del 01 al 30 de noviembre).

9. OBSERVACIONES.
Ningina.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1014 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A TIEMPO EN LOS PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_1562 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD SOBRE PAPEL CERO EN EL SERVICIO DE UROLOGIA Y PROTECCION DE DATOS GARANTIZADA

2. RESPONSABLE ..... GONZALO ABRIL BAQUERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ MARTIN ESTER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BERGES ACIN MIGUEL. CELADOR/A. CME GRANDE COVIAN. CELADORES/AS
· PALAU ARESTE MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MONTEAGUDO RICO CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ROYO VILLANOVA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Debido al cambio en la ley de protección de datos y a la desaparición deseada de formato papel, este programa pretende ser una herramienta con la que mejorar y facilitar la información clínica entre los diferentes centros del Sector.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
* Reducir el papel a cero entre los centros CME Grande Covián y Hospital Royo Villanova del Servicio de Urología
* Garantizar al máximo la protección de datos de los usuarios y pacientes de ambos centros escaneando los documentos necesarios para una atención hospitalaria de calidad
* Rapidez en el recibo de la petición de historia clínica o evolución de los pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para llevar a cabo este programa se toman los siguientes objetivos:

Escaneo de la evolución clínica y de cuantos documentos se precisen
Comprobación diaria de la llegada de la documentación
Protección de los archivos
Colocación de los mismos en la carpeta creada a tal efecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tiempo de respuesta entre centros
Llegada completa del escaneo
Archivo de la documentación electrónicamente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del programa será de un año, finalizando el 31 de Enero de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1274 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... CLARA BERGUA MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME RAMON Y CAJAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAN PEDRO FELIU ANTONIO. MEDICO/A. CME RAMON Y CAJAL. CARDIOLOGIA
· CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CME RAMON Y CAJAL. CARDIOLOGIA
· CORDON RUIZ RUBEN. MEDICO/A. CME SAN JOSE. CARDIOLOGIA
· LAPERAL MUR JOSE RAMON. MEDICO/A. CME SAN JOSE. CARDIOLOGIA
· CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· DIAZ CORTEGANA FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· AURED GUALLAR CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El proyecto de la interconsulta virtual iniciado en Noviembre 2017 supone un gran avance en la relación entre la Atención especializada cardiológica y la Atención Primaria. Gracias a este tipo de comunicación telemática, la gestión de las consultas se agiliza, discriminando aquellas consultas que pueden solucionarse sin visitas presenciales, mejorando los criterios de prioridad de las consultas y posibilitando tanto la derivación directa a consultas superespecializadas en caso necesario, como la solicitud de diferentes pruebas con anterioridad. Y todo ello con el objetivo prioritario de mejorar la atención que se presta a los pacientes con enfermedad cardiovascular en nuestro Sector.
Con la puesta en marcha del proyecto se puso de manifiesto la necesidad de establecer unas pautas de actuación consensuadas ante los motivos de consulta más frecuentes. Estas pautas de actuación se plasmarían en algoritmos que constituirían el marco de nuestra práctica habitual en la consulta telemática, contribuyendo a homogeneizar y a disminuir la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de diferentes centros de atención primaria. Se trata pues de esquemas de fácil interpretación con un fin eminentemente práctico y no tanto de exhaustivos protocolos, con el fin de servir de guía de consulta rápida en caso necesidad, que además, deben ser conocidos por los médicos de Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Protocolizar la respuesta a las consultas cardiológicas frecuentes en atención primaria en forma de 5 algoritmos sindrómicos y uno relacionado con una patología muy frecuente y que son: alteraciones en ECG, disnea, dolor torácico, síncope, palpitaciones y fibrilación auricular.
2. Difundir en atención primaria dichos algoritmos de decisión, de forma presencial en cada centro de salud

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaboración de los algoritmos por parte del servicio de Cardiología, a cargo de los cardiólogos relacionados con la Cardiología Ambulatoria
2. Discusión y aprobación de los mismos por el conjunto del servicio de Cardiología, en sesión médica conjunta
3. Difusión en cada uno de los algoritmos en los centros de atención primaria del sector, mediante sesión clínica conjunta multidisciplinar (incluyendo enfermería)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Confección de los algoritmos: Si/No
2. Realización de una sesión clínica en el Servicio de cardiología de presentación crítica de los algoritmos . Modificación de los algoritmos en base a las correcciones sugeridas. Aprobación y elaboración de los algoritmos definitivos. Si/No
3. Difusión de los algoritmos definitivos en sesiones en atención primaria por los cardiólogos referentes de cada centro. Al menos 6 sesiones (una por protocololo). Objetivo 90% de sesiones de difusión del protocolo realizadas entre Junio 2018-Enero 2019
4. Encuesta de satisfacción entre profesionales de atención primaria.
5. Encuesta de satisfacción entre los cardiólogos de referencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Febrero-Marzo 2018: Confección de los algoritmos
Abril 2018: Presentación crítica y elaboración de los algoritmos definitivos.
Mayo- Enero 2019: Difusión de los algoritmos definitivos entre atención primaria
Febrero 2019: Encuesta de satisfacción en atención primaria y cardiología

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1274 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_0335 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

2. RESPONSABLE ..... ELENA MUÑOZ DOMINGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CAPABLO MAÑAS BELEN. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MAZA RODRIGUEZ RUTH. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· RAMON ARBUES ENRIQUE. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SOLSONA MARTINEZ PILAR. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANCHEZ GALAN PATRICIA. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tanto el carro de paradas como el maletín de urgencias son dos puntos claves imprescindibles para los profesionales sanitarios en situaciones de urgencias que hay que saber manejar de manera rápida y efectiva para garantizar una atención urgente de calidad que reduzca la variabilidad clínica y permita la seguridad de los pacientes. En un proyecto previo/ análisis (del año pasado) se observó en nuestro centro de salud que ni el carro de paradas ni el maletín de urgencias eran los adecuados para ofrecer una rápida actuación en caso de necesidad puesto que eran muy pequeños y no permitían una colocación visible de fármacos y del material además de contar con mucho material obsoleto . Problema que quedó en parte resuelto con el maletín de urgencias pero no en el caso del el carro de paradas, de ahí que consideremos importante iniciar este nuevo proyecto de calidad sobre los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Aumentar el conocimiento y control por parte de los profesionales sanitarios del uso del carro y maletín de urgencias para poder brindar una atención más rápida y segura en situaciones de urgencia
2. Actualización del carro de paradas y maletín de urgencias
3. Control del carro de paradas y del maletín de urgencias.
4.. Mejorar la calidad de la atención a los usuarios en situaciones de urgencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Información a los profesionales del equipo del proyecto
2- Formación en atención urgente y carro de paradas
3-Aplicación práctica de la formación sobre del material de urgencias y carro de parada
4. Actualización del material en el C.S Belchite y en PAC de Azuara
5. Creación y cumplimentación de registros para la revisión periódica del maletín de urgencias y carro de paradas en el C. S Belchite y Azuara
6. Creación y cumplimentación registro de indicencias

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Asistencia a cursos de SVB, carro de paradas. Objetivo realización por al menos un componente del grupo de un curso de SVB y carro de paradas
-Actualización del material del carro de paradas y maletin de urgencias. Objetivo SI
-Número de registros de revisión periódica realizados/ Número de registros de revisión periódica planificados Objetivo 100%
-Número de incidencias solucionadas/Número de incidencias registradas. Objetivo 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril-Mayo : Reunión con el equipo para difusión y distribución de responsabilidades y puesta en marcha del proyecto.
Mayo-Junio: Formación, realización de cursos SVB, carro paradas...
Junio-septiembre: Actulización del carro y maletin
Cumplimiento de registros
Octubre: Reunión para valorar incidencias y proponer nuevas líneas de mejora para ello.
Diciembre: Evaluación y memoria del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0335 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0448 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO JUNTOS POR EL CAMPO DE BELCHITE

2. RESPONSABLE ..... AMPARO BELLO MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO VERA JOSE JUAN. PEDIATRA. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA TRICAS MAR. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· PARDOS GARCIA ROSA ANA. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· SUÑER ABADIA SILVIA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Es por todos conocido la importante contribución que tienen los inadecuados estilos de vida en el proceso de enfermar,siendo la mejora de éstos a lo que menos recursos se dedica, a pesar de que presentan un menor coste -beneficio ; y no sólo monetariamente hablando
En nuestro entorno tenemos un ejemplo en la alta prevalencia de patología directamente relacionada con el sedentarismo. Además ésta se ve agudizada por un fenómeno social de creciente relevancia, la soledad, también como agente patógeno; y más aún en una población tan envejecida como la de nuestra comarca.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estimular el desarrollo de ejercicio físico aerobio entre nuestra población como forma de mejorar FRCV entre otras patologías ampliamente prevalentes en ella.
Facilitar la socialización de los mismos, reforzando el sentimiento de comunidad y posibilitando la salida de situaciones de aislamiento social, mejorando así la calidad de vida relacionada con su salud general
Transformar a nuestros pacientes en agente activos implicados en el cuidado de su salud, animándolos a continuar con este tipo de actividades sin la tutela del personal sanitario
Reforzar los vínculos sanitarios/paciente fuera del ámbito asistencial habitual

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de sesión informativa al resto de profesionales del CS sobre el proyecto
Comunicación al publico en general mediante bandos, carteles...de la actividad
Contacto con las asociaciones ya existentes para mayor difusión y posible colaboración mutua para el desarrollo de las andadas
Elaboración de hoja de Registro individual para monitorización de asistencia y constantes, además de realización de un cuestionario de valoración de calidad de vida relacionada con la salud. Esto se repetirá el primer y el último día de la actividad.
Creación de grupos, en cada uno de los pueblos participantes, para la realización de marchas, de periodicidad semanal,por los alrededores del pueblo,de unos 45 minutos de duración

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Porcentaje de asistentes (al menos a una sesión) respecto a las TIS asignadas a cada población en la que se oferta la actividad (excluidas las pediátricas). Objetivo mínimo del 5%

2. Peso (la variación existente entre la primera y última sesión). Objetivo: Pérdida mayor del 3% del peso total de los asistentes

3. Calidad de vida relacionada con la salud (Valorado con escala visual analógica del EuroQol-5D)Objetivo: mejoría de al menos 5 puntos de la puntuación de su estado de salud

4. Cuestionario de satisfacción con la actividad realizada (al final de la última sesión) Objetivo: Al menos un 50% de los participantes consideren la actividad como buena/ muy buena.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
ABRIL: Elaboración del proyecto y aceptación del mismo

MAYO:comunicación de la actividad tanto en el centro de salud como, por los distintos canales a la población

MAYO-DICIEMBRE:realización de las marchas en cada localidad con el siguiente cronograma:
Moyuela: martes /jueves de 11 a 11,45
Codo: miercoles de 9,30-10,15
Belchite:Jueves de 9 a 9,45
Almonacid :Martes 9,15-10h
Fuendetodos :Jueves 9,15-10h

DICIEMBRE: Evaluación de la actividad

Proyecto: 2018_0448 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO JUNTOS POR EL CAMPO DE BELCHITE

9. OBSERVACIONES.
El cronograma puede estar sujeto a modificaciones por cuestiones meteorológicas o de personal

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. población general
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0498 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

2. RESPONSABLE ..... ROSA ANA PARDOS GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELLO MARTINEZ AMPARO. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· CAPABLO MAÑAS BELEN. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ VIÑUELAS LORENA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· MAZA RODRIGUEZ RUTH. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El tabaco es la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados y la causa más importante de años de vida perdidos de forma prematura junto a años vividos con discapacidad en España. Según la encuesta europea de Salud en España de 2014, en Aragón, un 23,9% de la población mayor de 16 años fuma a diario y un 2,5% se declara fumador ocasional y un 19,4% son ex-fumadores. Aragón ocupa el cuarto lugar entre las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de consumidores diarios.
En la actualidad, la tasa registrada de dependencia al tabaco en el Centro de Salud Campo de Belchite es del 11,5 % de la población total, cifra muy inferior a los datos de prevalencia de tabaquismo conocidos en nuestro medio.
Por lo tanto, se hace necesario un correcto registro de esta población, así como un programa específico de deshabituación tabáquica intensiva con el fin de disminuir el número de fumadores y prevenir futuras enfermedades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Identificación y correcto registro de los fumadores de nuestra zona de salud.
Intervención breve o avanzada (según el grado de motivación de los fumadores) con el fin de disminuir el número de pacientes con dependencia al tabaco.
Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC mediante la realización de espirometrías en pacientes fumadores mayores de 40 años.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La captación de los pacientes con dependencia tabáquica se realizará tanto por el personal médico como de enfermería en las consultas habituales de atención primaria y atención continuada.
Tras el consiguiente registro e inclusión en el protocolo 319 de cartera de servicios (CIAP P17) se valorará el grado de motivación con el test de Richmond y se procederá a la intervención breve o intensiva según el caso.
Previamente se habrá realizado una formación de los profesionales que van a participar en el proyecto y la difusión activa del proyecto entre todos los miembros del equipo.
Los pacientes interesados en llevar a cabo una intervención intensiva, dejarán sus datos y serán contactados telefónicamente para pactar la fecha de las diferentes sesiones de seguimiento en cada caso (tres días, dos semanas y un mes tras la fecha pactada del cese del consumo de tabaco). Posteriormente se realizará un seguimiento telefónico.
A los fumadores mayores de 40 años captados, se les sugerirá la realización de una espirometría para el despistaje de EPOC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Frecuencia de registro del hábito tabáquico en la historia clínica en AP:
Población >15 años a las que se les ha preguntado por consumo de tabaco/población >15 años atendida en consulta >15 años (60%)
Número de fumadores >15 años/ personas >15 años a las que se les ha preguntado sobre consumo tabaco (20%)
Intervención breve/fumadores incluidos en el programa(100%)
Deseo de abandono del hábito tabáquico en AP:
Intervención intensiva/ fumadores incluidas en el programa(30%)
Pacientes que dejan de fumar/ fumadores incluidas en el programa (30%)
Diagnóstico de EPOC en fumadores:
Diagnósticos de EPOC en espirometrías de mayores de 40 años/total de espirometrías realizadas en pacientes incluidos en el programa (10%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En el mes de mayo tendra lugar la formación de los profesionales y la presentación del proyecto al equipo. Durante los meses de mayo a diciembre se realizará el proceso de captación e intervención. Se realizarán reuniones de revisión y puesta en común en junio, septiembre y noviembre . En el mes de diciembre se analizarán los resultados obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0498 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0530 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE RODRIGUEZ RIVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· RAMON ARBUES ENRIQUE. ENFERMERO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ GALAN PATRICIA. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· SOLSONA MARTINEZ PILAR. MEDICO/A. CS CAMPO DE BELCHITE. ATENCION PRIMARIA
· CALVO VERA JOSE JUAN. PEDIATRA. CS CAMPO DE BELCHITE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las situaciones de Urgencia pueden producirse en cualquier lugar y a cualquier hora. Por ello, los Centros de Salud del Sistema Aragonés de Salud, tanto en su horario de atención al público como en horario de atención continuada, deben estar preparados para actuar de forma coordinada y eficaz ante estos casos.
En el caso del C.S Campo de Belchite, el número de casos verdaderamente urgente es menor que en otros centros de salud, pero no por eso menos importante, por lo que se hace necesario actualizar los protocolos existentes en la sala de urgencias y informar de esos cambios al resto del equipo.
Actualmente la sala de urgencias presenta un gran tablón con información muy antigua, hojas desordenadas… difíciles de usar en caso de buscar información.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es mejorar la atención al paciente en situación de urgencia en la zona del C,S Campo de Belchite.
Los objetivos secundarios son:

- Reforzar y actualizar conocimientos sobre diferentes tipos de urgencias protocolizando esas actuaciones y consensuando las acciones
- establecer un sistema de sesiones clínicas de formación y/o refuerzo de los contenidos
- mejorar la accesibilidad a información escrita que por su carácter más complejo (dosis, teléfonos, escalas..) requiere ser consultada

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Pasaremos una encuesta a los miembros del EAP con varias preguntas sencillas sobre la atención a urgencias que han realizado en el último año y pasaremos esa misma encuesta cuando termine el proyecto (estableciendo un periodo aproximado de un año) para evaluar los cambios.

Revisaremos los tablones de las salas de urgencias de PAC de Azuara y de Belchite y cambiaremos los protocolos actuales por lo que se dicte en las últimas guías de diferentes patologías. Dejaremos ordenado todo, de forma clara, visible y separando la atención pediátrica de la adulta. Haremos constar un pequeño listín telefónico con los números más frecuentes que podemos necesitar en una urgencia en nuestra zona.

En la mesa ordenaremos el archivo y dejaremos por escrito recomendaciones para patologías menos frecuentes que sean claras a la hora de consultarlas.

Según la patología mas prevalente y después de revisar las ultimas guías propondremos al equipo unas sesiones clínicas de formación, teóricas y si se puede practicas (con casos clínicos, maniquíes…).
El número de sesiones está por determinar en función de los contenidos, el tiempo disponible y el horario que permita acudir al mayor número de personas interesadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mediremos los resultados en:
- nº absoluto de urgencias reales atendidas el ultimo año

- nº absoluto de urgencias reales atendidas en el año en curso (2018)

- alcanzar al 90% de profesionales del EAP en cuanto a formación

- mejorar en al menos un 30% la asistencia a pacientes según la percepción subjetiva de los profesionales tanto a nivel personal como de localización de información para consultar

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo- Junio 2018 – poner en marcha encuesta (Quique, María José y Elena)
Julio-Agosto-Septiembre 2018–revisar últimas guías, organizar los tablones de la sala de urgencias. (Patricia, Pilar y Quique en Azuara, Maria Jose y Elena en Belchite. José Juan se encarga de Pediatria en ambos casos)

Proyecto: 2018_0530 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

Octubre- Noviembre 2018—sesiones clínicas (José Juan, Patricia, María José, Quique)
Diciembre 2018 – pasar de nuevo la encuesta y análisis de los resultados. (Quique, María José y Elena)

9. OBSERVACIONES.
Si durante el desarrollo observamos alguna oportunidad de mejora en la misma línea que este proyecto la llevaremos a cabo.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0944 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS CASABLANCA

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN SALVADOR DEL VAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASABLANCA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MODREGO MUÑOZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
· JUANA RAMON ROSARIO. ENFERMERO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ GASCA CARMEN MARIA. ENFERMERO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
· MATEO BERNAL MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
· LEYVA CASTRO CECILIA. ENFERMERO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ VICENTE MARIA ANGELES. TCAE. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
· GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La EPOC es una patología infradiagnosticada y no bien registrada.
Es importante la detección, la prevención y la intervención sobre tabaquismo y un correcto diagnóstico y registro en la historia clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejora sobre la detección e intervención sobre tabaquismo.
-Aumento de diagnóstico y registro de EPOC.
-Estimular realización de espirometrías.
-Fomentar la formación al paciente de EPOC a través de educación individualizada y charlas sobre manejo de inhaladores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reuniones específicas para los profesionales del centro.
-Actividades de formación sobre la realización de espirometrías.
-Actividades de formación sobre deshabituación tabaquica.
-Realización de charlas a pacientes de EPOC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo 50/55%.
-Detección de consumo de tabaco. 50%
- Espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del centro de salud 0%
-Realización charlas a pacientes de Epoc sobre uso de inhaladores : Dos al año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Difusión del proyecto y sobre el manejo y realización de espirometrías el 30-5-18
-Actividades sobre desabituación 20-6-18
-Charlas a pacientes de Epoc pendientes de fecha

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0961 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA GARGALLO LALMOLDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASABLANCA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LALINDE HERREO MARTIN. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ ORTIZ ASUNCION. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
· DIEZ ZAERA OLGA. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
· CELLA LANAU JORGE. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA
· BOZAL LAHOZ CRISTINA. MEDICO/A. CS CASABLANCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
TRAS EL ANALISIS DE LA SITUACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD CASABLANCA, INTENTAR MEJORAR LA PRESCRIPCIDE CEFALOSPORINAS EDE 3ª GENERACION CON RESPECTO A LA PRESCRIPCION TOTAL DE AB. PUES EN LOS 3 ULTIMOS AÑOS SE HAN REGISTRADO VALORES SUPERIORES A LA MEDIA DEL SECTOR.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
los antibióticos son recursos limitados y hemos de presrvar su utilización, sensibilizar a los profesionales del equipo de AP.
aCTUALIZAR EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SOBRE RESISTENCIAS MICROBIANAS .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1 DESIGNAMOS UNA PERSONA RESPONSABLE, que asistió a la jornada autonómica sobre estrategia
realizaremos 2 jsesiones al año formativas sobre ab terapia e infecciones

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
consumo de cef. 3ª generacion, respecto al total de ab usados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
a

9. OBSERVACIONES.
a

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0790 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

2. RESPONSABLE ..... GEMA MARIA ARA MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ PELIGROS ANTONIO. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· FRAJ VALLE MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ TORRES YOLANDA. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· LLORENTE GARCIA MARIA YOLANDA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· AYALA ESTEVE MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· MARIÑOSA VELA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· RABADAN DE LA FUENTE MARTA. TCAE. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Diversas guías de practica clínica y protocolos de Socieades Científicas como por ejemplo la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica inciden sobre la importancia de monitorizar los síntomas y estimular el autocuidado de los pacientes. Recomiendan proporcionar información individualizada para promover el autocuidado de los pacientes, y en caso de disnea o edema creciente o un aumento de peso repentino e inesperado (> 2 kg en 3 días), los pacientes deben aumentar la dosis de diuréticos y comunicarlo al equipo médico . Inciden en utilizar un régimen diurético flexible y en proporcionar ayuda para el autocuidado. Estas actuaciones han demostrado una mejora en la calidad de vida de estos pacientes y en un descenso de ingresos hospitalarios por reagudizaciones de la insuficiencia cardiaca (ICC)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo General
Implantar el autocontrol de síntomas de lo pacientes con ICC para disminuir las hospitalizaciones por reagudización de la misma
Objetivos específicos
1. Registrar el nº de pacientes con ICC existentes en el CS
2. Cobertura del proyecto asistencial (PA)
3. Conocer el nº de ingresos hospitalarios por reagudización ICC
4. Valorar la satisfacción de los pacientes con el PA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los médicos del EAP de Fernando el Católico realizaran una captación oprortunista de los pacientes que acudan a consulta por cualquier motivo. Le explicará el proyecto asistencial (o a un familiar, si no es autónomo) y le entregará la hoja elaborada a tal fin (Anexo 1). Con periodicidad mensual o bimensual acudirá a la consulta de enfermería que valorará los parametros anotados y le pautará un nuevo seguimiento. Al finalizar el año se anotará los ingresos hospitalarios (si se han producido) por reagudización de ICC y se preguntará por su grado de satisfacción

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº de pacientes con ICC en el CS Fernando el Católico
2. Nº pacientes implantación PA/ Nº pacientes con ICC
3.Número de pacientes ingresados por reagudización ICC/nº pacientes con ICC
4. Nº pacientes satisfechos o muy satisfechos con PA/ Nº pacientes con ICC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: Mayo- Diciembre 2018
Abril: Reunión AP para presentación proyecto
Mayo: Reunión para crear equipo de trabajo y asignación tareas
Junio: Inicio captación
Junio-Diciembre desarrollo del proyecto
Diciembre: Revisión ingresos y encuesta satisfacción

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0790 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0810 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

2. RESPONSABLE ..... JAVIER GUTIERREZ BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AYALA ESTEVE MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· FRAJ VALLE MARIA DEL MAR. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· LLORENTE GARCIA MARIA YOLANDA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· GIL GREGORIO ESMERALDA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· MARIÑOSA VELA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· ARA MARTIN GEMA MARIA. ENFERMERO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ TORRES YOLANDA. MEDICO/A. CS FERNANDO EL CATOLICO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El déficit de vitamina B 12 es diagnosticado, tratado y seguido con frecuencia en las consultas de atención primaria, observando mayor incidencia a más edad.
El tratamiento clásico de este déficit es la vitamina B12 intramuscular (Optovite®).
Sin embargo el tratamiento por vía oral es una alternativa válida y de eficacia demostrada, adecuada para la mayoría de los casos; supone un considerable ahorro económico, al reducirse el número de desplazamientos y visitas, actuaciones médicas, trabajo de enfermería y material, además de aumentar la comodidad para el paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Actualizar los conocimientos sobre el déficit de B12 en los profesionales que lo manejan y concienciar en la alternativa oral como tratamiento posible.
Conocer el porcentaje de pacientes tratados con preparados intramusculares
Aumentar el número de pacientes con déficit de vitamina B12 a los que se les ofrece la alternativa del tratamiento por vía oral.
Reducir el número de pacientes con déficit de B12 tratados con inyectables.
Conseguir niveles óptimos de B12 en los pacientes que reciben tratamiento vía oral.
Mejorar la satisfacción de los pacientes que reciben tratamiento por déficit de B12.
Reducir los gastos derivados del tratamiento intramuscular.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Encuesta anónima entre los médicos del centro para evaluar las preferencias y los motivos por los que se decide un tipo de tratamiento ante un déficit de B12
Revisión bibliográfica actualizada del manejo del déficit de B12
Presentación en sesión clínica/formación de los resultados obtenidos en la revisión.
Presentar al equipo la propuesta del Proyecto de Mejora de la Calidad para su aprobación: “Vitamina B12 oral como alternativa al tratamiento intramuscular en déficit de B12.”
Conocer el número de pacientes diagnosticados y tratados por déficit de B12 en nuestro centro de salud.
Conocer el número de inyectables administrados en nuestro centro de salud en los tres meses anteriores al inicio del proyecto.
Establecer criterios para el uso de vitamina B12 oral y conocer los preparados disponibles.
Informar a los pacientes que puedan beneficiarse del tratamiento vía oral de que existe esta alternativa.
Valorar el grado de satisfacción de los pacientes con este tratamiento oral
Conocer los costes del tratamiento, material fungible y trabajo de enfermería en los inyectables.
Comprobar la adherencia al tratamiento por vía oral.
Incluir en las reuniones del equipo sesiones informativas de la evolución proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº Pacientes a los que se ha administrado inyectables de optovite administrados los meses de enero, febrero, marzo del 2018.
Nº Pacientes a los que se ha administrado inyectables de optovite los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2018.
Nº de pacientes a los que se les ha cambiado la via de administracion (de im a oral)
Satisfaccion de los pacientes con cambio a la via oral.
Nº de pacientes con Vitamina B12 oral que mantienen niveles optimos de vitamina b12
Nº de pacientes con Vitamina b12 im que mantienen niveles optimos de vitamina b12.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: abril 2018 Fecha finalización: diciembre de 2018
Cronograma:
Abril:
- Reunión del EAP para presentar propuesta del Proyecto
- Reunión del EAP para crear equipo de trabajo y repartir tareas
- Reunión del EAP: Sesión de formación sobre el tema

Proyecto: 2018_0810 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Mayo
- Reuniones del EAP/equipo de mejora: metodología de trabajo
- Reuniones del EAP/equipo de mejora: creación protocolo actuación
- Reuniones del EAP: Exposición protocolo y Puesta en marcha del protocolo

Junio:
-Recogida de datos de la situación previa al Proyecto
- Reunión del EAP: información de los datos
- Reunión del EAP: Sesión de formación sobre el tema (recuerdo).

Julio- Octubre:
- Continuación de la aplicación del protocolo

Noviembre- Diciembre:
-Recogida de datos de la situación actual a fecha 1/12/18

Diciembre: Reuniones del EAP/equipo de mejora: evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0674 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD EN LA MUJER CON MENOPAUSIA

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA LOPEZ AYLON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SABATER PARALLUELO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN. MATRONA. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· SUMELZO LISO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ GUERRERO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· MAHUELA LILIANA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· ADELL PORTOLES PILAR. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· LOU ARNAL TERESA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hemos constatado consultas repetidas sobre sintomas que acompañan a la menopausia (trantornos del sueño, problemas psicológicos, incontinencia urinaria, sequedad vulvovaginal, dispareumia...). Se objetiva desconocimiento del tema y creencias erróneas (no se puede hacer nada, no hay tratamientos....)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Intervenir en mujeres con menopausia haciendo una captación individual desde las consultas de medicina, enfermeria y de la matrona y a través de las asociaciones de amas de casa (o asociaciones de mujeres) de los pueblos.
Nuestro objetivo será mejorar la calidad de vida de estas pacientes, aumentando sus concimientos y enseñandoles herramientas y tratamientos para afrontar los sintomas descritos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Crear un grupo de trabajo Exponer el proyecto a resto de integrantes del equipo
Exponer el proyecto a las asociaciones de amas de casa (se hará en cada pueblo integrante del centro de salud)
Hacer un taller de relajación (para actuar sobre sintomas psicológicos y transtornos del sueño): ejercicios de respiración, relajación muscular...
Hacer un taller de ejercicios de suelo pélvico (para prevenir la incontinencia urinaria): ejercicios de Hegel, manejo de bolas chinas...
Al menos una sesión para fomentar hábitos de vida saludable, informar sobre alimentación y osteporosis, sobre tratamientos sintomáticos...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de satisfacción individual (de 0 a 5), nuestro objetivo será que la menos el 75-80% sea de 4 o 5
Conseguir el 100% de las actividades planteadas
Encuesta para valorar la mejora de conocimientos: pasaremos una encuesta antes y despues de las intervenciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Presentación al equipo en junio de 2018, a las asociaciones antes de septiembre de 2018 e iniciar al menos dos talleres y una sesión con fechas por determinar a partir de septiembre de 2018.
Las actividades se platearan en cada pueblo que forma parte del centro de salud (comenzaremos en Gelsa) en colaboración con la asociación de amas de casa y del ayuntamiento.

9. OBSERVACIONES.
Las intervenciones se van a plantear individualmente en cada pueblo porque por experiencias previas las actividades planteadas en el centro de salud no han tenido la respuesta esperada.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Sintomas y signos que acompañan a la menupausia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0814 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

2. RESPONSABLE ..... CARLOS BOLEA GORBEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SUMELZO LISO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP FUENTES DE EBRO se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 24,4%
Objetivo 2018: <22%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0814 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1003 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONOCER EL CENTRO DE SALUD DESDE LA ESCUELA

2. RESPONSABLE ..... EVA ARNAL RUBIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGUEZ ESCARTIN ANA. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ GUERRERO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· ADELL PORTOLES PILAR. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· HIGUERAS SAN JUAN PAULA. PEDIATRA. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los niños solo acuden al Centro de salud cuando estan enfermos o para revisiones. Conociendo solo una parte de las actuaciones del centro, casi siempre desde la enfermedad. Queremos dar una visión distinta de nuestro centro de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Acercar el centro de salud desde la visión de la educación para la salud, promoción de otro tipo de actividades y proporcionar una imagen mas amable del entorno sanitario.
Cambiar esteriotipos profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión con profesores del colegio para definir temas a tratar en la visita.
Excursión desde el colegio al centro de salud.
Visita de las instalaciones.
Actividad en distintas consultas mostrando aparataje, actividades y charlando con los niños de distintos temas relacionados con la salud y los profesionales. Preguntas de los niños.
Educación de las salud de los temas acordados con el profesorado.
Encuesta y dibujos a realizar en el colegio tras la visita.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de niños que participan. Resultado 90% de la población diana.
Nº de preguntas que realizan los niños. Resultado :una media de 10 preguntas por grupo de 20 niños que realiza la visita.
Encuesta caras sonriente -triste para los niños. Resultado: 90% cara sonriente
Encuesta a los profesores sobre mejoras y sugerencias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre- Octubre 2018 reunión con el colegio.
Enero- febrero 2019 Preparar los temas junto con el colegio.
Marzo 2019: visita al centro de salud.
Mayo – Junio 2019 : Evaluación de las encuestas. Reunión para mejoras.

9. OBSERVACIONES.
Los niños estaran realizando el curso de 2 ºde Primaria .(7-8 años)
Intentar ampliarlo a otros colegio de la zona.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. niño sano
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1115 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO: PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS FUENTES DE EBRO

2. RESPONSABLE ..... JESUS ZUMETA FUSTERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOMINGUEZ ESCARTIN ANA. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA
· ADELL PORTOLES PILAR. ENFERMERO/A. CS FUENTES DE EBRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.
Tenemos buen resultado en cuanto a la intervención estando por encima del estándar en los dos últimos años.
Necesitamos mejorar en el registro de los síntomas respiratorios en los pacientes diagnosticados como EPOC.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de información sobre autocuidados/Manejo inhaladores

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
Realización charlas a pacientes EPOC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: >65%. (Actualmente en el EAP 61,29%).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 50%. (Actualmente 45,12%).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: 30% (Actualmente 2,20%)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
-Objetivo: SI/ Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados/ manejo de inahaladores. Objetivo: 2 charlas al año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

9. OBSERVACIONES.
Fuente de datos OMI-AP

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_1350 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

2. RESPONSABLE ..... GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRER CASAUS ALBERTO. MEDICO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION CONTINUADA EN AP
· VELASCO ALVAREZ MARIA DARCLE. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN VIDAL CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ IBAÑEZ ANA. ENFERMERO/A. CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monogárfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: Superar el 60%. (Actualmente en el EAP 49,07).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 28,24).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: >5. (Actualmente 2,38)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
-implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: SI/ Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados/ manejo de inahaladores. Objetivo: 2 charlas al año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_1351 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP PARQUE ROMA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL USON MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
os antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP PARQUE ROMA se considera una oportunidad de mejora trabajar para disminuir la prescripción de cefalosporinas de 3º generación respecto al total de antibióticos, ya que en los tres últimos años se vienen registrando valores superiores a la media del sector.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
Revisar la utilización de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 3,8 %
Objetivo 2018: =2,3%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

Proyecto: 2018_1351 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP PARQUE ROMA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0307 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA MURO CULEBRAS
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARQUILLUE VARONA SARA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· CLAVERIA SANCHO GLORIA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN BERNAD DANIEL. EIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE ALDEA MARIA TERESA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ SANNIKOVA OLGA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante el año 2017-2018 se ha desarrollado en el centro de salud Almozara la fase de intervención de un proyecto de investigación del grupo de investigación en atención primaria de la consejería B46 (Ensayo Híbrido de evaluación de una intervención compleja multirriesgo para promover conductas saludables en personas de 45-75 años atendidas en atención primaria, EIRA). En esta fase han sido captados 140 pacientes de entre 45-75 años, mediante 3 criterios de inclusión establecidos, de los cuales se debía cumplir al menos 2, para conseguir un grupo de características comparables e idóneos para la intervención diseñada, en estos ítems se valoraban los principales factores de riesgo modificables como son el tabaquismo, la inactividad física y la mala adherencia a la dieta mediterránea. Tras el proceso de captación, se realizaron varias intervenciones individuales para aportar recomendaciones, consejos y valoraciones orientadas a cada paciente concreto; y una vez valorada la situación personal de cada uno y extrapolando los datos al grupo de captados, se impartieron además, de forma colectiva, talleres prácticos con enseñanza de técnicas que buscan trasmitir formas de modificación de los hábitos de vida, de una forma activa y autosuficiente. Esta año, con este grupo de trabajo, proponemos una continuidad de las actividad de educación para la salud (EpS) en este grupo de pacientes

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Continuar con el seguimiento clínico de los pacientes captados en el EIRA, una vez finalizada la fase de intervención dentro del estudio.
2. Difundir los activos de salud de nuestro barrio entre esta población
3. Perpetuar y afianzar la actividad "Paseos saludables en Almozara", como parte de la cartera de servicios de nuestro centro.
4. Consolidar una consulta monográfica de deshabituación tabáquica, con los pacientes captados y ampliarlo a todos los fumadores activos que requieran y acepten una intervención intensiva.
5. Mantener las actividades de educación para la salud que fomentan buenos hábitos alimentarios, como los talleres colectivos sobre alimentación mediterránea.
6. Conocer qué cantidad de pacientes y de qué modo han modificado estos estilos de vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Revisaremos el listado de los pacientes captados en EIRA.
• En una cita inicial, reevaluaremos la situación de sus factores de inclusión, registrando peso, talla adherencia a la dieta, consumo de tabaco y grado de satisfacción con las actividades realizadas.
• Controlaremos sus cifras tensionales, peso, adherencia a dieta y al ejercicio físico y su estado respecto a la deshabituación tabáquica de forma bimensual.
• Compartiremos con estos pacientes los activos de salud de la zona, animándoles a su utilización.
• Continuaremos con "Paseos saludables en Almozara" todos los martes a las 9.30horas y registraremos la participación.
• Realizaremos talleres mensuales sobre alimentación.
• Evaluaremos de forma bimensualmente la asistencia a cada actividad.
• Realizaremos consejo antitabáquico en una consulta monográfica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
7. INDICADORES Y EVALUACIÓN
1. Pacientes citados para nuevo seguimiento / Paciente captados en EIRA
Estándar: 80%

2. Nº de semanas en las que se han realizado paseos saludables / Nº semanas del año
Estándar:70%

3. Nº de pacientes que acuden a la consulta de deshabituación / Nº pacientes fumadores captados
Estándar: 80%

Proyecto: 2018_0307 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

4. Nº de asistentes a la actividad de alimentación saludable / Nº pacientes captados con mala adherencia a la dieta mediterránea
Estándar: 70%

5. Nº de talleres de alimentación desarrollados/nº de meses en las que se desarrolla la actividad
Estándar: 80%

6. Nº paciente que han modificado o incrementado el ejercicio físico / Nº de pacientes captados en EIRA
Estándar: 80%

7. Nº de pacientes que han abandonado el hábito tabáquico / Nº de pacientes con tabaquismo captados en el proyecto
Estándar: 50%

8. Nº de pacientes que han modificado su alimentación / Nº de pacientes con mala adherencia a dieta mediterránea
Estándar: 80%

9. Nº de pacientes que conocen los activos de salud del barrio/ Nº pacientes captados
Estándar: 100%

10. Nº de pacientes que utilizan los activos de salud del barrio /Nº de pacientes captados
Estándar: 70%

11. Creación de una consulta monográfica antitabaco
Estándar: 100% (Sí)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Presentación del equipo --> Abril 2018(María Muro)
• Revisión del listado de pacientes --> Mayo 2018(María Muro)
• Realización de una tabla de registro para actualizar los datos de los pacientes --> Mayo 2018(María Muro)
• Realización de la primera cita de revisión --> Mayo/Junio 2018(Daniel Martín)
• Control de las variables analizadas --> Bimensualmente 2018-2019(Maite Vicente y Nieves Sobreviela)
• Liderazgo de los "Paseos saludables" --> Todos los martes 2018-2019(Sara Arquillué)
• Realización de los talleres de alimentación. --> Mensualmente(Marivi Oliete)
• Liderazgo de "Consulta antitabáquica" --> Quincenalmente (Gloria Clavería)
• Evaluación de las actividades realizadas --> Bimensual(Olga Ruiz)
• Evaluación global del proyecto --> Mayo 2019(María Muro)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación para la Salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0436 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN POBLACION MAYOR

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS CAÑADA MILLAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· ALVAREZ GOMEZ ESTHER. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. GERIATRIA
· OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· ABENGOCHEA MEDRANO MILAGROS. FISIOTERAPEUTA. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· JACINTO MARTIN ALBERTO. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el año 2014, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprueba en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS, el “Documento de consenso sobre prevención de discapacidad y caídas en el anciano”. Elaborado por miembros de varias sociedades científicas españolas de medicina y enfermería de Atención Primaria y Geriatría.
La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad. La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia resulta mejor predictor de discapacidad que la morbilidad.
Prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad es posible, dado que esta última se puede detectar y es susceptible de intervención.
La fragilidad es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar discapacidad. Se centra en la funcionalidad y no en el diagnóstico de enfermedad, siendo un buen predictor de eventos adversos de salud. Identifica a mayores independientes con riesgo de pérdida funcional.
Las caídas son causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad.
Ambas situaciones pueden detectarse precozmente y son susceptibles de intervención, siendo la Atención Primaria el marco idóneo para su manejo: PAPPS 2014.
Para reducir la fragilidad es necesario actuar sobre su principal factor de riesgo: la inactividad. Las intervenciones centradas en la actividad física han demostrado su eficacia en retrasar e, incluso, revertir la fragilidad y la discapacidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Detectar un subgrupo de pacientes mayores frágiles y/o con riesgo de caídas en el Centro de Salud de Almozara.
2.- Medir los resultados de una intervención multicomponente y multiprofesional.
3.- Mantener la autonomía y la independencia de las personas mayores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades y oferta de servicios:
Detección oportunista de la población de 70 ó + años que acude al Centro de Salud con Barthel de 90 ó superior.
1.- Inclusión en el programa: se realiza una valoración para las actividades básicas de la vida diaria mediante la escala de Barthel.
Si > ó = 90: cribado de fragilidad.
Si < 90: no inclusión en el proyecto.
2.- Cribado de fragilidad:
Prueba de ejecución Short Physical Performance Battery (SPPB), combina equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de una silla. Tiene una buena validación para detectar fragilidad y elevada fiabilidad en predecir discapacidad, así como su factibilidad de uso en Atención Primaria.
3.- Valoración del riesgo de caídas:
Mediante 2 preguntas:
¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
¿ Ha sufrido dos o más caídas en el último año?
4.- Intervención preventiva:
Cuando se detecta fragilidad (SPPB < 10) y/o hay riesgo de caídas, se aleatorizan por orden de llegada en grupo de intervención y grupo de no intervención.
En el grupo de intervención, si hay fragilidad, se realiza un programa de actividad física multicomponente (resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular) con ayuda de la fisioterapeuta y recomendaciones nutricionales por parte de enfermería. Si hay riesgo de caídas, las intervenciones comentadas, revisión de la medicación y actuación sobre riesgos en domicilio.
5.- Seguimiento:
A los 6 y 12 meses se valoran los siguientes parámetros:
Barthel, SPPB, caídas, hospitalizaciones, consumo de fámacos, percepción subjetiva de salud y fallecimientos.
Se realiza un análisis estadístico entre los resultados de ambos grupos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número pacientes con SPPB <10 y/o riesgo de caídas / Número pacientes con SPPB =10 y sin riesgo de caídas x 100. Al inicio.

Proyecto: 2018_0436 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN POBLACION MAYOR

Número de pacientes del grupo de intervención con I. Barthel < 90 / Número de pacientes del grupo de no intervención con I. Barthel < 90 x 100. A los 6 y 12 meses.

Número de pacientes del grupo de intervención con caídas/ Número de pacientes del grupo de no intervención con caídas x 100. A los 6 y 12 meses.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. 2017: Inicio del estudio piloto en un cupo del Centro Salud Almozara.
2. Primer-segundo trimestre 2018: Incorporación al estudio de nuevos cupos para intervención. Reevaluación de seguimiento de recomendaciones.
3. Tercer trimestre 2018: evaluación de resultados hasta la fecha. Seguimiento a los 6 y 12 meses. (SPPB, I. Barthel, incidencia de caídas, consumo de fármacos, estado subjetivo de salud, hospitalizaciones y mortalidad).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACTIVIDADES PREVENTIVAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0453 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA. CENTRO SALUD ALMOZARA

2. RESPONSABLE ..... RUTH TOMEO MUÑOZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN BERNAD DANIEL. EIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· CLAVERIA SANCHO GLORIA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· JACINTO MARTIN ALBERTO. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ ASENSIO SANDRA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ MARTINEZ JULIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· PUEYO SALAVERA CLARA MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BUJEDA CAVERO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde el centro de salud Almozara llevamos colaborando con el CEIP Almozara durante los dos cursos escolares previos, con este proyecto queremos dar continuidad a dicha colaboración. Teniendo en cuenta, que la participación en programas de atención a la comunidad entra dentro de los objetivos de nuestra especialidad y, es básica en la formación de nuestros residentes y estudiantes.
En este tiempo hemos observado la falta de recursos con los que cuenta el profesorado, para dar respuesta a temas de salud en el aula, siendo estos temas una necesidad transversal en las competencias curriculares que, deben adquirir los alumnos en su formación.
Resaltar, también, la importancia de la implicación de las familias y del alumnado en la gestión de su propia salud. Ya que, en estas etapas, pueden ser más influenciables tanto por factores de riesgo como por factores protectores para la adquisición de hábitos saludables.
Con la continuidad de este proyecto queremos proporcionar al alumnado la capacidad crítica para tomar decisiones que faciliten la gestión de su salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1º Continuar con el trabajo en red de sanitarios, docentes y padres de alumnos para tratar conjuntamente, factores condicionantes de salud en la infancia y la adolescencia.
2º Dar continuidad al grupo que trabaja las actividades de EpS en nuestro centro de salud, integrando a nuevos componentes.
3º Contactar con entidades que trabajen objetivos comunes de educación para la salud en las aulas, para aunar ideas y esfuerzos.
4º Resolver las demandas del profesorado sobre temas de salud en el aula.
5º Afianzar la actividad de la escuela de padres, trabajando desde la parentalidad positiva, en colaboración con el AMPA.
6º Empoderar al alumnado en conceptos de salud positiva, hábitos saludables, prevención de riesgos, y actuación en situaciones de emergencia sanitaria.
7º Implicar a los alumnos del CEIP Almozara en la gestión de su propia salud.
El objetivo final sería promover hábitos de vida saludables en los alumnos y sus familias que se extiendan al barrio en el que estamos situados y, a la sociedad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El equipo de sanitarios del proyecto formalizaremos reuniones de forma trimestral, para programar actividades, facilitar recursos, y analizar las actuaciones realizadas.
Cumplimentaremos un registro de las actividades realizadas, las reuniones y las incidencias surgidas a lo largo del proyecto.
Realizaremos dos reuniones con el AMPA, para trabajar temas de salud, de interés para las familias.
Incluiremos a los activos de salud del barrio, compaginando actividades, entre otros, con el centro cívico de Almozara.
Efectuaremos reuniones con el equipo directo del CEIP Almozara donde se atenderá a las posibles demandas del profesorado y se organizaran las actividades con el alumnado, de forma trimestral.
Impartiremos al alumnado talleres adecuados a su ciclo formativo, desde el aprendizaje significativo:
Infantil: conocer el trabajo de los sanitarios en el centro de salud
1 Ciclo de Educación primaria: actuación ante una emergencia sanitaria
2 Ciclo de Educación Primaria: hábitos de vida saludables
3 Ciclo de Educación Primaria: prevención de adicciones

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1: Se ha dado continuidad al grupo de EAP: número de reuniones del equipo/ reuniones previstas. (Estándar 75%)
2: Nuevos sanitarios incluidos en el grupo/ número de sanitarios participantes (Estándar 50%)
3: Nuevos activos de salud implicados con en el proyecto/ número de activos contactados. (Estándar 20%)
4: Demandas solicitadas por el claustro / demandas resueltas (Estándar 70%)
5: Reuniones con el AMPA/ número de reuniones previstas (Estándar 50%)

Proyecto: 2018_0453 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA. CENTRO SALUD ALMOZARA

6: Actividades realizadas con la escuela de padres/ actividades previstas (Estándar 50%)
7: Actividades realizadas al alumnado/ Actividades previstas (Estándar 60%)
8: Sesiones de equipo/ número de sesiones previstas (Estándar 75%)
9: Número de alumnos que se han beneficiado de talleres/ número total de alumnos (Estándar 80%)
10: Número de sanitarios satisfechos/ número de sanitarios participantes (Estándar 80%)
11: Número de padres satisfechos/ número de padres participantes (Estándar 60%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del proyecto será el curso escolar 2018-2019.
Se realizaran, de forma piloto, actividades con Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria en Abril y Mayo de 2018. (MJ. Bujeda)
Realización de talleres con el alumnado, durante el curso escolar, en función de las actividades curriculares del colegio. (D. Martin, S. Jiménez, G. Clavería, A. Jacinto)
Reuniones trimestrales del equipo de sanitarios en: septiembre, diciembre, marzo y junio. (R. Tomeo, C. Pueyo)
Reuniones trimestrales con el equipo directivo del CEIP Almozara en: octubre, enero, abril y junio. (R. Tomeo, J. Pérez)
Reuniones semestrales con el AMPA en: octubre y abril. (R. Tomeo, D. Martin)
Evaluación final del proyecto en Julio de 2018 por parte del equipo multidisciplinar que forme parte del proyecto. (R. Tomeo)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación para la salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0478 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION ESTRUCTURADA DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN CENTRO DE SALUD ALMOZARA

2. RESPONSABLE ..... NAIARA GARGALLO GASCA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUEYO SALAVERA CLARA MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BORAO GOMEZ JULIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BUJEDA CAVERO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ ASENSIO SANDRA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· ROCCA JIMENEZ MARTA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· ARQUILLUE VARONA SARA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· FOGUED HERNANDEZ CARMEN. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante el transcurso de este año se esta implementando en nuestra comunidad el desarrollo del proyecto del Paciente Cronico Complejo (PCC). Seleccionando a la población cronica de alto riesgo a través de la estratificación por complejidad asignada según los GMA, superior al percentil 95 de la población con enfermedad crónica.
En nuestro centro de salud, según la estratificación poblacional en base al GMA, existe una prevalencia del 3% de enfermos crónicos de alta complejidad.
El contrato programa del 2018 contempla la atención específica al PCC, iniciando su desarrollo en los pacientes con percentil superior al 99% según GMA, a los que se les aplicará los criterios definidos en nuestra comunidad como PCC. La dirección de nuestro sector, ha seleccionado al Centro de Salud Almozara como uno de los dos centros piloto en Zaragoza para desarrollar este proyecto.
La pluripatologia y polimedicacion que se aúnan en estos pacientes, nos lleva muchas veces a la presencia de una cascada terapeútica, lo que conlleva un aumento de la iatrogenia y disminución de la calidad de vida de estos enfermos. Lo que nos motiva para realizar este proyecto de acuerdo de gestión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Realizar revision estructurada de la medicación a todos los pacientes, que se encuentren por encima del percentil 99 (GMA) y que cumplan los criterios de PCC de nuestro sector
2. Desarrollar tabla de Microsoft Excel como recogida de datos.
3. Presentar el proyecto al resto del equipo del Centro de Salud Almozara.
4. Detectar en cada paciente la existencia de duplicidades
5. Localizar interacciones farmacológicas en estos pacientes
6. Analizar en cada paciente el incumplimiento de los Criterios Stopp.
7. Revelar en cada paciente el cumplimiento de los Criterios Start.
8. Descubrir en cada paciente la presencia de fármacos anticolinérgicos.
9. Detectar en cada paciente la existencia de fármacos no seguros en insuficiencia renal crónica (IRC).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. En los pacientes con GMA superior al 99% aplicaremos los criterios de PCC del sector para desarrollar en ellos la revisión estructurada.
2. Elaboraremos una tabla Excel de estos pacientes con los criterios definidos en los objetivos del programa.
3. Seguidamente presentaremos al equipo el proyecto.
4. Los miembros del equipo de trabajo, por cupos médicos, irán analizando la existencia de duplicidades, interacciones farmacológicas, aplicación de los criterios Start/Stopp, fármacos anticolinérgicos y no seguros en IRC. Además identificaremos si la prescripción fué realizada desde Atención Primaria o Secundaria.
5. Posteriormente se informará al médico responsable de cada cupo de los resultados obtenidos.
6. Transcurridos 6 y 12 meses, comprobaremos si se han realizado cambios en la prescripción trás la información recibida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fuente de datos OMI-AP.
No tenemos datos que hablen en nuestro medio, del porcentaje de PCC con fármacos potencialmente inadecuados. Por lo que nos resulta imposible fijar un estándar.

1. (Nº de PCC con revisión estructurada de la medicación/ Nº total de PCC) x 100; (Estándar: 75% de los PCC al comienzo del proyecto)
2. ¿ Existe tabla de recogida de datos?: Si/No; (Estándar: Si)
3. ¿Se ha presentado el proyecto al resto del equipo?: Si/No; (Estándar: Si)
4. Nº de pacientes evaluados con duplicidades detectadas/ Nº total de PCC) x 100; (Estandar: 60%)
5. Nº de pacientes evaluados con interacciones detectadas/ Nº total de PCC) x 100; (Estandar; 60%)
6. Nº de pacientes evaluados con incumplimiento de criterios Stopp/ Nº total de PCC) x 100; (Estandar: 60%)
7. Nº de pacientes evaluados con cumplimiento de criterios Start/ Nº total de PCC) x 100; (Estandar: 60%)
8. Nº de pacientes evaluados con fármacos anticolinérgicos/ Nº total de PCC) x 10; (Estandar: 60%)
9. Nº de pacientes evaluados con fármacos no seguros en IRC/ Nº total de PCC con IRC) x 100; (Estandar: 60%)
10. (Nº de fármacos asignados a un diagnóstico no preciso/ Nº de fármacos analizados) x 100; (Estandar: 60%)

Proyecto: 2018_0478 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION ESTRUCTURADA DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN CENTRO DE SALUD ALMOZARA

11. (Nº de fármacos prescritos desde Atención Primaria/ Nº total de fármacos analizados) x 100; (Estandar: 60%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración del proyecto: Del 1 Abril de 2018 al 31 de Marzo de 2019.
- Aplicar los criterios de PCC en los pacientes con GMA superior al 99%. Responsable: Maria José Bujeda Cavero. Abril 2018.
- Elaboración de tabla Excel. Responsable: Naiara Gargallo Gasca. Abril 2018.
- Reunión con el equipo. Responsable: Clara Pueyo Salavera. Abril 2018. Octubre 2018. Marzo 2019.
- Analizar la existencia de duplicidades, interacciones farmacológicas, aplicación de los criterios Start/Stopp, fármacos anticolinérgicos y no seguros en IRC. Además identificar si la prescripción fué realizada desde Atención Primaria o Secundaria. Responsable: Sara Arquillué Varona, Clara Pueyo Salavera, Sandra Jiménez y Marta Rocca. De Abril de 2018 a Marzo de 2019.
- Informar al médico responsable de resultados. Responsable: Julia Borao Gomez. Septiembre 2018.
- Comprobar la realización de cambios en la prescripción trás información. Responsable: Carmen Fogued. Marzo de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0877 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA VICENTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· SANZ ASIN ALICIA PILAR. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BORAO GOMEZ JULIA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· MOYA PEREZ MARIA PILAR. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· PLUMED TEJERO MARIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BONA GARCIA JAIME. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La hiperplasia benigna de próstata (HPB) es una enfermedad con alta prevalencia entre los varones de más de 50 años que requiere una continuidad asistencial entre los 2 niveles existentes en nuestro país, el de atención primaria (AP) y el de atención especializada; motivo por el que era necesario consensuar unos criterios de derivación o de continuidad que sirvan de orientación a ambos colectivos. La historia clínica del paciente, el Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS, International Prostate Symptom Score), el tacto rectal y el antígeno prostático específico (PSA, prostate-specific antigen) son herramientas accesibles en el ámbito de la AP que permiten un diagnóstico adecuado de la HBP.

Conscientes de tal necesidad, las sociedades científicas de atención primaria (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Medicina General (SEMG), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Asociación Española de Urología (AEU) elaboraron este documento de consenso. A los pacientes con IPSS<8 se los deberá mantener en vigilancia y evaluar anualmente; en los pacientes con IPSS 8-20, si el tamaño de la próstata es pequeño, se recomienda el tratamiento con bloqueadores alfa y evaluación al primer y tercer mes, si el tamaño de la próstata es grande se recomienda el tratamiento con bloqueadores alfa o inhibidores 5-alfa-reductasa y evaluación al tercer y sexto mes.

En este documento se establecen unos criterios de derivación al urólogo claros, que facilitan el tratamiento de este tipo de pacientes. Se derivarán al urólogo aquellos pacientes con HBP que no presenten mejoría al tercer mes de tratamiento con bloqueadores alfa, o al sexto mes de tratamiento con inhibidores 5-alfa-reductasa.

Se derivarán también los pacientes con síntomas del tracto urinario inferior en los que se observe algún hallazgo patológico durante el tacto rectal, IPSS >20, PSA >10 ng/ml o PSA >4 ng/ml y PSA libre <20% o pacientes con edades <50 años y sospecha de HBP, así como aquellos pacientes con alguna complicación urológica.

Pertinencia del proyecto

Actualmente la prescripción de este tipo de tratamientos se ha generalizado sin analizar la conveniencia de mantenerlos o retirarlos si resultaran ineficaces. A pesar de disponer de la herramienta simple (encuesta IPSS) no se ha llegado a implantar en la clínica diaria.

El objetivo del proyecto es comprobar en pacientes sintomáticos no tratados la evolución del indice IPSS (recomendado en el documento de consenso de las sociedades científicas) previo y a los tres meses del tratamiento, con la finalidad de valorar la adecuación del tratamiento, disminuyendo si es posible el numero de tratamientos ineficaces.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Adecuación del protocolo HBP del Sector II a Atención Primaria .
Racionalizar el gasto farmacéutico en pacientes con HBP, al retirar tratamientos ineficaces .
Conocer la presencia de efectos secundarios y posibles interacciones farmacológicas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Presentación del proyecto en el CS .
2-Entrega de la tabla de recogida de datos .
3-Cumplimentación de encuesta IPSS autoadministrada en la visita inicial del paciente con clínica compatible con HBP y evaluación de necesidad de tratamiento.
4-Revisión de los pacientes a los tres meses con nueva encuesta IPSS y valoración de continuidad de tratamiento .
5-Recogida de efectos secundarios y posibles interacciones farmacológicas
6-Análisis de los resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1-Pacientes que completaron encuestas y el periodo de tratamiento / Número total de pacientes a los que se les oferta el estudio.
2-Número de pacientes con mejoría en IPSS/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS

Proyecto: 2018_0877 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

3-Numero de pacientes sin mejoría en IPSS/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS
4-Tasa de abandonos por efectos secundarios o interacciones/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS
5-Numero de tratamientos innecesarios / Número total de pacientes a los que se realiza IPSS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Presentación del proyecto en mayo 2018
Se realizará la captación de pacientes, tras realizar encuesta IPSS desde mayo hasta noviembre de 2018 .
En diciembre 2018 se realizará análisis de los datos obtenidos .

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0891 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

2. RESPONSABLE ..... JAIME BONA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARQUILLUE VARONA SARA. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· BERNE PALACIOS ALEJANDRA VICTORIA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA NAVALON PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE NUTRICION
· GRIMAL ALIACAR FERNANDO. MEDICO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· MOYA PEREZ MARIA PILAR. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· RODENAS FERRANDO URSULA. MIR. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La dermatoscopia permite que los médicos puedan visualizar in vivo estructuras y colores de la epidermis, unión dermoepidérmica y dermis superficial, que no son visibles mediante la simple inspección. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

Numerosos estudios han demostrado que la dermatoscopia es una herramienta útil y barata que mejora notablemente la capacidad de detección de melanomas entre los médicos de familia, comparado con la detección de visu. Aumentando en algunos casos la sensibilidad del 54% al 74%. La dermatoscopia podría evitar biopsias y derivaciones a Dermatología innecesarias, a la vez que aumentaría la confianza de los médicos de familia en el diagnóstico de lesiones sospechosas de malignidad.

En los últimos 20 años la incidencia de melanoma ha aumentado a un ritmo más acelerado que cualquier otra neoplasia en España, su tendencia a aumentar es la más alta y las proyecciones realizadas en España indican que esta situación continuará en el futuro.

Los médicos de AP se basan con frecuencia en la regla de predicción ABCDE para establecer el diagnóstico de sospecha. Esto supone su detección en fases avanzadas y en muchos casos es tarde para obtener un resultado satisfactorio con el tratamiento. Los melanomas que se diagnostican de forma precoz tienen una supervivencia cercana al 100%, mientras que los tumores más avanzados muestran una supervivencia inferior al 10% a los 5 años. Un diagnóstico a tiempo y un seguimiento de este cáncer cutáneo permite salvar muchas vidas y reducir la necesidad de tratamientos agresivos.

La regla de predicción ABCDE no es útil para para confirmar el diagnóstico por su baja especificidad. El apoyo de la dermatoscopia permitirá evitar un elevado número de biopsias innecesarias.

En una revisión sistemática, la dermatoscopia demostró ser más sensible que la simple inspección para el diagnóstico de melanoma, incluso aplicada por médicos de familia adecuadamente entrenados.

Vestergaard et al., en su revisión sistemática, aconsejaron el uso del dermatoscopio, que demostró más seguridad diagnóstica que la simple inspección aislada (grado de recomendación A)

En el estudio de Argenziano et al. se concluyó que se podía recomendar el uso de la dermatoscopia porque mejoraba la capacidad del MF en la criba de lesiones sugestivas de cáncer de piel sin aumentar el número de consultas innecesarias a dermatólogos (grado de recomendación A).

El dermatoscopio permite la detección precoz de lesiones sugestivas de melanoma antes de que aumenten de tamaño, permitiendo la derivación urgente/preferente a dermatología y adelantándose el tratamiento. Por tanto, aporta mayor seguridad al médico de familia ante lesiones melanocíticas para derivar de forma preferente ante signos evidentes de sospecha precoz.

La formación en dermatoscopia en el centro de salud permitirá también completar la formación al médico residente en la atención a la patología dermatológica y facilitará la participación de los profesionales en el proyecto piloto de “TELEDERMA” en el que se enviarán fotos tomadas mediante dermatoscopia para facilitar el diagnóstico al servicio de Dermatología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Principal: Formar y capacitar a los profesionales en el uso del dermatoscopio.
Secundario: Adquirir conocimientos para participar en proyecto TELEDERMA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Solicitud a la Dirección de AP y Unidad Docente de dermatoscopios para uso en consulta y para poder poner en marcha el proyecto piloto “TELEDERMA”.

Programa formativo inicial en el que se abordará la patología tumoral dermatológica desde un punto de vista clínico y posteriormente con la ayuda del dermatoscopio. Se solicitará acreditación para dicha formación.

Proyecto: 2018_0891 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

(enero-marzo).

Sesiones formativas de refuerzo basadas en casos clínicos con el fin de asentar los conocimientos adquiridos y resolver las dudas que hayan surgido con el uso del dermatoscopio. (mayo-octubre).

Sesión informativa sobre el proyecto piloto “TELEDERMA”. Posteriormente se realizará otra sobre la toma de imagen digital para optimizar el uso de “TELEDERMA”. (Dirección AP/Servicio Dermatología)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Solicitud dermatoscopio a la Dirección de AP/Unidad Docente. Estándar: SI
nº sesiones impartidas por el EAP. Estándar> 10 sesiones/año
promedio asistentes sesiones. Estándar >50% del EAP.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Solicitud dermatoscopio. (P García, S Arquillué, J Bona)
Sesiones formativas iniciales: Ene-Mar 18. Recopilación información y preparación. F Grimal, Ú Ródenas, P Moya, A Berné. Impartidas por J Bona.
Sesiones formativas posteriores: May- oct 18. Recopilación de información y preparación. S Arquillué, Ú Ródenas, P Moya, A Berné, J Bona. Impartidas por Jaime Bona
Participación TELEDERMA (jun-dic), dependiente de SALUD/Dirección AP/Servcio Dermatología/EAP

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0610 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION DE PACIENTE ACTIVO EN DIABETES

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA LOZANO DEL HOYO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA MUÑIO RUBEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CILLERUELO ENCISO SILVIA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SASTRE MOHAMED SARA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GIL FERNANDEZ INMACULADA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· EZQUERRA ABION CRISTINA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA SORIANO JUAN MANUEL. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CALERO FERNANDEZ ESPERANZA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. En la actualidad la diabetes es un serio problema de salud en el mundo occidental y un problema de salud mundial que afecta a unos 382 millones de personas en todo el mundo, y se espera que aumente a 592 millones en 2035.

Según el estudio di@bet.es elaborado por CIBERDEM, la prevalencia total de diabetes mellitus (DM2) sitúa a España en 13,8%, (más de 5,3 millones de personas). De este porcentaje, un 7,8% corresponde a casos de DM2 conocida (casi 3 millones de personas), mientras que un 6% de la población española desconoce que sufre esta patología (más de 2,3 millones de personas).

Desde la Declaración de Alma-Ata en el año 1978 y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la Organización Mundial de la Salud insta a los pacientes a una participación tanto individual como colectiva en la salud. En este contexto, y en conjunción con un creciente interés por la promoción y la protección de los derechos del usuario, en la década de 1980 se acuña por primera vez el término «toma de decisiones compartida». Si bien no existe en la actualidad una definición totalmente consensuada, se acepta que la toma de decisiones compartida implica un proceso de decisión conjunta entre pacientes y profesionales sanitarios, que tiene como principal objetivo que los pacientes estén informados y adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud. Estamos hablando, en definitiva, de un cambio de paradigma del Sistema Sanitario en su conjunto, hacia una atención centrada en la persona.

La atención primaria es el contexto principal de estos programas, como primera receptora de las personas con una enfermedad crónica. Y donde sería oportuno orquestar el cambio de trabajar en las necesidades de los profesionales para hacerlo en las necesidades de los pacientes.

De hecho, los últimos estudios consultados destacan la importancia de la educación entre iguales y de los programas tipo «paciente experto o activo». No obstante, en nuestra Comunidad autónoma no existe ningún trabajo en este sentido, por lo que nos proponemos un proyecto en dos fases, durante la primera fase (2018) se planificará el proyecto de educación a pacientes diabéticos y se dotará de sesiones formativas a los pacientes líderes. La segunda fase (2019) se realizará la educación a grupos de pacientes diabéticos con y sin pacientes activos, para su posterior evaluación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general:
-Reforzar la acción comunitaria entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2.

Objetivos secundarios Primera Fase:
-Incrementar los hábitos orientados a mejorar su salud en los pacientes activos.
-Adquirir técnicas de comunicación por parte del Paciente Activo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración de un proyecto de formación a Pacientes Activos, duración y contenido.
-Formación a pacientes para conseguir líderes en educación en diabetes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Evaluación en conocimientos de los Pacientes Activos antes y después de la intervención, mediante encuesta validad con un aumento del 20% de contestaciones acertadas en la encuesta posterior
-Mejor control metabólico de la HglA1c, con disminución de un 0,5% en los Pacientes Activos, pre y pos formación.
-Evaluación de técnicas de educación, por medio de videos pre y pos formación.

Proyecto: 2018_0610 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION DE PACIENTE ACTIVO EN DIABETES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-1er semestre 2018: elaboración del proyecto, reuniones con activos de la comunidad y de la Asociación de diabetes. Selección de pacientes
-2º semestre 2018: formación en diabetes y técnicas de comunicación del grupo seleccionado.

9. OBSERVACIONES.
El proyecto se remitirá a la CEICA para su aprobación

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0687 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA ANDRES AGORRETA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· APARICIO JUEZ SARAY. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· FORMENTO MARIN NATALIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA JULVEZ MARIA. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MUÑIO RUBEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTES LOPEZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· FORES CATALA AMPARO. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ARMALE CASADO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde los años 70, el médico-sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló la teoría de la salutogénesis. Esta teoría presenta la concepción del modelo de salud en positivo, centrado en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones a partir de los propios recursos, alejándose del enfoque biomédico centrado en la enfermedad.
Se considera que la salud no es un proceso aislado del entorno, ya que se ve influenciada por factores sociales y económicos, existe bibliografía que respalda la idea de proyectos que coordinan los servicios socio-sanitarios y los recursos de los barrios, haciendo a la población participe de su propia salud y mejorando la comunicación entre los diferentes profesionales y recursos.
Con el fin de integrar este modelo de atención en nuestra realidad y mejorar la comunicación del Centro de Salud y los recursos del barrio, nos propusimos desarrollar un mapa interactivo, que agrupara y mostrara todos los recursos que pueden mejorar la salud de la comunidad.
Un mapa de activos de salud se concibe como una herramienta poderosa para aumentar el conocimiento de los recursos a disposición de los profesionales y de la comunidad para aumentar el bienestar, conservar y/o mejorar la salud y ayudar a disminuir las desigualdades sociales.
El barrio de las Fuentes cuenta con una población de 42.192 habitantes, dividida en 2 Zonas básicas de Salud (Fuentes Norte y Torre Ramona).
Se trata de una población muy envejecida, con una tasa de envejecimiento del 213,70%, además cabe destacar que 1289 personas mayores de 84 años viven solas.
Como hemos citado anteriormente, existe diferencias socioeconómicas entre ambas zonas básicas de salud siendo, peores los resultados en desempleo, trabajos eventuales, instrucción insuficiente… en Las Fuentes Nortes respecto a Torre Ramona.

También se observan diferencias en los resultados de salud de ambas comunidades, presentando una población de enfermos de mayor complejidad en las Fuentes Norte.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar una reunión con los principales entes sociales y recursos del barrio para conocer las actividades del barrio y establecer lazos de conexión entre todos.
-Constituir un equipo de personas clave de las diferentes organizaciones del barrio.
-Realizar un mapeo de activos en el barrio de las Fuentes.
-Crear un mapa de activos interactivo y accesible a la población

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La metodología de realización de un mapa de activos debe ser un modelo participativo con la comunidad, de manera que su resultado sea lo más representativo posible. Además, de favorecer la relación, el trabajo en red y la coordinación entre todas las entidades del lugar.
Para la realización se ha seguido una secuencia similar a la propuesta por Botello, pero adaptada a nuestras capacidades, recursos y población:
1. Creación de un grupo multidisciplinar en el centro de salud para el desarrollo de la actividad.
2. Conocer la comunidad con la que vamos a trabajar, sus necesidades, recursos y posibilidades.
3. Delimitar el área geográfica.
4. Trabajo de campo del grupo de trabajo en la comunidad: Salir a conocer los recursos de la comunidad, identificar personas clave de las distintas entidades del barrio que promueven la salud.
5. Establecer relaciones con las personas clave de los recursos.
6. Visitar las webs de las entidades y se contrastará la información recopilada.
7. Creación de un mapa virtual en la plataforma Google Maps, denominado Las Fuentes Activa, abierto a la modificación de las personas y entidades del barrio.
Los recursos se clasificarán en diferentes categorías:
Recursos de salud, educación y formación, cultura y ocio, deporte y actividad física, juventud, mayores, asociaciones, parroquias y entidades religiosas, otros.
8. Visibilizar el resultado en el blog del centro de salud, accesible para los profesionales y toda la comunidad.

Proyecto: 2018_0687 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Para la evaluación se desarrollará una encuesta de satisfacción para los profesionales que han participado, tanto del centro de salud como de los principales recursos.

- Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.
Estándar: 90%
- Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la reunión x100.
Estándar: 90%
- Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.
Estándar 40%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto comienza en enero, con la revisión bibliográfica, y reunión con las diferentes personas involucradas del centro de salud.
En marzo se crea el equipo multidisciplinar del centro de salud.
En abril- mayo se estudia las características de la comunidad.
Durante los meses de junio, julio, septiembre y octubre se delimitará el área geográfica y se saldrán a conocer y recopilar los recursos.
En noviembre se realizará una reunión con las personas clave de los recursos y entidades del barrio.
Durante diciembre, enero, febrero y marzo se recopilará la información y se creará el mapa virtual.
Para en abril visibilizarlo en el blog del centro de salud.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Promoción de la salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0702 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y FUENTES NORTE

2. RESPONSABLE ..... ALBA FRAILE MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES AGORRETA PATRICIA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· FORES CATALA AMPARO. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LAMBAN CASAMAYOR ELISA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CILLERUELO ENCISO SILVIA. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ABAD HONTORIA ANGEL. FISIOTERAPEUTA. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GASPAR CALVO ELENA. FISIOTERAPEUTA. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MARIN IBAÑEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la zona básica de salud de Las Fuentes Norte la morbilidad (dislipemia, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y abuso crónico de alcohol) es elevada. En Aragón, el 45% de los adultos no realiza ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres.
El estilo de vida de la sociedad actual favorece la inactividad física. Este comportamiento sedentario viene determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo tanto, el abordaje requiere un enfoque multifactorial e intersectorial.
La Fundación el Tranvía lleva a cabo actividades dirigidas a promover el ejercicio físico en la población del barrio de Las Fuentes a través de paseos en el proyecto "Andarinas del Tranvía". Tras una encuesta de valoración de las necesidades de formación en la población que se realizó desde el C.S. Las Fuentes Norte, se priorizaron los siguientes temas de intervención: recomendaciones de ejercicio físico, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilo de vida y alimentación saludable.
Después de realizar unas actividades de educación grupal en la Fundación el Tranvía, se vio la oportunidad de establecer una colaboración más estable entre los dos centros, así como extenderlo al de Torreramona, participando en la actividad de las Andarinas del Tranvía e incorporando los temas de interés recogidos en la encuesta.
Según el Programa de Salud 2030 de Aragón, los programas de actividad física deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Otro aspecto que recoge es que no solo debe abordarse los problemas de salud física, sino también los de soledad, de exclusión y de brecha digital, y creemos que a través de este proyecto se pueden trabajar dichos aspectos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Fomentar una vida activa por medio de paseos.
Reconocer los beneficios del ejercicio a través de una valoración de su actividad diaria.
Crear un grupo estable que fomente una red social de andarinas.
Mejorar su capacidad al ejercicio, a través de las rutas de paseo programadas.
Modificar hábitos de desplazamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilaran entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos.
Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acudan profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica.
Las reuniones del Equipo Andarinas Fuentes Norte se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de paseantes/ nº de inscritos (estándar: > 50% en el 80% de los casos)
Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes)
Encuesta de hábitos: realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar: en el 80% de los participantes)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La Evaluación se plantea a lo largo de todo el proceso: inicial, de seguimiento y final. Todos los integrantes realizarán funciones de evaluación en distintos momentos y en las reuniones de evaluación.
Encuesta de Satisfacción: Se valorará la satisfacción de andarinas y del equipo de trabajo.
Evaluación de Actividades: Se evaluarán las actividades con rejilla de observación y observador no participante/participante según la actividad. La observación será mixta, estructurada por medio de un check-list, y no estructurada por diario de campo.
Evaluación de Reuniones: por medio de las actas y por el desarrollo de las mismas.

Proyecto: 2018_0702 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y FUENTES NORTE

Valoración de hábitos de las Andarinas: ficha de recogida de datos previa a los paseos y posterior.
Fecha de inicio febrero de 2018 y fecha de finalización diciembre de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes sanos o con patologías crónicas que deseen mejorar su condición física o puedan favorecerse de los beneficios del ejercicio.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0830 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

2. RESPONSABLE ..... AFRICA GARCIA ROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SARSA GOMEZ ANA. MEDICO/A. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MONEO HERNANDEZ ISABEL. PEDIATRA. CS LAS FUENTES NORTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· INEVA SANTAFE MARIA CARMEN. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· TEJADA DE LOS SANTOS LAURA. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MUSEROS SOS DOLORES. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SARVISE MATA MARIA. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CASASNOVAS NAVARRO PILAR. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El tabaco es el factor de riesgo cardiovascular más importante y la principal causa aislada de morbimortalidad prematura prevenible en los países desarrollados, lo que lo convierte en un importante problema de salud pública. Respecto al embarazo, situación especialmente vulnerable, en España el 33% de las gestantes fuman, 25% abandonan el hábito, pero el 80% recae en los dos años posteriores. En Aragón el 20% de las gestantes fuma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Objetivo general: reducción de la prevalencia del tabaquismo en las embarazadas atendidas en el centro de salud Las Fuentes Norte.
• Objetivos específicos:
- Prevenir el tabaquismo pasivo en la embarazada mediante la promoción del ambiente libre de humo en el entorno familiar.
- Promover el abandono del tabaquismo en la embarazada fomentando el cese del hábito a través del consejo antitabaco y orientando a la fumadora en la deshabituación.
- Visibilizar las actuaciones realizadas en el entorno del barrio, a través de los recursos disponibles.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La integración y continuidad del proyecto será facilitada con la implicación del resto del EAP mediante información sobre el proyecto, capacitación con sesiones clínicas y no sobrecargando su trabajo.
Estableceremos un circuito de captación y seguimiento del total de embarazadas atendidas en EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL de nuestro CS entre mayo de 2018-2019, que incluirá las siguientes actividades:
• En la captación, la matrona:
- Facilitará consejo antitabaco.
- Evaluará el consumo tabáquico por entrevista y cooximetría, para detección de posible ocultación de hábito (niveles de CO superiores a 5 ppm).
- Identificará su situación respecto al consumo elaborando listados específicos.

• En el total de embarazadas:
Con previsión de 150 a 180 embarazadas, por comparativa con años previos.
o En consulta:
? La matrona: En todas sus valoraciones.
- Insistirá en el consejo antitabaco reforzando la conducta de no fumar y promoviendo la asistencia a las intervenciones grupales.
- Remitirá a consulta antitabaco específica a las gestantes que soliciten apoyo para la deshabituación.
? Pediatría:
- Insistirá en el consejo antitabaco reforzando la conducta de no fumar en la puérpera y en su entorno familiar, y del mismo modo, transmitirá los efectos negativos del tabaquismo pasivo en el feto y recién nacido.
o Intervención grupal, sobre la embarazada y familiares (pareja y/o padres) mediante charlas con soporte audiovisual, realizada por el grupo de intervención, tras la captación y previa la parto.

• En las embarazadas fumadoras:
o En consulta específica antitabaco realizada por el grupo de intervención:
- Revaluación del consumo por entrevista y cooximetría.
- Intervención Antitabaco a los 1, 15 y 30 días, según protocolo específico de OMI-AP con apoyo farmacológico con TSN si fuera necesario. Se suplementara con consulta telefónica en el 2º y 3º trimestre.
o Seguimiento tras el parto, para evitar la recaída en el hábito tabáquico, por parte de Pediatría en la captación del recién nacido y posteriormente por el grupo de intervención al mes y tres meses.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• En lo que se refiere a la actividad clínica, evaluaremos “los indicadores de cobertura de intervención

Proyecto: 2018_0830 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

sobre tabaquismo y de resultados".
- I1: Reducción del hábito tabáquico durante el embarazo
I1: nº fumadoras previo al embarazado (na) –nº fumadoras al final del embarazo (nb) / Total de embarazadas atendidas en el CS (N) x 100
- I2: Mantenimiento del cese del hábito tabáquico
I2: nº exfumadoras al final del puerperio (nc) / nº de exfumadoras al final del embarazado (na - nb) x 100
- I3: Porcentaje de ocultación de consumo.
I3: Porcentaje de embarazadas con cooximetría positiva – Porcentaje de mujeres que reconocen hábito por entrevista/ Total de embarazadas atendidas en el CS (N), por trimestre.
• La evaluación de la intervención comunitaria se basará en el grado de desarrollo e integración del proyecto en la actividad habitual del centro, para asegurar su mejora y continuidad.
? Para la evaluación del diseño utilizaremos entre otros la definición del grupo de Atención comunitaria:
- Inclusión del proyecto en la Agenda comunitaria.
- Inclusión en orden del día de Consejo de Salud de Zona.
- Realización de Mapa de activos.

? Para la evaluación del proceso:
- Existencia de diagramas de flujo.
- I4: Número de talleres grupales realizados por embarazada.
- I5: Número de participantes, en los talleres sobre el total de las mujeres embarazadas y captadas para la intervención.
- Cronogramas de implementación de talleres.
- Inclusión de la consulta antitabaco específica para gestantes en la agenda del centro.
- Registro de actividades.
? Para la evaluación de resultados incluiremos:
- Grado de intervención en el grupo contabilizando el número de intervenciones por parte de las pacientes.
- Grado de conocimientos adquiridos en talleres y satisfacción, mediante cuestionarios específicos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se comenzará con la población de embarazadas captadas al inicio del proyecto, con la intención de integrar las actividades de forma mantenida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0058 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

2. RESPONSABLE ..... DOLORES MUSEROS SOS
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ SERRA LAURA. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. URGENCIAS
· TEJADA DE LOS SANTOS LAURA. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. URGENCIAS
· SARVISE MATA MARIA. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. URGENCIAS
· FRAILE MUÑOZ ALBA. EIR. CS LAS FUENTES NORTE. URGENCIAS
· GARCIA RODRIGUEZ JAVIER. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. URGENCIAS
· URDIN MUÑOZ BLANCA. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. URGENCIAS
· CASASNOVAS NAVARRO PILAR. MIR. CS LAS FUENTES NORTE. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La deficiente educación sanitaria conlleva unos costes sanitarios elevados y en muchas de las ocasiones innecesarios. Mediante la información divulgada en el blog pretendemos que la población pueda conocer de manera fácil, rápida y gratuita los problemas de salud más prevalentes; cómo abordarlos y cuándo es necesario consultarlos con su médico. Además, pueda disponer de información actualizada sobre los recursos disponibles en el barrio de las Fuentes y pueda tener acceso a páginas web de interés socio-sanitario a través de enlaces directos proporcionados a las mismas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Dar visibilidad a las actividades del centro.
-Crear un espacio virtual de contacto con la comunidad.
-Poner a la disposición de la población herramientas para su cuidado.
-Educación para la Salud fuera de la consulta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Actividades: Hemos promocionado el blog tanto en nuestro centro de salud como en el resto de centros y asociaciones del barrio, nos coordinamos para hacer los posts bimensuales y hacemos reuniones de equipo frecuentemente.
-Oferta de servicios: De forma programada (mínimo cada 15 días) se actualizan las actividades/talleres que se hacen en el centro/barrio, se da información sobre patologías prevalentes en cada momento y se añaden nuevos enlaces de interés sanitario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizaremos encuestas aleatorias a la población del barrio de Las Fuentes sobre los contenidos de la website para evaluar los conocimientos adquiridos a través del blog y ver si les han sido de utilidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-El blog nació en agosto del 2017 y se ha ido actualizando cada 15 días.
-Presentamos nuestro proyecto al equipo de nuestro centro de salud para darlo a conocer y recibir su aprobación el día 2 de agosto.
-Iniciamos la creación de la plataforma virtual el 16 de agosto.
-Durante los meses de septiembre a diciembre, estuvimos a la espera de la aprobación por parte de dirección del sector II.
-Posteriormente y una vez con la aprobación del Salud, hicimos una nueva reunión de equipo para presentar las normas de publicación e iniciar la promoción a los pacientes del blog mediante carteles, tarjetas...
-El calendario previsto para este 2018, es continuar con posts cada 2 semanas y al final de año realizar las encuestas de evaluación a los pacientes.

9. OBSERVACIONES.
La experiencia está siendo enriquecedora, ha sido gratificante ver cómo iba tomando forma y crear algo desde cero. Fue duro y desmotivador ver parado todo el trabajo realizado por temas burocráticos y no haber podido lanzarlo a la web durante meses, y que además no nos permitan hasta la fecha que los pacientes puedan hacer preguntas o comentarios sobre los posts.
La encuesta final también nos podría servir para preguntar a los pacientes si les gustaría hacer algún cambio o mejora en la plataforma y para que nos hiciesen sugerencias sobre que actividades o posts añadir.

10. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Varias patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0058 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1212 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS MIRAFLORES

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES DIAZ RUBIRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Determinar la población igual o mayor de 15 años para la detección e intervención sobre el hábito del tabaco, asi como la población fumadora con espirometría realizada para el diagnóstico de EPOC.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monográfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: 55%. (Actualmente en el EAP 49.54%).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 35.39%).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: 2.1 (Actualmente 1.82)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
-Implantación de monográfica sobre EPOC. Objetivo: SI
-Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados y/o manejo de inhaladores. Objetivo: 2 charlas al año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_1214 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO ANTIBIOTICO PROA

2. RESPONSABLE ..... OSCAR FERNANDEZ MOYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el EAP SAGASTA MIRAFLORES se considera una oportunidad de mejora aumentar los niveles actuales de prescripción de antibióticos de espectro reducido ya que se ha observado una tendencia descendente del uso relativo de éstos en los tres últimos años.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
Revisar la utilización de antibióticos, priorizando la selección de antibióticos de espectro reducido según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): DDD ATB espectro reducido* / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 28,5 %
Objetivo 2018: =35 %
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha del proyecto.
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0624 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL ACONSULTA MONOGRAFICA TABACO /EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... ANGELA MUÑOZ MERCADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
los Profesionales responsable del programa ha observado una gran variabilidad en las derivaciones ; lo que ha supuesto un fallo de la atención con falta de asistencia a la consulta del hasta menos del 50% de los citados; (no manteniendose los criterios necesarios “Test de Richmond >6”):
para su valoración implicando una perdida de efectividad; llevando mas tiempo de atención, retraso en su inicio e incluso salida-rechazo del programa . Desvirtuando la utilidad del programa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.) Mejora la derivación a Consulta Monográfica.
2.) Mejorar la efectividad de la consulta Monográfica

La población Afectada: Son los profesionales sanitarios Médicos y Enfermeras del Centro de salud. Y secundariamente los pacientes fumadores

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
çç Realización de Nueva Sesión clínica con todos los profesionales medicina / enfermería implicados ; por la responsable del programa señalando . Las dificultades y los problemas encontrados
çç Ajuste del horario de la consulta horas extremas (primeras y ultima hora de la mañana) para no interferir con el trabajo de los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Método/ Indicadores
1)Porcentaje de pacientes citados que acuden a consulta : Nº de pacientes que acuden a consulta de tabaco / Nº de pacientes citados .
2) Porcentaje de pacientes sin valorar el grado interés en dejar de fumar por el Test Richmond.: Nº de pacientes con test de Richmon >6/ Nº pacientes derivados a consulta.

Al cabo del año en la nueva evaluación se consiga que esta consulta sea mas efectiva y obtener los beneficios sanitarios por lo que ha sido creada.
1) Que acudan a las consultas el 70-80 % de los citados.
2) Que el 100% de los pacientes que se citen tengan realizado el Test de Richmond .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se iniciara en el mes de Abril;
Sesión Clínica Mayo:
Realización de ajuste de Horario ; Junio.
Evaluación Final Terminara en Diciembre.

9. OBSERVACIONES.
La consulta especifica tabaco/ EPOC se ha inicado este año en el Centro de salud siendo muy valorada por todo el equipo, pero como hemos señalado mal aprovechada por la mala gestion en derivacion de los profesionales, creemos que estas correcciones mejore su eficiencia

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0634 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C. S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA "FUNDACION EL TRANVIA"

2. RESPONSABLE ..... MANUEL CUBERO PABLO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROMERO FERNANDEZ LAURA. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN. MEDICO/A. CS REBOLERIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Ante la puesta en marcha en el CS Las Fuentes de este programa y dentro de las Actividades de la Atención en la comunidad hemos propuesto la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que,aveces,la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.
Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el ambiente de silencio y Aptitud de los pacientes en la sala de espera;.
la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que,aveces,la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.
Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
**Ponernos en contacto del responsable con los profesionales del CS las Fuentes que ya lo realizan;
** Con los profesionales del Centro de Salud en mes de Septiembre 2018
**Con el" grupo de El Tranvia" que no explique la metodología; Mes de Octubre-
**Con los Colegios explicando donde lo realizamos y como se va a proceder . Mes de Septiembre-Octubre
** Colocación de Estanterías en Pediatría y en la entrada del C de S. Mes deJunio
**Colocación de Carteles informativos : Mes de Septiembre -octubre
**Creación de Programa: fichero y gestión de libros .Mes de Octubre
** Solicitud de libros. Mes de Mayo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación y Resultados Al finalizar el año y continua el próximo año.

** Grado de satisfacción de los usuarios con una Encuesta sencillo que se realizara indicando :
** Si conoce este servicio y si les parece adecuado ; Objetivo ;conocimiento del 75% de los encuestados
**Nº de libros que se han solicitado .20 o más
**Nº de libros que quedan en los estantes.. No menos de 10
**Satisfacción del Usuario que conoce este servicio ; en relación con mejoría del Silencio en la Sala de espera

Objetivo 75% Buena / Muy Buena

Valoración para el seguimiento como se ha propuesto y las mejoras que se deben incorporar en el próximo año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se inicara este año en Septiembre -Octubre:
* Contactos con los profesionales del Centro ;
* Con el Grupo "el Tranvia " para la implantacion del metodo y los materiales necesarios.
*Con los Colegios de la zona .
*Creación programa Fichero .
*Colocacion Carteles
y Continuara otro año 2019

9. OBSERVACIONES.
Este es un proyecto a largo plazo y necesita varios años . Además intervienen muchos profesionales y factores aveces dificiles de coordinar,
Pero creemos que los beneficios lo merecen.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0634 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C. S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA "FUNDACION EL TRANVIA"

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. manejo de silencios en sala de espera
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0651 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MALLADA VIANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VELA INSA MARIA JESUS. MATRONA. CS REBOLERIA. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· LOPEZ ESPADA ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se observo por las Pediatras y Matronas; a la hora de explicar los cuidados y la alimentación de los lactantes y primeros años de vida; la gran disparidad de conocimientos, en ocasiones mucha información de Internet falsa y mal elaborada, lo que repercutia, múltiples consultas y ansiedad en la familia; que conlleva mucho tiempo en consulta .
Tambien la necesidad de abrir (como espacio de SALUD) el Centro a su zona de influencia implicándonos con sus asociaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar el conocimiento de las familias y cuidadoras, señalar lo errores y clarificar la información,sobre alimentación, cuidados y dar contención con soporte emocional a los cuidadores principales de los Recien Nacidos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ÇÇ Se desarrolla un Planing de sesiones mínimos a desarrollar, de diferentes temas: alimentacion, cuidados...
ÇÇ Realizar sesiones informativas, educativas para todas las familias y cuidadores que quieran. Generar un espacio -tiempo para el dialogo y compartir experiencias Acudirán todas las familias interesadas,abuelas …. cuidadoras; que quieran, no hace falta apuntarse y suelen acudir de 4 hasta unas 20 personas ...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
**Los profesionales implicados desarrollaran y expondran los temas y desarrollaran la encuesta final .
**La encuesta de satisfacción para las madres /cuidadoras en 3 ocasiones al año :, ANONIMAS; de las sesiones con algunas preguntas de conocimientos básicos .
**Nº de personas que acuden a las sesiones / nº de personas que se las han ofertado(nº de recién nacidos)
**Aumento de conocimientos (Resultados correctos de conocimiento / resultados totales) de cada madre- cuidadora
**Nº de personas que acuden a las sesiones / nº de personas que se las han ofertado :20-30%
**En la encuesta Satisfacción de las Sesiones Buena -Muy Buena >70%.
**Aumento de conocimientos (Resultados correctos de conocimiento / resultados totales) >70% de cada familia / cuidadora

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
** Sesiones informativas : Los viernes de cada mes desde el mes de Enero de 2018 (continua de 2017) descansando vacaciones de los profesionales implicados, hasta final de año. De 9:30 -11h
**Evaluacion de satisfacción (3 veces al año- lo que dura una baja maternal) y conocimientos aprendidos ; Mayo, Septiembre y Diciembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1479 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB DEL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... ANASTASIA RODRIGUEZ GARCIA
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ BLANCO SUSANA. HIGIENISTA DENTAL. CS SAGASTA-RUISEÑORES. SALUD BUCODENTAL
· QUIRCE SANCHEZ SUSANA. HIGIENISTA DENTAL. CS SAN JOSE NORTE. SALUD BUCODENTAL
· RELLO PEDRO DE ALCANTARA ANA CRISTINA. HIGIENISTA DENTAL. CS TORRERO LA PAZ. SALUD BUCODENTAL
· RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA ISABEL. HIGIENISTA DENTAL. CS LAS FUENTES NORTE. SALUD BUCODENTAL
· YAGÜE MUÑOZ MARIA DEL CARMEN. HIGIENISTA DENTAL. CS ROMAREDA (SEMINARIO). SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La desinfección y la esterilización son pilares fundamentales en la práctica diaria de la Odontología. Todo el material odontológico debe ser desinfectado y a posteriori esterilizado a fin de evitar la transmisión de enfermedades de carácter infeccioso en los procesos dentales. Y son muchas las enfermedades infecciosas que se pueden transmitir en la clínica dental, siendo una de las principales vías de transmisión la utilización de material contaminado. Algunas de ellas son de especial importancia por su elevada morbilidad y mortalidad. Podemos destacar la hepatitis B, la hepatitis C y el VIH.
Los procesos de esterilización, permiten evidenciar la trazabilidad del control de los materiales utilizados en las Unidades de Salud Bucodental brindando un servicio de calidad y garantizando la efectividad de sus procesos y procedimientos. Proporcionando a los todos los profesionales que prestan sus servicios en dichas unidades los principios y métodos de desinfección y esterilización que permitan garantizar el principio general de técnica aséptica con el fin de contribuir a la disminución de los riesgos de transmisión cruzada y también al control de las infecciones asociadas a la atención en salud, mantenimiento y cuidado del material odontológico.
Además, se debe considerar que el perfil de la atención odontológica ha cambiado en los últimos años, la incorporación de nuevas tecnologías de tratamiento, el interés social por la calidad de los servicios de salud, la importancia de la protección del medio ambiente y la masificación de la información han generado la necesidad de revisar y actualizar los procedimientos para el control de las infecciones en la práctica odontológica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estandarizar en todas las USB del sector Zaragoza II los procesos de limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la realización de procedimientos que a diario son programados y realizados en los servicios de Odontología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de un protocolo de esterilización específico para las Unidades de Salud Bucodental.
- Dar a conocer un protocolo estandarizado del manejo del material clínico odontológico disponible en las consultas, mediante la colocación en las Unidades de POSTERS con la Cadena de Esterilización, el Ciclo de Desinfección, las categorías de riesgo de infección durante las tareas de esterilización y desinfección (The United States Occupational Safety and Health Administration (OSHA 1989)) y los códigos de colores para la interpretación de los posters.
- Proporcionar así una herramienta a los pacientes-usuarios de las USB para que ellos puedan reforzar la importancia de la asepsia en los procedimientos odontológicos y valoren la calidad de los servicios de salud.
- Difusión al resto del equipo de cada centro de salud donde se encuentran ubicadas las USB de los protocolos ya mencionados, mediante la presentación en power point de los procesos de esterilización y desinfección que se realizan en las USB.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Proporcionar los posters y protocolo al 100% de las USB
Indicadores de Proceso: Verificación del proceso de esterilización en cada ciclo en autoclave mediante el uso de una tira indicador. Control químico interno (Petitorio SERPA 953)
- Indicadores de Resultado: Verificación del proceso de esterilización en autoclave mediante el uso de una ampolla con esporas termófilas realizado semanalmente. Control biológico (Petitorio SERPA 1672)
- El 100% en todas la unidades.
- Validar la eficacia del procedimiento de esterilización a través de la certificación del correcto cumplimiento de los parámetros establecidos, mediante una hoja de registro indicando fecha, firma de la persona que realiza el control y parámetros realizados. Esta validación se realizará en el 100% de las unidades.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Colocación de los posters informativos sobre los procedimientos en cuestión, en las USB de forma permanente.
- Presentación de los protocolos mediante power point a los componentes de los equipos de salud con una duración de 1 hora. - Pendiente de programación según agenda del centro.
Las dos actividades serán realizadas por la higienista dental del centro donde esté ubicada la USB.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_1479 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB DEL SECTOR ZARAGOZA II

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0768 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

2. RESPONSABLE ..... ANGEL SAZ GONZAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REQUENO JARABO NURIA. MEDICO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION CONTINUADA EN AP
· MEMBRADO GRANIZO JAVIER. PEDIATRA. CS ROMAREDA (SEMINARIO). PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· RAMOS FRAILE NURIA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SEMINARIO se considera una oportunidad de mejora priorizar la prescripción de antibióticos de espectro reducido ya que se ha observado una tendencia descendente del uso relativo de éstos en los tres últimos años.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
-Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
-Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2.Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3.Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4.Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5.Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
-Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
-Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. -Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): DDD ATB espectro reducido* / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 38,5 %
Objetivo 2018: =41 %
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico

Proyecto: 2018_0768 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1004 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO

2. RESPONSABLE ..... OLGA MORALES ABAJO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PENON PANZANO JULIA. MEDICO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· REQUENO JARABO NURIA. MEDICO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· AGUILAR LEÑERO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2.Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3.Estimular la realización de espirometrías
4.Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monográfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: 50%. (Actualmente en el EAP 46.93%).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 35.29%).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: 2.0 (Actualmente 1.68)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
-Implantación Consulta Monográfica en cuidados de EPOC. Objetivo: SI/
-Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados y/o manejo de inhaladores. Objetivo: 2 charlas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_1569 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION SANZ RUBIO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ GALLARDO ASUNCION. FISIOTERAPEUTA. CS VENECIA. FISIOTERAPIA EN AP
· GASPAR CALVO ELENA. FISIOTERAPEUTA. CS LAS FUENTES NORTE. FISIOTERAPIA EN AP
· USERO TIL NOEMI. FISIOTERAPEUTA. CS SAGASTA-RUISEÑORES. FISIOTERAPIA EN AP
· SEBASTIAN LORENTE LAURA. FISIOTERAPEUTA. CS REBOLERIA. FISIOTERAPIA EN AP
· ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO. FISIOTERAPEUTA. CS SAN PABLO. FISIOTERAPIA EN AP
· GIMENO SANZ ESPERANZA. FISIOTERAPEUTA. CS TORRERO LA PAZ. FISIOTERAPIA EN AP
· FRANCO GIMENO MARIA VICTORIA. FISIOTERAPEUTA. CS VALDESPARTERA. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El dolor lumbar es una de las principales causas de atención médica en las consultas médicas, así como de las principales causas de ausentismo laboral. La incidencia en la población adulta asciende de 60 a 80% en algún momento de sus vidas, y de éstos, hasta 36% de los casos persistirá de manera crónica1.
Dentro de las lumbalgias diagnosticadas, el 80-90% son inespecíficas (lumbalgias mecánicas)2.

Por este motivo, en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria se ofrece la actividad de Escuela de Espalda como programa de educación y entrenamiento, para que el paciente con dolor de espalda adquiera los conocimientos y habilidades precisos que le permitan un adecuado estado de salud para su espalda. Con este proyecto nos planteamos hacer una correcta divulgación de la actividad desde las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Zaragoza II.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Dar a conocer la actividad de Escuela de Espalda a los Equipos de Atención Primaria del Sector Zaragoza II.
- Poner en marcha la actividad en todas las Unidades de Fisioterapia de AP del Sector Zaragoza II.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión con el equipo de Fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto.
- Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha
- Incluir esta actividad en la agenda en cada unidad de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Valorar el grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Puesta en marcha de escuela de espalda en las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII. 100% de las unidades.
- Realización de Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II: >80% de los EAP
- Grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: >80% grado de satisfacción alto o muy alto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto anual.

- Reunión con el equipo de Fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto: mayo 2018. Responsable Mª Concepción Sanz Rubio.
- Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha: septiembre-octubre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Incluir esta actividad en la agenda en cada unidad de fisioterapia de AP del sector ZII: septiembre-octubre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Valorar el grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: octubre-diciembre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0598 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MADRIGAL IBARRO MARIEL. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO SEBASTIAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· ARENAZ CAJAL CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ BORAO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ BORAO MERCEDES. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MATEO DE LAS HERAS ESTHER. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios. Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3.

Proyecto: 2018_0598 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo "Vivir con diabetes" con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo "¿Cómo funciona la diabetes?" con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio "Una alimentación sana y mantenerse en forma" con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio "Comenzar el tratamiento con insulina" con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0724 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

2. RESPONSABLE ..... JESUS PALACIO LAPUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANGUAS GRACIA ANA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO SEBASTIAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· ARENAZ CAJAL CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LOZANO FRANCISCA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· TRASMONTAN GALVEZ JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PEREZ GRACIA MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Cuando se produce un evento adverso (EA) la primera víctima es el paciente que lo sufre. Sin embargo, muchas veces obviamos el impacto emocional que puede suponer en el personal sanitario, no sanitario y cuidadores informales ver sufrir o morir al paciente por algo relacionado con la atención o los cuidados que le han prestado. No superar estas situaciones puede llevar al profesional al abandono de la profesión, a la dedicación exclusiva no asistencial e incluso a ver seriamente afectada su salud. Son las segundas víctimas. La organización sanitaria en la que se produce el EA también puede verse perjudicada por litigios, indemnizaciones o pérdida de prestigio, convirtiéndose en tercera víctima.
Es primordial que la organización en la que ocurra el EA tenga una cultura de seguridad del paciente en la que se analicen todos los factores personales y del sistema que confluyen para producir o no evitar el evento, permitiendo introducir mejoras para prevenir que vuelva a suceder.
Si el EA le ocurre a un compañero es importante ser nosotros los que le ayudemos por lo que proponemos la formación de Referentes en Ayuda a Segundas Víctimas en cada centro. La capacidad de afrontamiento de cada individuo no debe sobrevalorarse y los referentes ayudarán a la segunda víctima desde la confidencialidad.
Si la segunda víctima fuera el cuidador, el referente debería ser su médico.
Bibliografía:
Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009 http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
2 Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009 Oct; 18(5):325-30. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870.
3 Palacio J. Los cuidados y la seguridad del paciente. Blog Sano y salvo [Internet]. GdT de Seguridad del Paciente de semFYC. 7 de noviembre de 2017 [Citado 30 de abril de 2018]. Disponible en: http://sano-y-salvo.blogspot.com.es/2017/11/los-cuidados-y-la-seguridad-del-paciente.html
4 Wu AW, Shapiro J, Harrison R, Scott SD, Connors C, Kenney L et al. The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? J Patient Saf. 2017 Nov 4. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000256.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo: Elaborar un plan de ayuda a los compañeros que estén en esa tesitura que integre la atención a las primeras víctimas con la de las segundas víctimas, en un proceso que puede evitar que la institución se convierta en tercera víctima.
Irá dirigido al personal sanitario y administrativo del CS Ruiseñores, con opción de incluir al personal de Miraflores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para elaborar el plan se debatió una propuesta en el grupo de calidad, elaborada por un miembro de la misma con experiencia en el tema. El debate se amplió a una reunión de voluntarios para ser referentes a los que los compañeros en riesgo de ser segundas víctimas puedan acudir solicitando apoyo. En la actualidad se ha enviado el proyecto de plan elaborado a los trabajadores del centro para debatirlo y aprobarlo en una reunión de equipo, tras lo cual se implantará en el centro. Durante este proceso se proporcionó formación ad hoc a los miembros del grupo de calidad y a los referentes. También se realizó una sesión formativa sobre el tema a todo el equipo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1: % de profesionales sanitarios y administrativos del CS Ruiseñores y Miraflores que mejorarán sus conocimientos tras la sesión formativa recibida. Fuente: Encuesta posterior de utilidad percibida del plan. Estándar: El 50% de los profesionales mejoraran sus conocimientos en ayuda a segundas víctimas. Van Gerven E et al. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. Rev Calid Asist. 2016 Jul;31 Suppl 2:34-46. DOI: 10.1016/j.cali.2016.02.003.
2: % de profesionales del CS Ruiseñores que recibirán formación para ser referentes en ayuda a segundas víctimas. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 10% de los profesionales sanitarios y el 8% de los administrativos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación adecuada. Denham, C.R. TRUST: the 5 rights of the second victim. J Patient Saf. 2007; 3 (2):107-119. DOI: 10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd

Proyecto: 2018_0724 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Sesión formativa, selección de referentes y exposición del programa a ambos centros de salud (Ruiseñores y Miraflores): Abril y Mayo 2018.
- Grupo de discusión informal: Continuo.
- Docencia del curso IACS: Según fechas del mismo.
- Presentación del programa en las jornadas de calidad del SALUD de Calatayud el 13 y 14 de junio y en las jornadas SEMFYC 2019.
- Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Eventos adversos derivados de la asistencia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1553 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLANO CAMON MELCHOR. MEDICO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· ORTIGA FERNANDEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MADRIGAL YBARRO MARIEL. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· MENDOZA ARTAL AMPARO. TCAE. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· VAZQUEZ SANCHO CRISTINA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA
· TRASMONTAN GALVEZ JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAGASTA-RUISEÑORES. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables. La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.
La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.
Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término “cadena de supervivencia” refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación:la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:
La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el Nº de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el Nº total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realizacion de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1553 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1037 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CABEZA GUILLEN
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRATTA LINARES ROSARIO. MATRONA. CS LAS FUENTES NORTE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· LOPEZ PEREZ ANGELES. MATRONA. CS SAN JOSE NORTE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN. MATRONA. CS FUENTES DE EBRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· METOLA LOZA JULIA. MATRONA. CS TORRERO LA PAZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La educación para la salud es una poderosa herramienta con la que cuenta el profesional de Atención Primaria para la prevención y promoción de la salud. En el caso de la Educación Maternal (E.M.), las matronas somos el referente de las mujeres embarazadas y sus parejas para el acompañamiento y apoyo en un período tan especial de sus vidas como es el embarazo y el posparto.

Desde hace años se están impartiendo en todos los centros de salud de nuestro sector, clases de E.M. tomando como referencia la guía de “Educación Sanitaria Materna” editada por el Insalud hace aproximadamente 20 años. Pero con el transcurso del tiempo, las matronas hemos visto producirse grandes cambios en las estrategias de abordaje del embarazo, parto, posparto, crianza y anticoncepción, lo que hace necesario actualizar estos conocimientos para proporcionar la información necesaria a las embarazadas para que puedan sentirse seguras de sus posibilidades y tener la oportunidad de tomar decisiones sobre estos procesos favoreciendo su autonomía.

Por todo lo expuesto, vemos necesario revisar y actualizar el contenido teórico del curso de E.M., y adicionalmente dotar a los y las profesionales de herramientas renovadas para desarrollar nuestra labor diaria conforme a nuestra formación y competencias profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Informar a la gestante de los procedimientos llevados a cabo en el control y seguimiento del embarazo.
2. Proporcionar conocimientos actualizados a la embarazada sobre las nuevas técnicas asistenciales en el parto y en el manejo no farmacológico del dolor.
3. Favorecer el desarrollo de modelos de crianza que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación.
4. Difundir los métodos anticonceptivos y su manejo de acuerdo a las nuevas estrategias del Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón.
5. Empoderar a la mujer en el manejo de su salud para conseguir una vivencia positiva de la maternidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Designación de un grupo de trabajo compuesto por cinco matronas de Atención Primaria del Sector de Zaragoza II.
Revisión bibliográfica de diversas fuentes.
Puesta en común de forma periódica y toma de decisiones por consenso.
Presentación del proyecto a nuestras compañeras matronas del sector.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Análisis de la actualización del contenido de las sesiones teóricas del curso de educación maternal.
* Estándar: valoración de la satisfacción de las gestantes y sus acompañantes que asistan a las sesiones (encuesta de satisfacción).
Guía informativa actualizada y elaborada de educación maternal.
* Estándar: SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Puesta en común de la información recopilada por cada componente del grupo en reuniones mensuales de dos horas de duración, durante los meses de enero a mayo de 2.018.
Presentación del proyecto a las compañeras en una única sesión en junio de 2.018.
Implementación del proyecto en el mes de septiembre de 2.018 mediante ciclos de ocho sesiones semanales de dos horas y media de duración, con intención de mantener su continuidad en el tiempo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0550 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GOMEZ BORAO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CENARRO GUERRERO TERESA. PEDIATRA. CS SAGASTA-RUISEÑORES. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GARCIA VERA CESAR. PEDIATRA. CS SAGASTA-RUISEÑORES. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· CANCER GASPAR ELENA. PEDIATRA. CS SAGASTA-RUISEÑORES. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· DE LA ASUNCION SANTOS ALICIA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SOLANILLA LOPEZ IRENE TERESA. ESTUDIANTE DE ENFERMERIA. CS SAGASTA-RUISEÑORES. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· DOBON SANCHEZ ELENA. ENFERMERO/A. CS SAGASTA-RUISEÑORES. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La lectura es muy importante en todas las edades, a través de la lectura no solo se adquieren conocimientos y un buen manejo del lenguaje, también favorece la memoria y la concentración, asi como el desarrollo de la imaginación, creatividad y el desarrollo socio-emocional.
La lectura es un habito saludable y como tal debe de fomentarse desde el centro de salud dentro de la atencion integral al niño implicando a los padres de manera activa.

En el programa de salud infantil se ha detectado que un gran numero de niños no tienen incorporado entre sus habitos saludables el de la lectura por lo que se propone un area de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El principal objetivo es fomentar la lectura como hábito saludable.
Aprovechar el rato de espera para leer.
Ofrecer la lectura como alternativa a las tecnologias (movil, tablet, etc).
Adquirir el hábito de leer en los ratos libres.
Favorecer el acercamiento entre madre-padre y los niños mas pequeños a traves de la lectura.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Incorporar en los consejos de salud las acciones dirigidas a mejorar el hábito de la lectura.
-Animar a los padres a la lectura de cuentos a los más pequeños.
-Aconsejar la lectura a los niños como parte del ocio saludable.
-Crear un rincón de lectura en la sala de espera con la colaboración de Biblioteca Cubit que aporta una biblio-maleta.
-Talleres de lectura con voluntarios que colaboran con la Biblioteca Cubit.
-Carteles informativos de la disponibilidad de los libros en la sala de espera.
-Decoración de la sala de espera para favorecer un ambiente de lectura por parte de la ONG “ Believe in Art”.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
GRUPO DE 2 A 6 AÑOS: preguntar a los padres si les han leido a traves de una pequña encuesta de satisfacción con las siguientes preguntas:

PADRES DE NIÑOS de 2 a 6 años:
1º- Cuanto tiempo has estado esperando? Minutos=
2º- Le has leido algun cuento a tu hijo? SI NO
3º- crees que se ha entretenido y el tiempo de espera ha pasado más rápido? SI NO
4º- Valora del 1 al 10 la experiencia:

GRUPO DE 7 A 14 AÑOS: Se les entregará una tarjeta dinámica a la salida de la consulta, en la que se valorarán mediante imagenes y según la escala de las caritas sonrientes la experiencia del niño y la manera de pasar el tiempo de espera.

NIÑOS DE 7 a 14 años:

Rodea con un círculo lo que has utilizado en la sala de espera: (DIBUJOS) ¿Como te lo has pasado?
¿Que elejirás la próxima vez que vengas? (DIBUJOS)

Al salir de la consulta se les entrega en función del grupo de edad, una tarjeta para valorar el hábito de lectura en la sala de espera que rellenarán e introducirán en un buzón situado en la misma sala.Esto servirá para calcular los indicadores y como forma de evaluar si se produce un aumento de la lectura en los niños mientras esperan. Al final de cada semana, se hará un recuento de las tarjetas pertenecientes a cada grupo de edad y se calcurán semanalmente los siguientes indicadores:

El porcentaje de participación se calcurá haciendo un recuento semanal de los pacientes que acuden a consulta y será:

Proyecto: 2018_0550 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

Nº de tarjetas del buzón/Nº total de pacientes atendidos en una semana x 100

EVALUACIÓN: se conseguirá un 70% de participación total al final del estudio.

En el grupo de 2 a 6 años:

Porcentaje de padres que han leido un cuento a sus hijos:

Nº tarjetas que obtienen un SI a la 2ª pregunta /Nº total de tarjetas de ese grupo de edad x100

Porcentaje de padres que no han leido en la sala de espera: se calculará a través de la diferencia.

EVALUACIÓN: al final del estudio se habrá conseguido en este grupo edad un porcentaje del 30% de lectura y una media de 6 a7 puntos en el grado de satisfacción de la experiencia por parte de los padres.

En el grupo de 7 a 14 años:

Porcentaje de niños que han leido mientras esperaban

Nº tarjetas que tienen rodeado el dibujo de libros/Nº total de tarjetas de ese grupo de edad x100

Porcentaje de niños que no han leido mientras esperaban y han utilizado móvil, tablet u otros: se calculará a través de la diferencia.

EVALUACIÓN: al final del estudio se habrá conseguido en este grupo de edad un porcentaje del 50% de lectura y una media entre 1 y 2 en la escala de caritas sonrientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Abril 2018: realización de carteles para recoger libros donados.
-Mayo 2018: la ONG Believe in Art pintará y decorará la sala de espera y contactaremos con la Biblioteca Cubit para llevar a cabo la actividad de biblio-maleta.
-Junio 2018: puesta en marcha del proyecto.
-Diciembre 2018: cierre de recogida de datos, aunque se mantendrá el hábito de lectura en la sala de espera de manera indefinida.
-Enero 2019: estimación de resultados.
-Marzo 2019: memoria final.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0600 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

2. RESPONSABLE ..... DOMINGO FERRERAS GASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ CORRAL ALBA. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· VILARIÑO ROMERO BEATRIZ. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ COSCOJUELA JAVIER. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ FERRERUELA LAURA. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· MORENO MARQUEZ ROCIO. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ MARCO ELENA. MIR. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· TORRES REMIREZ MARTIN. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La falta de educación sanitaria es una realidad que afecta a nuestro sistema de salud de innumerables maneras. Es lamentable que en la era del Internet los pacientes que buscan respuestas en la Web se ahoguen en un sinfín de páginas e información falsa carente de contenido y valor científico. Por eso nuestro Blog intenta satisfacer a la necesidad de información médica, validada y científica que tiene nuestra comunidad. Es un medio de fácil acceso por el cual los profesionales del centro de salud exponemos temas de salud de vanguardia y actividades docentes del centro para que la comunidad se vea implicada y se informe sobre estos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Promocionar las actividades docentes del Centro
- Promover la educación sanitaria en la comunidad
- Resolver dudas en cuanto a temas de salud
- Crear un vínculo virtual entre el Centro y la comunidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actividades: se promueven en el Blog actividades docentes dirigidas a pacientes impartidas en el Centro de Salud, así como actividades de promoción de la salud que organizan otras instituciones populares del barrio.
- Oferta de servicios: cada 15 días se cuelga un post sobre enfermedades prevalentes en nuestra población con lenguaje dirigido a la comunidad. Se revisan también los temas de fechas importantes de la salud (como el día del cáncer de mama) de forma bimensual.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Haremos encuestas aleatorias a los pacientes del Centro de salud para ver si conocen el blog, qué temas les parecen de interés y si les ha sido útil. El Blog dispone de un contador de visitas de cada post para saber a cuántas personas llegamos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- El Blog nació un 14 de Noviembre de 2012 con la idea de ofrecer información actualizada a la comunidad.
- Desde entonces se publicaba en promedio un post cada mes. Hace 2 años aumentamos la cantidad y lo actualizábamos cada 15 días.
- Hemos visto un auge en las visitas desde entonces que llegan alrededor de 50,000 a fecha de mayo 2018.
- Promocionar mediante volantes, carteles y redes sociales (facebook) la existencia del Blog.

9. OBSERVACIONES.
Hoy en día cualquier institución pública o privada que no exista en la Web simplemente no existe. Creemos fielmente que el Blog ha creado un vínculo fuerte con nuestra comunidad y que ha abierto las puertas a las actividades del centro. La posibilidad de ofrecer a la comunidad temas de salud y que llegue a tanta gente de forma tan fácil es fascinante. De momento el Blog va dando buenos resultados y creemos que se puede mejorar más.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Prevención y autocuidado de diversas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1304 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LALANA JOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ COSCOJUELA JAVIER. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· MORENO MARQUEZ ROCIO. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· TORRES REMIREZ MARTIN. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· HAMMONS SANCHEZ CARLOS ENRIQUE. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· HERNAIZ CALVO LUIS. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· CELIX ARIAS LAURA. MIR. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSÉ CENTRO se considera una oportunidad de mejora trabajar para disminuir la prescripción de cefalosporinas de 3º generación respecto al total de antibióticos, ya que en los tres últimos años se vienen registrando valores superiores a la media del sector.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
• Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
• Revisar la utilización de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
• Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
• Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,9 %
Objetivo 2018: =2,3%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica

Proyecto: 2018_1304 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UD APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA ESTEBAN ROBLEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BONED IZUEL JESUS. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· SEVILLA MERMEJO CONCEPCION. MEDICO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· RAMOS LORENTE MARIA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· SALAZAR LEON JULIA. TCAE. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora que comenzó el año pasado y que no se ha podido culminar por cambios en la plantilla de personal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
. Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Recordatorio y puesta en marcha de los procedimientos según el cronograma.
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Julia Salazar(auxiliar clinica)/ Maria Ramos Lorente (ENF). Urgencias: Unidad básica asistencial: Jesus Boned(MF) y Concepcion Sevilla(MF)/ Arancha Laguardia (ENF) Esterilización: Julia Salazar(auxiliar clinica)/Mº Teresa Hernandez (ENF)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
. Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Continuacion desde Enero de 2018
Fin Diciembre de 2018
Formacion segun plan de gerencia de sector
Controles trimestrales del proyecto.
Control mensual de indicadores

Proyecto: 2018_1342 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UD APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0194 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DEL PROCESO Y MEJORA DEL TIEMPO DE RESPUESTA, EN EL TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS INTERCENTROS

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL PASCUAL LABORDA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANIA LOBERA ANA MARIA . PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN JOSE NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GRACIA GARCIA MARIA ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN JOSE NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GRASA SORO MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN JOSE CENTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· JORDAN PRIETO PILAR CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN JOSE CENTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LAZARO MARTINEZ CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN JOSE CENTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MARIN LAGRABA MARIA JOSEFA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN JOSE NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SORANDO ARRAZOLA JUANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN JOSE CENTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Conscientes de la importancia de la Historia Clínica (en adelante HC) de los usuarios, dentro del sistema sanitario en el que nos encontramos, el Equipo de Admisión de éste CS se ha marcado como objetivo para los años 2016-2019, el control exhaustivo en las peticiones por alta o baja, así como los tiempos de respuesta.
El método utilizado desde el año 2014 (y con anterioridad, pero sin estar plasmado en un documento específico) es en nuestra opinión un buen sistema, que nos permite seguir la ruta de la HC "física", tanto en altas como en bajas de nuestro CS, pero hemos detectado gracias a la estadística del año 2016, puntos mejorables que se han puesto en marcha en 2017 y se confirmarán en 2018-2019.
Conscientes de que por nuestra parte poco podemos hacer respecto a las HC que solicitamos por nuevas altas en nuestro centro, las acciones se centrarán principalmente en las HC de los pacientes que causan baja en éste CS por traslado a otros.
Hemos detectado que la mayoría de retrasos se producen por la pérdida del documento de petición, una vez que se les pasa a los médicos. Bien por quedarse traspapelado o simplemente desaparecer, no son devueltos al servicio de admisión.
El primer punto de mejora, es el repaso sistemático de peticiones que están sin respuesta, después de 30 días. Ya se realiza desde el último trimestre de 2016.
En segundo lugar y tras pedir información a otros centros sobre qué circuito utilizan para dichas peticiones, parece más acertada la opción de que los médicos suscriban un permiso para que sea el propio servicio de admisión el que gestione totalmente dicho envío.
Con ocasión de traslados o cambios de facultativos y la lógica limpieza de lo acumulado en las consultas, han aparecido peticiones que llevaban allí incluso varios meses.
Otro punto en el que se han detectado fallos, es que la documentación a enviar, salía mezclada con otros documentos para archivar, que solo se detecta al ordenar estos, lo que a pesar de la frecuencia, no permite hacerlo de forma diaria.
La correcta cumplimentación de todos los datos en el formulario de solicitud de HC, principalmente los que afectan a la identidad del usuario y al médico anterior, evitan trabajo y tiempo a quienes reciben la petición. Existiendo la posibilidad de hacerlo mediante una planilla informática, el cumplimentarlos a mano y a veces con mala letra, no ayudan precisamente a la deseada fluidez.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Un mayor control individualizado de la HC en cada fase del traslado, así como la mejora en el tiempo de respuesta para que dichas HC estén disponibles para los profesionales sanitarios (y propios usuarios), a la mayor brevedad.
Optimizar los recursos humanos y materiales, sin que impliquen una sobrecarga de trabajo para ninguna categoría profesional.
Recordar a todos los miembros del equipo de admisión, la correcta utilización de los registros de altas y bajas, así como consignar los datos de forma clara y ordenada. Ello también facilitará la posterior confección de la estadística.
Dichas mejoras implican a todo el equipo de admisión, pero también a profesionales médicos y -por qué no- a otros equipos de admisión y áreas de dirección.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones de la unidad administrativa de nuestro CS con el resto de profesionales, específicas o incluyendo el tema en el orden del día de las reuniones de equipo.
Difusión entre otros Centros de Salud y oferta de los métodos seguidos por si quieren poner en marcha algo similar.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
7.1.- ALTAS DE PACIENTES
* Número de Historias Clínicas que hemos solicitado (100%)
* Comunican que no tienen HC física ni OMI (%)
* Anuladas, duplicadas, erróneas u otros (%)
* Recibidas en el plazo de entre 1 – 10 días (%)
* Recibidas en el plazo de entre 11 – 20 días (%)
* Recibidas en el plazo de entre 21 – 30 días (%)

Proyecto: 2018_0194 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DEL PROCESO Y MEJORA DEL TIEMPO DE RESPUESTA, EN EL TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS INTERCENTROS

* Recibidas en plazo superior a 30 días (%)
* Recibidas en plazo superior a 60 días (%)
* Sin respuesta (%)
* Acompañan albarán (%)
* Sin albarán (%)

7.2.- BAJAS DE PACIENTES
* Número de Historias Clínicas que nos han sido solicitadas (100%)
* Sin HC física ni OMI (%)
* Anuladas, duplicadas, derivadas a otros o erróneas (%)
* Enviadas en el plazo de entre 1 – 10 días (%)
* Enviadas en el plazo de entre 11 – 20 días (%)
* Enviadas en el plazo de entre 21 – 30 días (%)
* Enviadas en plazo superior a 30 días (%)
* Enviadas en plazo superior a 60 días (%)
* Sin respuesta (%)
* Albaranes emitidos (%)
* Albaranes devueltos (%)

Evaluación anual de los resultados en el periodo 2016-2017 y trimestral en el periodo 2018-2019. Los resultados obtenidos en la estadística de 2016, deben ser matizados ya que la simple enumeración o cuantificación, también podría ofrecer resultados erróneos.
Evaluación final del proyecto, memoria y exposición.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tres años, de 2017 a 2019. Inicio en enero 2017 y finalización en marzo de 2019.
Evaluación, revisión y corrección en diciembre 2017, marzo 2018, junio 2018, septiembre 2018, diciembre 2018 y marzo 2019.
Conclusiones y redacción de la memoria en mayo 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No patología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0012 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO SALDAÑA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA LOPEZ ANA ISABEL. PSICOLOGO/A CLINICO. CS SAN JOSE NORTE. SALUD MENTAL
· BECERRIL GERMAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ FERRERUELA LAURA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGO PASCUAL CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA
· LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE CENTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Necesidad de aportar información y formanción a los cuidadores para atender mejor a sus famliares dependientes.

Desconocimiento de los recursos sociosanitarios para el cuidado y atención a su disposición.

Coste emocional importante asociado al rol de cuidador/a.

Apreciación del empeoramiento global en la salud de los cuidadores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la calidad de los cuidados

Mejorar la calidad de vida de los cuidadores

Hacer una utilización racional de los recursos sociosanitarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de 6 sesiones formativas (los días 7, 14, 21, 28 de febrero 2018 y 7, 14 de marzo 2018)

desde la prespectiva sociosanitaria y psicológica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Respuesta positiva a la convocatoria de, al mentos, un 75% . Medido con las hojas de registro de apuntados y asistentes.

Asistencia de, al menos, a un 80% de las sesiones. Medido a trvés de las hojas de firma de asistencia.

Satisfacción de los asistentes: 4 sobre 5, medido a través de la hoja de evaluación que se pasa en la última sesión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero 2018 inf. en centro de salud, Asociación de Vecinos y Glog del centro de la actividad que se va a desarrollar 7, 14, 21. 28 febero y 7, 14 de marzo 2018.

Marzo, abril 2018 evaluación de la actividad.

9. OBSERVACIONES.
Es dificultoso que los profesionales y cuidadores se impliquen en todas las fases del proyecto

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1310 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS GASCON GASPAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABANTO VIAMONTE ANTONIO. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ FERRERUELA LAURA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ ELENA LORENA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ MARCO ELENA. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PASTOR POU LAURA PILAR. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN BOBE ALBERTO. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ARANDA MALLEN CARLOS ADOLFO. MEDICO/A. CS SAN JOSE NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSÉ NORTE se considera una oportunidad de mejora trabajar para disminuir la prescripción de cefalosporinas de 3º generación respecto al total de antibióticos, ya que en los tres últimos años se vienen registrando valores superiores a la media del sector.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
• Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
• Revisar la utilización de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
• Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
• Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 3,4 %
Objetivo 2018: =2,3%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_1310 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0009 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUIRCE SANCHEZ SUSANA. HIGIENISTA DENTAL. CS SAN JOSE NORTE. SALUD BUCODENTAL
· LOPEZ PEREZ ANGELES. MATRONA. CS SAN JOSE NORTE. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Este proyecto de mejora pretende concienciar a las embarazadas de la importancia de la salud bucoental dado que la promoción de la salud oral en este colectivo, está contemplada dentro del acuerdo de gestión dada la importancia de la promoción de la salud en este colectivo, susceptible de presentar patología gingival durante el embarazo. Durante éste, se producen grandes cambios en la mujer en diferentes niveles, centrándonos en la cavidad oral, ésta es, claramente más susceptible de padecer gingivitis y/o caries, en concreto, después del tercer mes de gestación. El aumento de prolactina y estrógenos producidos en este periodo, se ven claramente asociados a un aumento de los problemas odontológicos mencionados.
Está claramente demostrado que aumenta la posibilidad de sufrir ciertas alteraciones como la gingivitis: las encías aparecen enrojecidas, edematosas, sensibles y con tendencia al sangrado espontáneo o por estímulos pequeños, como el masticar o cepillarse los dientes. Es la denominada gingivitis del embarazo.
Si bien no podemos actuar sobre el incremento de estas hormonas, si podemos intervenir mediante un programa de prevención de enfermedades bucales.
Nos centraríamos en una serie de revisiones periódicas en nuestra consulta durante el embarazo y puerperio.
La población atendida viene derivada de la consulta de la matrona de nuestro centro de salud. Lo ideal es comenzar el embarazo con una boca sana, sin caries, sin sarro, sin gingivitis, etc., ya que estas patologías afectan a la salud de la madre y del hijo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es asentar este programa como parte de la atención que se presta en la consulta en materia de prevención, y concienciar a la población diana de la importancia de la misma.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Charlas informativas a las matronas, con el fin de dar a conocer la enfermedad y el modo de prevenirla.
Elaboración de un tríptico informativo que daremos a las pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indices gingivales y periodontales (índices de O'Leary y de Löe y Silness)
apertura de historia clínica para evaluación y seguimiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer contacto con embarazadas en el primer trimestre del embarazo y seguimiento durante el mismo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1143 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS

2. RESPONSABLE ..... ELENA ARRIETA HIGUERAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARILLA PORTALATIN PILAR. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· AYARZA IZAGUIRRE CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La trabajadora social del IES Pablo Gargallo ubicado en la Zona de Salud solicita colaboración con el centro por un problema de higiene que hay en el mismo en parte del alumnado. Se analiza la situación social y de determinates de la salud de la población objeto conjuntamente con el IES y se propone establecer un proyecto de promoción de la salud en este tema. Se considera que el entorno mejor para hacer una acción de este tipo es el instituto y el entorno del alumnado para actuar con equidad y con la población que lo precisa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la situación de higiene en el alumnado de 1º ESO de del IES Pablo Gargallo con una acción
-Aprendizaje por parte de los alumnos de la relación que existe entre higiene, salud y mejora de autoestima para que lo apliquen en su vida diaria
-Inicio coordinación educativa y sociosanitaria con el institutito de la zona
-Servir para iniciar la puerta en marcha del servicio de atención comunitaria en el EAP
Población Diana: alumnado de 1º ESO de del IES Pablo Gargallo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones de coordinación del equipo del proyecto con la trabajadora social del centro educativo para el diseño y la puesta en marcha del proyecto
-Información y comunicación del proyecto en el EAP
-Acciones de preparación y diseño de los materiales y actividades (se contará con apoyo del SARES, salud pública)
-Actividades en el instituto. Actividades muy participativas realizadas por profesionales del equipo junto con profesores, educadores y trabajo social del instituto. Trabajo con visionado de cortos y uso de tecnologías de la información en las que a través de juego se adquieran conceptos y habilidades para poder desarrollar elecciones y actitudes mas saludables en el tema de la higiene. Todas las actividades fomentaran el respeto y la mejora de la autoestima. Para las actividades se dispondrá del material que ofrece el instituto, asi como del material y recursos diseñados por el equipo de trabajo para tal fin (juego higiene-salud).
-Refuerzo desde las consultas de atención primaria a las que puedan acudir el alumnado o sus familias con los mismos mensajes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se evaluará
-Proceso de coordinación y diseño de la actividad (si se responde a los objetivos, si se respeta la equidad, si es participativa)
-La realización de la actividad (asistencia, dificultades, participación)
-Conocimientos y creencias previas y posteriores a la realización.
-Cambios detectados en las aulas tras el proyecto y/o en las consultas del centro de salud

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se desarrollará a lo largo del curso escolar,en los meses de Abril, Mayo, Octubre y Diciembre den 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. promocion salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1234 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

2. RESPONSABLE ..... PILAR LOPEZ ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCES ROMERO CARMEN. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· ARRIETA HIGUERAS ELENA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSE SUR se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
• Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
• Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
• Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
• Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA)/ Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 19,0%
Objetivo 2018: < 1

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Cronograma:
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

Proyecto: 2018_1234 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1249 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. SAN JOSE SUR

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO SAMPEDRO FELIU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ HERNANDEZ FELISA. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ JIMENO AMPARO. ENFERMERO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ESTEBAN PILAR. MEDICO/A. CS SAN JOSE SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.
En nuestro Centro de Salud, los resultados en el año 2017 fueron: sobre el indicador de Intervención del tabaquismo fue de 52,45, nos proponemos superar el 60%.
Y sobre el indicador de porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año, el indicador fue de 6.75

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo. Se crea una consulta monográfica sobre deshabituación tabáquica, control y seguimiento
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías. Se realizaran en las consultas monográficas a la vez que los autocuidados al paciente EPOC
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monográfica /charlas a los pacientes con EPOC sobre autocuidados y manejo de inhaladores, además de la realización de las espirometrias cuando se precise.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
- Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
- Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
- Creación de una consulta monográfica / charlas al paciente EPOC en autocuidados y manejo de inhaladores así como la realización de espirometrias, cuando se precisen.
- Creación de una consulta monográfica de deshabituación tabáquica, control y seguimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: Superar el 60% (Actualmente en el EAP 52.45).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 26,92).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: >5. (Actualmente 2,28)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
- Implantación de Consultas Monográficas en: Cuidados de EPOC y manejo de inhaladores y realización de espirometrias y otra de Deshabituación Tabáquica. Objetivo: SI/realización de charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidado /manejo de inhaladores. Objetivo: SI / 2 charlas al año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
- Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
- Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
- Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio

Proyecto: 2018_1249 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. SAN JOSE SUR

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0298 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEMAFORO DE LA SALUD DEL BARRIO DEL GANCHO. IDENTIFICANDO CON LA POBLACION ASPECTOS DEL BARRIO QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS VECINOS

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA MACIPE COSTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEYMAN FARD NIMA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· NUIN CONS ELENA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· RODRIGALVAREZ DE VAL SARA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· SANTOLARIA SANCHO SOFIA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO FELIU LUIS ANDRES. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El consejo de salud zona es el órgano de participación en salud de los vecinos de una ZBS. El consejo de salud de San Pablo es un espacio en el que participan regularmente múltiples colectivos y entidades del barrio. A pesar de su riqueza en personas, costaba conseguir que las reuniones fueran un verdadero espacio de debate sobre el barrio y aspectos del barrio que afectan a la salud de las personas.
Entendemos que los principales determinantes de la salud de los vecinos de un barrio como San Pablo, tienen que ver con las condiciones socioeconómicas de sus habitantes (pobreza, condiciones laborales, salarios, aislamiento..), entorno (calidad de las viendas, ruidos, suciedad, espacios verdes, plagas….) y estilos de vida muy determinados por lo anterior. Por lo tanto lo que ocurre en esos ámbitos, y lo que se trabaja desde colectivos no directamente vinculados a la salud, pero que trabajan por mejorar las condiciones de vida de los pacientes, influye poderosamente en la salud de los vecinos.
Con la idea de conocer la opinión de los vecinos del barrio sobre aspectos del entorno y de sus condiciones de vida que afectan a su salud, y recoger propuestas a partir del análisis de la información obtenida, se plantea este proyecto que ha sido diseñado y llevado adelante por una comisión delegada del consejo de salud formada por 2 educadores de servicios sociales municipales, médicos del mundo, Caritas, Amediar y centro de salud San Pablo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Recoger la opinión de los vecinos del barrio sobre aspectos del barrio y de sus condiciones de vida que pueden afectar a su salud.
-Analizar los resultados obtenidos para presentarlos al barrio-
-Recoger propuestas de los vecinos para mejorar los aspectos negativos detectados
-Identificar y reforzar los aspectos positivos detectados
-Canalizar las propuestas a los organismos o instituciones competentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un grupo motor entre los participantes del consejo de salud. Dicho equipo se reunirá al menos 5 días para diseñar el proceso.
Elaboración de una encuesta en formato papel y formato on line que analice distintos ítems que caracterizan a un barrio saludable con la metáfora de los colores del semáforo.
Distribución de las encuestas en diferentes puntos y colectivos de manera que intentemos llegar a población lo más variada posible. Se prevee distribuir las encuestas en al menos 20 puntos distintos.
Registro de las encuestas en una base de datos y análisis de los datos obtenidos.
Devolución al barrio de los resultados. Trabajo por pequeños grupos de los resultados y primera elaboración de propuestas de mejora
Elaboración de pequeñas píldoras audiovisuales que informen a los vecinos de los resultados de cada uno de los ámbitos explorados en las encuestas.
Jornada final de devolución al barrio.
Canalización de los resultados a los organismos competentes.
Para llevar adelante todo el trabajo serán precisas:
Reuniones del equipo motor. 10 reuniones.
Reuniones del consejo de salud. 3 reuniones.
Reuniones con el responsable del PICH (Plan Integral del Casco Historico), para solicitar el apoyo y la financiación de la impresión de la encuesta.
Presentación del proyecto en el Consejo sectorial del PICH
Contacto para explicar la manera de cumplimentar las encuestas a los distintos recursos que van a colaborar.
Dos personas para meter los datos en la base de datos y analizarlos posteriormente.
Trabajo en los grupos contactados de los resultados obtenidos. Cada grupo trabajará sobre un ámbito explorado.
Elaboración de las píldoras audiovisuales a partir del trabajo de los pequeños grupos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de reuniones del grupo motor. Standart >7
Número de reuniones del consejo de salud en las que se trabaja sobre el proyecto. Standart > 2.
Número de encuestas cumplimentadas >500
Número de puntos de reparto y cumplimentación de encuestas >20
Número de grupos en los que se trabaja la encuesta y las conclusiones> 4
Número de píldoras audiovisuales elaboradas >4

Proyecto: 2018_0298 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SEMAFORO DE LA SALUD DEL BARRIO DEL GANCHO. IDENTIFICANDO CON LA POBLACION ASPECTOS DEL BARRIO QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS VECINOS

Número de colectivos, entidades, comercios contactados >20
Jornada de devolución Realizada
Número de participantes en la jornada de devolución > 50
Difusion de los resultados en páginas web, medios de comunicación, organismos competentes > 4 ámbitos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se llevará a cabo de los meses de enero a junio del 2018.
El calendario previsto es el siguiente:
Enero-marzo: Reuniones del grupo motor para diseñar la herramienta y el proceso.
Marzo-abril: Reparto y cumplimentación de las encuestas.
Final de abril: Analisis de los resultados.
Mayo: Trabajo en pequeños grupos de los resultados obtenidos.
Junio: Jornada final de devolución al barrio.
Septiembre: Evaluación del proceso y canalización de propuestas a los organismos competentes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0427 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

2. RESPONSABLE ..... TERESA SAGASTE ROMEO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO GREGORIO MILAGROS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO. FISIOTERAPEUTA. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Organización Mundial de la Salud así como numerosas sociedades y organismos recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad y morbilidad infantil por enfermedades de la infancia. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.
Asímismo el periodo posterior al nacimiento de los niños, sobre todo en el caso de familias primerizas suele ser un momento complicado, con numerosas dudas y miedos en torno a la crianza de los hijos, que generan ansiedad, malestar y numerosas consultas al pediatra.

Los grupos de apoyo a la crianza y la lactancia han demostrado ser muy útiles en la consecución de lactancias más prolongadas, a la vez que son un espacio en el que compartir sentimientos, preocupaciones, miedos y triunfos entre personas en una situación muy parecida.

Además, son grupos basados en el intercambio de información y la aceptación mutua, por lo que forman relaciones positivas que forman una actitud constructiva. Su objetivo consiste en que sus integrantes puedan ser escuchados e incluso asesorados sobre preocupaciones propias y, en definitiva, a tener una mejor relación con su rol como madre o padre

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Conseguir un espacio de comprensión y apoyo donde compartir sentimientos, preocupaciones y miedos en torno a la crianza.
- Facilitar la identificación con un grupo de personas en la mismas circunstancias, y aliviar la sensación de soledad.
- Formar relaciones positivas, basadas en el intercambio de conocimientos, información y aceptación.
- Contribuir al bienestar familiar.
- Adquirir conocimientos y habilidades en torno a temas relacionados con la lactancia y la crianza de los niños en la linea de la parentalidad positiva.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La actividad consiste en unas sesiones presenciales para madres y padres, junto con sus hijos, que se ofertan a las familias en las sesiones de preparación al parto y en las consulta del recien nacido al pediatra.

Se colocarán carteles informativos del grupo de crianza en el tablon de anuncios de las consultas de pediatria.

Las sesiones se realizarán los viernes de 12 a 2 en el gimnasio de la matrona.
EL grupo no es cerrado, es un grupo dinámico en el que se incorporan las madres en el momento que nacen sus hijos y dejan de acudir cuando por circustancias ya no pueden acudir. De manera que no hay un contenido rígido y establecido para las sesiones.

En cuanto al contenido de las sesiones, habrá sesiones libres sin un tema en concreto, sino abiertas a las preocupaciones e intereses de las personas que acudan en ese momento. Se programará un pool de sesiones que se irán impartiendo en función de los intereses de las madres que esten acudiendo en cada momento, de la disponibilidad de los ponentes y del número de madres que estén acudiendo en ese momento concreto.

Los contenidos de esas sesiones serán:
Lactancia
Depresión postparto.
Colicos del lactante
El sueño en el recien nacido.
Masajes para el bebe.
Consejos para un mejor desarrollo del bebe.
Alimentación complementaria del lactante
Accidentes, atragantamiento y reanimación.

Proyecto: 2018_0427 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

Sexualidad en el postparto.

Para impartir estas sesiones se contará con las pediatras del centro, con el fisioterapeuta, enfermería de pediatria y también con algun profesional externo al centro.

Trimestralmente se pasará una encuesta a las madres en las que se evaluarán satisfacción y conocimientos adquiridos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Numero de reuniones realizadas a lo largo del año. Standart >30
Numero de sesiones con contenidos especificos impartidas en un año.>8
Satisfacción de las madres con los contenidos expuestos.
Porcentaje de mantenimiento de la lactancia materna a los 6 meses 70%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El grupo funcionará a lo largo de todo el año, salvo periodos vacacionales. Se inicia a principio de año y se incorporan y salen las familias en función de sus necesidades y circunstancias. Interesa sobre todo que participen los 3 primeros meses tras el nacimiento.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Promoción de la salud.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0748 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA INTEGRAL DE ACTUACION EN LA ASISTENCIA DE URGENCIA DIRIGIDO A PERSONAL SANITARIO DEL CS SAN PABLO

2. RESPONSABLE ..... MARIA MARCO BRUALLA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALVERDE ARANDA SELMA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· CAMPILLOS APESTEGUIA CARMEN. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· SAMITIER LERENDEGUI MARIA LUISA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MURO BADIA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· GANDIA MARTINEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
- En la encuesta de necesidades formativas dirigida al personal del Centro de Salud, que se realiza con periodicidad anual, de forma constante se demanda formación en el ámbito de la Urgencia.
- Incorporación al equipo de nuevos profesionales procedentes de otros servicios
- Recuerdo en la actuación ante situaciones graves o urgentes, que precisan un contínuo reciclaje por su dificultad de manejo o por su menor incidencia en la práctica clínica .
- Oportunidad de integrar en un proyecto unificado diversas actividades que se venían realizando en el CS: revisión y actualización en RCP, revisión del maletín de asistencia de urgencia común y del carro de paradas de la sala de urgencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejora los conocimientos y la práctica asistencial por parte del personal sanitario para el abordaje adecuado de las situaciones de urgencia
- Disponer de conocimiento y herramientas visuales para el uso práctico y adecuado del material de la sala de urgencias.
- Difusión de los protocolos de las patologías de atención urgente más prevalentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Designar un equipo de trabajo compuesto por médicos, enfermeros y médico residentes.
- Análisis de problemas, oportunidades de mejora.
- Designar un responsable del equipo.
- Organización y realización de un Taller práctico en la sala de Urgencias del centro de salud: “¿Cuál es la dotación y cómo está organizada la sala de urgencias del centro de salud?”
- Organización y realización de un Taller práctico de Reanimación Cardiopulmonar básica e instrumental
- Organización y realización de sesiones teórico-prácticas de revisión de protocolos: Código infarto, código ictus. Pérdida de conciencia, crisis asmáticas y shock anafiláctico, intoxicaciones, entre otros.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-% de personal sanitario que han participado en las actividades propuestas/ total de personal sanitario convocados. Objetivo >70 %
-% de resultados (> o = 4) en las encuestas de satisfacción de las actividades prácticas y teóricas/ total de encuestas (encuestas con 5 ítems; puntuación máx 5). Objetivo > o =80 %
-% de participantes en la evaluación previa a la formación (evaluación numérica mediante veinte preguntas tipo test, con una respuesta verdadera entre cuatro respuestas posibles, sobre los conocimientos de los contenidos a tratar en los talleres)/ total de profesionales destinatarios. Objetivo > o=70 %.
-% de resultados > 80 % en la evaluación posterior a la formación (evaluación numérica mediante veinte preguntas tipo test, con una respuesta verdadera entre cuatro respuestas posibles, sobre los conocimientos de los contenidos tratados en los talleres) / total de respuestas correctas. Objetivo = o > 80 %.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Febrero: Formación del equipo de trabajo .
- Marzo: Taller práctico en la sala de Urgencias del centro de salud: “¿Cuál es la dotación y cómo está organizada la sala de urgencias del centro de salud?
- Abril: Taller práctico de Reanimación Cardiopulmonar básica e instrumental
- Desde mayo hasta octubre: Revisión de patología urgente más prevalente y revisión de protocolos de primera intervención en atención primaria

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ATENCIÓN URGENTE

Proyecto: 2018_0748 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA INTEGRAL DE ACTUACION EN LA ASISTENCIA DE URGENCIA DIRIGIDO A PERSONAL SANITARIO DEL CS SAN PABLO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0771 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA MAZA INVERNON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMEZ MAINAR IRIS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· MARCO BRUALLA MARIA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· SALANOVA SERRABLO HELENA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGALVAREZ DE VAL SARA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO LOPEZ CRISTINA. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· CIRIA CALAVIA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los profesionales de nuestro centro habitualmente abordamos la cuestión de la seguridad en el uso de los fármacos en nuestras diferentes sesiones clínicas y actividades formativas. Somos conscientes de la importancia de que los propios pacientes se impliquen en las decisiones que afectan a su salud y conozcan la importancia del uso seguro de los fármacos que utilizan. Con este objetivo, emprendimos una actividad de educación para la salud con nuestros pacientes dirigida a difundir la cultura del uso seguro y racional de los medicamentos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Divulgar la necesidad del uso prudente de los fármacos
-Dar a conocer la evidencia de que cualquier fármaco, por seguro que sea, conlleva posibles riesgos derivados de su uso
-Fomentar la notificación de efectos indeseables de los fármacos al personal sanitario
-Resaltar la importancia de las medidas no farmacológicas y los hábitos saludables en el cuidado de la salud
-Fomentar entre los asistentes el espíritu crítico ante la publicidad de fármacos de venta libre y alimentos funcionales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para esta actividad es necesaria la colaboración de todo el equipo de nuestro centro que se implica en la invitación de los pacientes a la actividad.
Se hace captación activa de los pacientes desde las consultas en los primeros días del mes en que se van a realizar los coloquios. Además de la invitación, se les entrega una encuesta anónima en la que se recogen datos generales del paciente y un breve cuestionario acerca de los conocimientos previos sobre los temas que se van a tratar
Posteriormente, el grupo de profesionales implicados en la actividad contactan con los pacientes unos días antes del primer coloquio para recordar y asegurar la asistencia
La actividad se estructura en 2 coloquios que se celebran cada 2 meses en jueves consecutivos en los que se abordan los diferentes temas. Se fomenta la participación de los asistentes mediante preguntas abiertas y se proyectan algunos vídeos
Al terminar se les entrega a los asistentes una breve encuesta de satisfacción sobre el desarrollo de la actividad y material escrito y conciso de lo hablado durante la reunión para facilitar el recuerdo de lo comentado y fomentar la reflexión

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-% asistentes a las sesiones/ total pacientes convocados (captación en consulta médica) . Objetivo >o= 70 % .
-% de resultados (> o= 4) en la encuesta de satisfacción relacionada con la actividad
(escala de 1 a 5 ; 5 mayor satisfacción) . Objetivo > o= 75 %.
-% cumplimentación de la encuesta previa al taller / total asistentes . Objetivo (>o= 80 %) (encuesta anónima con datos de salud y conocimientos del paciente)
-% evaluación de participación activa de los asistentes al taller. Objetivo (> o= 4) intervenciones de los asistentes (objetivado en los datos recogidos en el guión de observador) . Objetivo: 75 % talleres con participación activa
-Realización del taller con grupos de pacientes distintos. Objetivo: (> o = 3) talleres / 1 año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde el año 2016 se empezó a trabajar con el proyecto que se fue perfilando poco a poco en cuanto a delimitación de los contenidos y profesionales que querían participar
En Noviembre de 2017 convocamos una reunión con los pacientes de nuestra zona de salud que quisieron acudir para recabar las ideas que les pudiesen interesar en el tema de los medicamentos.
Entre el mes de Diciembre de 2017 y Enero de 2018 se terminó de dar forma definitiva a la actividad y a decidir los contenidos y material a utilizar
En el mes de Febrero se celebraron los 2 primeros coloquios y en Abril se desarrollaron otros 2.
Se plantean para Junio otras dos sesiones

Proyecto: 2018_0771 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

9. OBSERVACIONES.
Se trata de un proyecto que tenemos intención de continuar de forma estable, realizando aproximadamente coloquios cada 2 meses para ir llegando poco a poco al mayor número de pacientes posible

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diversas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0773 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

2. RESPONSABLE ..... SELMA VALVERDE ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALANOVA SERRABLO HELENA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· SANTOLARIA SANCHO SOFIA. MIR. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS. MEDICO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ABANCENS MERCEDES. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA
· ACEITUNO CASAS ALEXANDRA. ENFERMERO/A. CS SAN PABLO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antimicrobianos son fármacos distintos al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Por otra parte, son los únicos fármacos con efectos ecológicos, de manera que su administración puede contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. La actual complejidad en el manejo de las enfermedades infecciosas y del aumento de las resistencias hace imprescindible el establecimiento de programas de optimización del uso de antimicrobianos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Contribuir a optimizar la utilización de antibióticos en el ámbito asistencial
Mejora en las herramientas para la toma de decisiones en la prescripción antibiótica: indicación, valoración balance beneficio/ riesgo, toma muestras, selección de antibióticos y posologías más adecuadas.
Prevención de las infecciones en el ámbito sanitario: campaña de lavado de manos.
Uso de pruebas de diagnóstico rápido (strepto-test, tiras orina)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA de cada EAP a la jornada de presentación del estrategia autonómica
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos acordados desde el programa PROA-AP de IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y programa Programa de Optimización de Antibióticos)
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia de una persona clave PROA en el EAP: Objetivo: Sí
(verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP: Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Sesiones PROA-AP. Realización 2 relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: Celebración de 2 sesiones con una asistencia media =50%
Existencia de una persona clave PROA en el EAP: Objetivo: Sí
(verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP: Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Sesiones PROA-AP. Realización 2 relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: Celebración de 2 sesiones con una asistencia media =50%
Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%) < o = 41 %.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica.
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión /semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2018_0773 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1272 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

2. RESPONSABLE ..... ESTER ENFEDAQUE LABRADOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ MIRANDA SOFIA. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· TERREROS ARNEDO CARLOS. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MILLAN GIÑER ESTHER. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SASTAGO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· SANCHEZ RAMON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ TREMPS LUIS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en la historia clínica correspondiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías.
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monográfica de educación a paciente EPOC y/o deshabituación tabaco/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
- Actividades de Formación sobre realización y manejo de espirometría.
- Actividades de Formación sobre la deshabituación tabáquica.
- Creación consulta monográfica/ realización charlas pacientes EPOC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: superar el 75% (2017 en el EAP 71.08%).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo : 55% (2017 48.23%).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: 4 (Actualmente 2.39)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo : 0.
- Implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC y/o deshabituación tabaco. Objetivo: SI/Realización Charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados / manejo de inhaladores. Objetivo: 2 charlas al año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Marzo-Mayo 2018: Difusión activa del proyecto.
- Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas.
- Septiembre- Noviembre : puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC.
- Septiembre / Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_1277 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MONREAL ALIAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN BUIL MARIA MAR. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· ORTIZ OCHOA ALFREDO. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MILLAN GINER ESTHER. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ TREMPS LUIS. MEDICO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ RAMON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS SASTAGO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria:
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SASTAGO se considera oportunidad de mejora revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación ya que se sitúa en niveles superiores a la media del Sector y de Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
1- Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
2- Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
3- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 3,1%
Objetivo 2018: =2,3%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
CRONOGRAMA:
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA

Proyecto: 2018_1277 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0962 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

2. RESPONSABLE ..... CELESTE GARCIA LANZON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· APARICIO JUEZ SARAY. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ENGUITA MANUEL. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RIABTSEVA MARYNA. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· SANTOLARIA SANCHO SOFIA. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la zona básica de salud de Torreramona la morbilidad (dislipemia, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y abuso crónico de alcohol) es elevada. En Aragón, el 45% de los adultos no realiza ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres.
El estilo de vida de la sociedad actual favorece la inactividad física. Este comportamiento sedentario viene determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo tanto, el abordaje requiere un enfoque multifactorial e intersectorial.
La Fundación el Tranvía lleva a cabo actividades dirigidas a promover el ejercicio físico en la población del barrio de Las Fuentes a través de paseos en el proyecto "Andarinas del Tranvía". Tras una encuesta de valoración de las necesidades de formación en la población que se realizó desde el C.S. Torreramona, se priorizaron los siguientes temas de intervención: recomendaciones de ejercicio físico, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilo de vida y alimentación saludable.
Después de realizar unas actividades de educación grupal en la Fundación el Tranvía, se vio la oportunidad de establecer una colaboración más estable entre los dos centros del barrio Las Fuentes: La Fuentes Norte y Torreramona, participando en la actividad de las Andarinas del Tranvía e incorporando los temas de interés recogidos en la encuesta.
Según el Programa de Salud 2030 de Aragón, los programas de actividad física deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Otro aspecto que recoge es que no solo debe abordarse los problemas de salud física, sino también los de soledad, de exclusión y de brecha digital, creemos que a través de este proyecto se pueden trabajar dichos aspectos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Fomentar una vida activa por medio de paseos.
Reconocer los beneficios del ejercicio a través de una valoración de su actividad diaria.
Crear un grupo estable que fomente una red social de andarinas.
Mejorar su capacidad al ejercicio, a través de las rutas de paseo programadas.
Modificar hábitos de desplazamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilaran entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos.
Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acudan profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica.
Las reuniones del Equipo Andarinas del los Centros de Salud se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de paseantes/ nº de inscritos (estándar: > 50% en el 80% de los casos)
Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes)
Encuesta de hábitos: realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar: en el 80% de los participantes)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La Evaluación se plantea a lo largo de todo el proceso: inicial, de seguimiento y final. Todos los integrantes realizarán funciones de evaluación en distintos momentos y en las reuniones de evaluación.
Encuesta de Satisfacción: Se valorará la satisfacción de andarinas y del equipo de trabajo.
Evaluación de Actividades: Se evaluarán las actividades con rejilla de observación y observador no participante/participante según la actividad. La observación será mixta, estructurada por medio de un check-list, y no estructurada por diario de campo.

Proyecto: 2018_0962 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Evaluación de Reuniones: por medio de las actas y por el desarrollo de las mismas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1074 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL PACIENTE COMPLEJO EN ATENCION PRIMARIA. INTERMED, UN METODO DE VALORACION INTEGRAL DE NECESIDADES BIOPSICOSOCIALES Y DE ATENCION SANITARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA FE BARCONES MOLERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ BARRANCO JESUS. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· OTEGUI ILARDUYA LUIS. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· SAURAS YERA INES. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LANZON CELESTE. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RIABTSEVA MARYNA. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ENGUITA MANUEL. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El abordaje de los pacientes complejos en Atención Primaria (AP) es un tema de interés no sólo por su magnitud, sino por su severidad en muchos casos, y en muchos casos insuficientemente tratada (E Lobo, Int Journal Clin Practice 2015). Algunos autores los definen como los pacientes que presentan una o más enfermedades crónicas, con afectación psicológica-psiquiátrica (co-morbilidad), que poseen una limitada red social y cuya utilización de recursos sanitarios y antecedentes de problemas de salud es desproporcionada (R.G. Kathol et al., Physician's Guide, DOI 10.1007/978-3-319-28959-5_2). De hecho, el SALUD ha implantado recientemente el Programa de Atención a Pacientes Crónicos Complejos en AP, para el abordaje de este tipo de pacientes, de manera que ambos proyectos pudieran complementarse y potenciarse.

El presente proyecto que ahora se propone parte de un proyecto Río Hortega que actualmente se está desarrollando en el Centro de Salud TorreRamona. Este tipo de proyectos son de convocatoria nacional competitiva del Instituto de Salud Carlos III, y fue concedido recientemente en enero de 2018 (primera vez que este tipo de proyectos se conceden en AP). El que ahora se propone como Proyecto de Calidad pretende hacer partícipes al resto de miembros del Equipo de Atención Primaria y que los resultados del estudio se sigan, de inmediato, de una aplicación en la rutina clínica, con un futuro estudio de intervención, un proyecto de "innovación" ("evidenced based").

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVOS GENERALES
-Calcular la prevalencia de los "pacientes complejos" en el Centro de Salud Torre Ramona
-Clasificar la complejidad según perfil clínico (bio-psico-social y de atención sanitaria/utilización de servicios
-Estudiar diferencias por género y edad

Objetivo secundario:
-Sentar las bases para, al término del estudio, diseñar un protocolo para aplicación en la rutina clínica, en un proyecto de "innovación"; y en el diseño de un nuevo estudio de intervención.
-Formar a jóvenes clínicos-investigadores, haciendo partícipes del estudio a los MIR/EIR, especialmente a los nuevos. Engranando esta actividad con las de la Unidad Docente.
-Planificar una estancia de investigación por parte de la coordinadora del proyecto, en un centro de reconocido prestigio internacional, especializado en el manejo de los datos de rutina clínica en proyectos de investigación como el que se propone.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Selección de la población diana:
Criterios de Inclusión: pacientes seleccionados con nuevo episodio de enfermedad o por visitas sucesivas, mayores o igual de 16 años, que entiendan castellano y firmen consentimiento informado (aprobado por CEICA).
Criterios de Exclusión: quienes no cumplan los criterios anteriores y/o estén demasiado enfermos para completar la entrevista a pesar de ayuda familiar, negativas.

El tamaño muestral se ha calculado en base a la prevalencia de complejidad esperada en AP de aproximadamente 25%, con un porcentaje de pérdidas del 10%, error a 5% (N=717). El muestreo será aleatorio estratificado con fijación proporcional. Los datos de cobertura y frecuentación por grupos de edad para calcular el tamaño muestral por grupos de edad, los ha proporcionada el Servicio de Informática del SALUD.

2. Selección del Instrumento de medida:El método seleccionado para el estudio de la complejidad en AP es INTERMED (Huyse et al. Gen Hospital Psychiatry 1999). Se trata de un método para detectar de modo temprano los pacientes "complejos" para planificar tempranamente la intervención multifocal/multidisciplinar. Auqnue ha sido validado en España, no se ha validado todavía el método breve, autoadministrado por el paciente, que se ha desarrollado más recientemente; este método breve, autoadministrado, haría factible una amplia utilización en nuestro país, incluso por el personal de enfermería en una consulta habitual de AP.

3. Estandarización previa de los entrevistadores (MIR/EIR, otro personal interesado en el proyecto).
4. Entrevistas con los pacientes seleccionados.
5. Análisis de resultados
6. Publicación de resultados

Proyecto: 2018_1074 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL PACIENTE COMPLEJO EN ATENCION PRIMARIA. INTERMED, UN METODO DE VALORACION INTEGRAL DE NECESIDADES BIOPSICOSOCIALES Y DE ATENCION SANITARIA

7. Planificar estancia de investigación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.Porcentaje de pacientes complejos según INTERMED (estándar 25%), según perfil biopsicosocial y de atención sanitaria y por estratos de edad y género. Mayor perfil de complejidad psicosocial respecto al biológico.
2. Porcentaje de MIR/EIR que han participado en el estudio /MIR/EIR del Csalud (estándar 25%).
3. Cumplir los criterios para la aceptación por parte del centro de acogida para la realización de la estancia.
4. Número de entrevistas a pacientes realizadas/previstas: 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Diseño del proyecto: enero – abril 2018
-Trabajo de campo (incluyendo estandarización previa de los entrevistadores): mayo-diciembre 2018
-Análisis de resultados: enero 2018
-Planificar publicación de resultados: a partir de enero 2018
-Planificar estancia de investigación: en febrero de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1091 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

2. RESPONSABLE ..... SARAY APARICIO JUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LANZON CELESTE. EIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ BARRANCO JESUS. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· FORMENTO MARIN NATALIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMOZARA. ATENCION PRIMARIA
· CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ENGUITA MANUEL. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RIABTSRVA MARYNA. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde los años 70, el médico-sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló la teoría de la salutogénesis. Esta teoría presenta la concepción del modelo de salud en positivo, centrado en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones a partir de los propios recursos, alejándose del enfoque biomédico centrado en la enfermedad.

Se considera que la salud no es un proceso aislado del entorno, ya que se ve influenciada por factores sociales y económicos, existe bibliografía que respalda la idea de proyectos que coordinan los servicios socio-sanitarios y los recursos de los barrios, haciendo a la población participe de su propia salud y mejorando la comunicación entre los diferentes profesionales y recursos.
Con el fin de integrar este modelo de atención en nuestra realidad y mejorar la comunicación del Centro de Salud y los recursos del barrio, nos propusimos desarrollar un mapa interactivo, que agrupara y mostrara todos los recursos que pueden mejorar la salud de la comunidad.

Un mapa de activos de salud se concibe como una herramienta para aumentar el conocimiento de los recursos a disposición de los profesionales y de la comunidad para aumentar el bienestar, conservar y/o mejorar la salud y ayudar a disminuir las desigualdades sociales.

El barrio de las Fuentes cuenta con una población de 42.192 habitantes, dividida en 2 Zonas básicas de Salud (Fuentes Norte y Torre Ramona).

Se trata de una población muy envejecida, con una tasa de envejecimiento del 213,70%, además cabe destacar que 1289 personas mayores de 84 años viven solas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Realizar una reunión con los principales entes sociales y recursos del barrio para conocer las actividades del barrio y establecer lazos de conexión entre todos.

-Constituir un equipo de personas clave de las diferentes organizaciones del barrio.

-Realizar un mapeo de activos en el barrio de las Fuentes.

-Crear un mapa de activos interactivo y accesible a la población.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La metodología de realización de un mapa de activos debe ser un modelo participativo con la comunidad, de manera que su resultado sea lo más representativo posible. Además, de favorecer la relación, el trabajo en red y la coordinación entre todas las entidades del lugar.

Para la realización se ha seguido una secuencia similar a la propuesta por Botello, pero adaptada a nuestras capacidades, recursos y población:

Creación de un grupo multidisciplinar en el centro de salud para el desarrollo de la actividad.
Conocer la comunidad con la que vamos a trabajar, sus necesidades, recursos y posibilidades.
Delimitar el área geográfica.
Trabajo de campo del grupo de trabajo en la comunidad: Salir a conocer los recursos de la comunidad, identificar personas clave de las distintas entidades del barrio que promueven la salud.
Establecer relaciones con las personas clave de los recursos.
Visitar las webs de las entidades y se contrastará la información recopilada.
Creación de un mapa virtual en la plataforma Google Maps, denominado Las Fuentes Activa, abierto a la modificación de las personas y entidades del barrio.
Los recursos se clasificarán en diferentes categorías:
Recursos de salud, educación y formación, cultura y ocio, deporte y actividad física, juventud, mayores, asociaciones, parroquias y entidades religiosas, otros.
Visibilizar el resultado en el blog del centro de salud, accesible para los profesionales y toda la comunidad.

Proyecto: 2018_1091 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para la evaluación se desarrollará una encuesta de satisfacción para los profesionales que han participado, tanto del centro de salud como de los principales recursos.

Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.
Estándar: 90%
Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la reunión x100.
Estándar: 90%
Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.
Estándar 40%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto comienza en enero, con la revisión bibliográfica, y reunión con las diferentes personas involucradas del centro de salud.
En marzo se crea el equipo multidisciplinar del centro de salud.
En abril- mayo se estudia las características de la comunidad.
Durante los meses de junio, julio, septiembre y octubre se delimitará el área geográfica y se saldrán a conocer y recopilar los recursos.
En noviembre se realizará una reunión con las personas clave de los recursos y entidades del barrio.
Durante diciembre, enero, febrero y marzo se recopilará la información y se creará el mapa virtual.
Para en abril visibilizarlo en el blog del centro de salud.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1331 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRE RAMONA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

2. RESPONSABLE ..... LUIS OTEGUI ILARDUYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARCONES MOLERO MARIA FE. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LANZON CELESTE. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ ENGUITA MANUEL. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RIABTSEVA MARYNA. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· FLORIANO RAMOS BEATRIZ. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· AMATRIAIN BOLEAS EDURNE. ENFERMERO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SEMINARIO se considera una oportunidad de mejora priorizar la prescripción de antibióticos de espectro reducido ya que se ha observado una tendencia descendente del uso relativo de éstos en los tres últimos años.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
-Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
-Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2.Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3.Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4.Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5.Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
-Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
-Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. -Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): DDD ATB espectro reducido* / DDD antibióticos (J01) x 100 Valor 2017: 38,5 % Objetivo 2018: =41 %
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico

Proyecto: 2018_1331 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRE RAMONA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1352 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... EDGAR PEÑA GALO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OTEGUI ILARDUTA LUIS. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· SAURAS YERA INES. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· BARCONES MOLERO MARIA FE. MEDICO/A. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LANZON CELESTE. EIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· RIABTSEVA MARYNA. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· AMATRIAIN BOLEAS EDURNE. EIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA
· FLORIANO RAMOS BEATRIZ. MIR. CS TORRE RAMONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las enfermedades de origen vascular constituyen uno de los principales problemas de salud en España, son responsables de la mayor pérdida de años potenciales de vida y carga económica para el sistema sanitario. La prevención primaria de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables como la diabetes mellitus, la hipertensión o la dislipemia, el tabaquismo o la obesidad, constituyen una de las estrategias mas importantes para reducir su incidencia. Las estrategias de abordaje pueden ser poblacionales o individuales, ambas complementarias, pero en esta última se fundamenta la identificación de las personas con mayor riesgo. La Atención Primaria juega un rol importante en esta estrategia con mayor posibilidad de éxito debido a que es donde un individuo con FRCV se visualiza de forma integral. Existen guías clínicas que establecen medidas farmacológicas y no farmacológicas, todas ellas con beneficios demostrados pero los registros europeos demuestran un cumplimiento sistemáticamente bajo. Entre la causa mas común de esta baja adherencia encontramos tratamientos complejos, efectos adversos, edades avanzadas de los pacientes, bajo apoyo familiar, entre otros. Por ese motivo se hace necesario mejorar el enfoque de la consulta en la intervención con el paciente de FRCV alto al que se le realice un seguimiento repetido.
Los criterios de inclusión son: pacientes diabéticos con mal control metabólico (HbA1c > 7%), dislipemias de difícil manejo, pacientes con evento coronario previo (IAM o angina con sospecha documentada), HTA de difícil manejo o Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incrementar el nivel de alfabetización en salud de los pacientes con RCV de difícil manejo
Captar la mayor parte de pacientes en riesgo cardiovascular
Disminuir la probabilidad de aparición de eventos cardiovasculares
Alcanzar las metas propuestas según las guías de práctica clínica europeas
Mejorar los indicadores de cumplimiento en cartera de servicios

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades están enfocadas en intervenciones de nivel individual, con un componente asistencial y otro comunitario.
.- Definir los criterios organizativos para el seguimiento: profesionales, horarios y circuitos.
.- Identificación de los casos a incluir en seguimiento y captación
.- En lo referente al componente asistencial su particularidad radicará en la identificación de aquellos factores farmacológicos, etiológicos y sociales que limiten el alcance adecuado de los objetivos planteados en relación a las guías clínicas europeas.
.- En cuanto al enfoque comunitario de plantea hacer visitas domiciliarias para conocer el contexto del paciente y partiendo de este, proponer alternativas que le ayuden a cambiar el estilo de vida, mejorar la adherencia al tratamiento y estrechar la relación con el equipo sanitario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Directos: Son los factores modificables y objetivables en cada pacientes incluido en estudio
Porcentaje de pacientes no fumadores: objetivo 40%.
Porcentaje de pacientes con LDL <70 mg/dl y colesterol NoHDL <100 mg/dl: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes Tensión arterial: PAS < 140 y PAD <90: objetivo 50%
Porcentaje de pacientes diabéticos con HbA1c < 6,5% en paciente con DM < 10 años y <8% en paciente con DM > 10 años: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes con una correcta adherencia al tratamiento farmacológico: Objetivo 80%
Porcentaje de pacientes sin enfermedad cardiovascular con RCV valorado y estratificado: Objetivo 80%
Indirectos: Están conformados por aquellos indicadores de implicación global en los resultados del EAP respecto a DM, LDP, HTA y RCV.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración del proyecto se fijan para dos años.
Julio- Agosto 2018 realización de los aspectos organizativos y logísticos. Identificación de casos
Segundo semestre del 2018 a primer semestre de 2019 captación de pacientes y primera evaluación.
Segundo semestre del 2019 a primer semestre de 2020 captación de pacientes y evaluación final del proyecto.

Proyecto: 2018_1352 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

9. OBSERVACIONES.
Los puntos críticos del programa están en el tiempo necesario para dar cobertura a dichos pacientes, tanto en el ámbito asistencial en el centro de salud como en el domicilio. Esto se debe a que el punto fuerte del proyecto es optimizar los recursos farmacológicos, asistenciales y sociales.
El CS TorreRamona acoge la formación de MIR y EIR de la especialidad familiar y comunitaria. Esta actividad puede ser beneficiosa para mejorar sus habilidades y destrezas de trabajo en equipo, mejorando la visión global de pacientes con RCV y planificación estratégica comunitaria.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2018_1521 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL EN MAYORES DE 75 AÑOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA RUIZ VECINO
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AYARZA IZAGUERRI CARMEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TORRE RAMONA. TRABAJO SOCIAL
· BURRO DAL ADORACION. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TORRE RAMONA. TRABAJO SOCIAL
· BABIANO CASTELLANO BELEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TORRE RAMONA. TRABAJO SOCIAL
· GUILLEN BERGES ANA MARIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TORRE RAMONA. TRABAJO SOCIAL
· VELA CONDON PILAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TORRE RAMONA. TRABAJO SOCIAL
· MARTINEZ LOPEZ MERCEDES. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TORRE RAMONA. TRABAJO SOCIAL
· BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TORRE RAMONA. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial y constituye uno de los principales retos del momento actual. El consejo de la Union Europea en su declaración, expresa su firme compromiso de poner de relieve el derecho de las personas mayores a una vida digna, de promover la independencia y la participación de los mayores en la vida social, económica y cívica (PLAN estatal de las personas mayores, pág 6)

En España, el 36,8% de las personas de 65 y más años, viven en hogares unipersonales.El 9,2% de los hombres y el 27,5% de las mujeres. Entre la población anciana el 56% de los hombres refieren sentir algún tipo de soledad, aumentando esta proporción a medida que avanza la edad.
Varios estudios señalan que el aislamiento social es muy común entre los hiperfrecuentadores de los Centros de Salud.

La soledad y el aislamiento social se relacionan con una mayor morbi-mortalidad, aumentando el riesgo de un amplio abanico de las enfermedades (desde las cardio vasculares hasta resfriados comunes)
El sentimiento de soledad más que el aislamiento social por vivir solo, predice la aparición de demencia de forma independiente de otros factores de riesgo conocidos.
Los ancianos aislados tienen más riesgo de deterioro cognitivo. Igualmente, se relacionan con síntomas depresivos y en el caso de los hombres, suponen un fáctor de riesgo de suicidio importante.

En Aragón, 83000 personas mayores viven solos; es decir, el 6% de los aragoneses viven en hogares donde el apoyo convivencial es nulo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Generales:
Garantizar a las personas mayores, igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos para promover la permanencia de los mismos en su entorno familiar y comunitario y favorecer con medidas efectivas el envejecimiento activo y saludable
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1 Captación de los usuarios susceptibles de intervención: Pacientes que son atendidos por el trabajador social (consulta/domicilio) y que cumplen los siguientes requisitos:
-Mayores de 75 años
-Vivir solo
-Precariedad económica (IPREM)
2.Conocer y estudiar la problemática familiar para diagnóstico y planificación
3. Intervención social en función de la autonomía y/o dependencia de cada caso
4. Intervención con las redes de apoyo sociales y comunitarias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Detección y registro. Cumplimentación del protocolo AX-DX (Diagnostico Social):
Valoración
Diagnóstico
Plan de intervención (actividades a desarrollar)
-Colaboración con programas de Voluntariado
-Fomentar la inclusión social de los mayores en los distintos dispositivos y contactar con los recursos Comunitarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes incluidos en el protocolo AX-DX (Diagnostico Social): 75%
% de pacientes incluidos en el protocolo en los que se ha realizado el plan de intervención: 75%
% de pacientes incluidos en el protocolo a los que se les ha realizado una prescripción social y comunitaria: 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_1521 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO SOCIAL EN MAYORES DE 75 AÑOS

Septiembre 2018 a Diciembre 2019
Evaluación semestral

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Soledad/Aislamiento Social
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0158 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA MARCO IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABAT PONSA RAQUEL ESTHER. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· VALTUEÑA CAMACHO MARTA. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MARCOS MAYOR LAURA. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA JULVEZ MARIA. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· SANZ MARTINEZ LAURA. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· BABIANO CASTELLANO BELEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TORRERO LA PAZ. TRABAJO SOCIAL
· GARCIA CACHO MILAGROS. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS TORRERO LA PAZ. ODONTOESTOMATOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde hace dos años en nuestro centro de salud se organizan talleres teórico - prácticos sobre estilos y hábitos de vida saludables (higiene bucodental, alimentación, educación sexual, tóxicos, actividad física, primeros auxilios, higiene del sueño y uso adecuado del sistema sanitario) en adolescentes de uno de los centros educativos de la zona.
La iniciativa partió desde los distintos niveles asistenciales de atención primaria (trabajo social, médicos, enfermería y ondotología) y profesores ya que se detectó un deficit de conocimientos en los campos mencionados previamente.
El taller se diseñó con una primera intervención teórica sobre higiene bucodental y una segunda parte con ayuda de la plataforma Kahoot, que permitía la participación activa de los alumnos, la cual fue utilizada para la explicación de los distintos conceptos planteados con una encuesta final de evaluación.
Consideramos necesaria esta intervención por el impacto que los determinantes de la salud tienen en la calidad de vida y la morbimortalidad. Así mismo, es importante concienciar a los jóvenes sobre la importancia de adquirir una actitud activa sobre su propia salud desde edades tempranas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Afianzar conceptos básicos sobre higiene bucodental
2. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre alimentación
3. Fomentar ejercicio físico en adolescentes
4. Educación sexual
5. Introducción a técnicas básicas de primeros auxilios
6. Uso adecuado de recursos sanitarios
7. Reforzar conocimientos adquiridos sobre el consumo de tóxicos
8. Establecer un vínculo de soporte entre el centro de salud y el centro educativo.
9. Ampliar conocimientos en educación para la salud de MIR/EIR y estudiantes que se forman en nuestro centro de salud.

Los objetivos 1-8 están dirigidos a alumnos de educación secundaria en edades comprendidas entre los 12 y los 14 años.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente
2. Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Redacción de encuestas de evaluación de conocimentos adquiridos
7. Estudio de los resultados de las encuentas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistencia:Nº de asistentes/ Nº de asistentes previstos
3. Porcentaje de aciertos: Nº de aciertos/ Nº total de preguntas

Proyecto: 2018_0158 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Agosto: Creación del grupo de trabajo y planteamiento del proyecto
Septiembre: Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
Octubre: Determinación de población diana. Establecimiento de objetivos docentes
Noviembre y Diciembre: Elaboración del Taller. Redacción de encuestas de evaluación de conocimentos adquiridos
Enero: Taller para alumnos
Febrero y marzo: Estudio de los resultados de las encuentas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones
Mayo: Planteamiento de posibles líneas de mejora: Escuela de espalda

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Actividades Comunitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0706 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL IES BLECUA-CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ: ESCUELA DE ESPALDA COMO LINEA DE MEJORA DEL PROYECTO 2018_0158

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA MARCO IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABAT PONSA RAQUEL ESTHER. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MARCOS MAYOR LAURA. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· SANZ MARTINEZ LAURA. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· BABIANO CASTELLANO BELEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO SANZ ESPERANZA. FISIOTERAPEUTA. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Por segundo año consecutivo en nuestro centro de salud se han organizado talleres teórico-prácticos sobre estilos y hábitos de vida saludables dirigidos a alumnos entre 12 y 14 años de uno de los centros educativos de nuestra zona. Se han tratado temas como la higiene bucodental, la alimentación,a la educación sexual, el consumo de tóxicos, la actividad física, los primeros auxilios, la higiene del sueño, el uso adecuado del sistema sanitario y, como novedad este año, una escuela de espalda. Como línea de mejora del proyecto 2018_0158 se ha desarrollado en Mayo de 2018 un nuevo taller dirigido a este mismo grupo de población, que constaba de una primera parte de repaso de conceptos teóricos y una segunda parte de explicación y realización de ejercicios de estiramiento y corrección de posturas, supervisada por la Fisioterapeuta de nuestro Centro de Salud. Nuestro objetivo era incidir en la importancia de una adecuada higiene postural para reducir los posibles problemas de espalda en el futuro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1 Afianzar conocimientos básicos sobre la anatomía de la espalda.
2.Concienciar sobre la importancia de implementar una adecuada higiene postural en su rutina de vida diaria.
3.Fomentar la realización de actividad física y ejercicios de estiramiento en los adolescentes.
4.Uso adecuado de recursos sanitarios.
5.Conocimiento de las instalaciones y medios disponibles en el Centro de Salud.
6.Ampliar los conocimientos teórico-prácticos del personal en formación de nuestro Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente.
2.Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros.
3.Determinar población diana.
4.Establecer objetivos docentes.
5.Eleboración del contenido de los talleres.
6.Redacción de encuestas de evaluación de conocimientos adquiridos.
7.Estudio de los resultados de encuestas de evaluación para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2.Porcentaje de asistencia: Nº asistentes/ Nº asistentes previstos
3.Porcentaje de aciertos en primera evaluación (Mayo 2018): Nº aciertos / Nº total de preguntas planteadas
4.Porcentaje de aciertos en segunda evaluación (Septiembre 2018): Nº aciertos/ Nº preguntas planteadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Agosto 2017: Creación del grupo de trabajo y planteamiento del proyecto
Septiembre 2017: Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros Centros
Octubre 2017: Determinación de población diana. Establecimiento de objetivos docentes.
Noviembre-Diciembre 2017 y Abril-Mayo 2018: Elaboración de los talleres. Redacción de encuestas de evaluación de los conocimientos adquiridos.
Enero y Mayo 2018: impartición de talleres para población diana.
Febrero-Marzo, Junio y Septiembre 2018: estudio de resultados de las encuestas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones.
Octubre-Noviembre 2018: planteamiento de posibles líneas de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación sanitaria y Prevención.

Proyecto: 2018_0706 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL IES BLECUA-CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ: ESCUELA DE ESPALDA COMO LINEA DE MEJORA DEL PROYECTO 2018_0158

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0709 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

2. RESPONSABLE ..... CATERINA GRAMUGLIA NUÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO IBAÑEZ ALMUDENA. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· LABAT PONSA RAQUEL ESTHER. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· SANZ MARTINEZ LAURA. ENFERMERO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MARCOS MAYOR LAURA. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· BABIANO CASTELLANO BELEN. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde el Consejo de Salud de nuestro barrio se solicito la posibilidad de impartir talleres teórico-prácticos sobre primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar básica y uso de desfibrilador externo automático (DEA).
El objetivo es proporcionar conocimientos y habilidades básicas necesarias para una primera asistencia ante una potencial emergencia, puesto que el inicio precoz de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) mejora el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Proporcionar conocimientos anatómicos básicos.
2. Instruir en el reconocimiento de la gravedad de la situación clínica y la necesidad de actuación urgente.
3. Proporcionar un protocolo adecuado de actuación y adaptarlo a los recursos disponibles.
4. Entrenamiento técnico en maniobras de RCP básica y uso de DEA.
5. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre técnicas de actuación inadecuadas.
6. Resaltar la importancia del trabajo en equipo para mejorar el pronóstico de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente.
2. Revisión de bibliografía y actvidades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Conseguir los recursos materiales necesarios para el desarrollo del taller.
7. Estudio del resultado de encuentas de satisfacción

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistentes: Nº asistentes/ Nº de asistentes previstos
3. Porcentaje de técnica adecuada: Porcentaje de participantes que realizan masaje cardiaco correcto (a juicio del evaluador)/ Total de participantes
4. Porcentaje de secuencia correcta: Nº de asistentes capaces de realizar una secuencia correcta de comprobación tras detectar que el paciente está insconsciente a la finalización del curso/ Total de asistentes
5. Porcentaje de desobstrucción adecuada de vía aérea: Nº de asistentes que resuelven correctamente una situación de desobstrucción de vía aérea al finalizar el curso / Total de asistentes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Julio 2018: Creación del equipo de trabajo y planteamiento del proyecto.
Agosto 2018: Revisión de la bibliografía, determinación de la población diana y objetivos.
Septiembre 2018: Elaboración e impartición del taller.
Octubre 2018: Estudio de los resultados para valorar posibles líneas de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACTIVIDAD COMUNITARIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0818 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA). CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ . SECTOR II. ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... VICENTE VILLAR SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCOS MAYOR LAURA. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· LABAT PONSA RAQUEL ESTHER. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· DA SILVA PEREIRA JOAO. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· SIMON SERRANO MIGUEL. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· MURILLO MARTIN ALBERTO. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA
· SANGROS GONZALEZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS TORRERO LA PAZ. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
os antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP TORRERO ESTE se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 17,9 %
Objetivo 2018: =18 %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0818 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA). CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ . SECTOR II. ZARAGOZA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1120 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERCONSULTA VIRTUAL (I.C.V.) Y ORGANIZACION DE LA DEMANDA EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR CALVO ESTOPIÑAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO SANJUAN JUAN CARLOS. MEDICO/A. USM FUENTES NORTE. PSIQUIATRIA
· PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· GARCIA CAMPAYO JAVIER. MEDICO/A. USM TORRERO LA PAZ. PSIQUIATRIA
· ALDA DIEZ MARTA. MEDICO/A. USM FUENTES NORTE. PSIQUIATRIA
· GARCIA RAPUN MARINA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SERRA CASAUS MIQUEL. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· MOTA RIVAS MARTA. PIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En las USM percibimos una alta variabilidad en los criterios de derivación a consulta desde atención primaria y, en ocasiones, no se prioriza en base a criterios clínicos, las patologías que debieran verse de forma preferente/normal. Observamos también un incremento en la derivación de pacientes con patologías menores que sólo requieren una orientación farmacológica o de recursos, o bien re-derivaciones de pacientes ya dados de alta y que presentan una reagudización de patología menor, muchos de estos pacientes serían subsidiarios de ICV con el especialista sin necesidad de cambiar de nivel asistencial, agilizando así las listas de espera.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
. Sentar las bases de ordenación y priorización de la demanda asistencial en las USM Sector II que atienden a adultos derivados desde los Centros de Salud para realizar una gestión más eficiente y homogeneizada.
. Mejorar la adecuación de criterios de derivación.
. Mejorar la capacidad resolutiva del MAP, facilitar la comunicación interniveles, innovar las modalidades asistenciales, facilitar el manejo de las herramientas informáticas y registro de la información.
. Reducir tiempos de lista de espera, evitando derivaciones presenciales y consultas innecesarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se establecen los siguientes criterios de petición de ICV:
. Pacientes con patología leve ansioso depresiva o adaptativa y el MAP necesita orientación farmacológica o de recursos.
. Pacientes ya dados de alta de la USM y que presentan reagudización de patología menor.
. Pacientes atendidos actualmente en la USM (TMG/TMC) y que acuden a Atención Primaria refiriendo empeoramiento. A través de ICV se pone en conocimiento de la USM la situación del paciente y el profesional de referencia tomará la decisión que considere oportuna.
. Informar sobre recursos específicos para pacientes con adicciones.
La ICV no equivale a una derivación a la USM. Si el MAP/ psiquiatra creen que el paciente requiere de seguimiento en la USM será necesario solicitar derivación presencial, normal/preferente, siguiendo el procedimiento habitual. La ICV tampoco está pensada para atender las urgencias.
Situaciones clínicas no tributarias de ICV:
Se aconseja derivación ordinaria a USM (y no ICV) en los siguientes casos:
. Cualquier paciente no conocido en la USM y con diagnóstico de: Esquizofrenia y tr. psicóticos relacionados, Tr. Bipolar, Tr. Depresivo grave o con complicaciones, TOC, Tr. de Ansiedad Grave o con complicaciones, Tr. Grave de Personalidad, Otras situaciones clínicas: riesgo de suicidio.
. Cualquier paciente no conocido en la USM que requiera una valoración urgente, se remitirá a los servicios de urgencias.

Requerimientos a AP para el volante electrónico y para la ICV:
La petición debe incluir información suficiente sobre el caso y la cuestión concreta a resolver: antecedentes médico/ psiquiátricos relevantes, consulta específica, problema psicológico/psiquiátrico actual y tratamientos empleados (fármacos, dosis y tiempo), en el caso del volante electrónico el MAP clasificará la prioridad en normal/preferente.
Profesionales, herramientas y metodología empleada:
El enfermero revisará diariamente todos los volantes de derivaciones presenciales dándoles fecha de entrada y se realizarán reuniones semanales de una hora entre todos los profesionales de la USM para valorarlos y reasignar (si se considera oportuno en base a criterios clínicos) el nivel de prioridad en normal y preferente.

Proyecto: 2018_1120 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTERCONSULTA VIRTUAL (I.C.V.) Y ORGANIZACION DE LA DEMANDA EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DEL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

Se bloqueará la agenda del psiquiatra encargado de la ICV los martes de 13:00h a 15:00h. Si el número de I.C.V. creciera se aumentaría el tiempo dedicado a esta gestión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
. % USM sector II donde se implanta el programa. Estándar=100%
. % facultativos especialistas del sector II formados en ICV. Estándar= 100%
. % centros de atención primaria del sector II donde se presenta el programa. Estándar= 100%
. Nº de ICV valoradas/ respondidas. Estándar=100%
. Tiempo medio de respuesta de las ICV. Estándar < 7 días

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
. Presentación del programa a las USM sector II: 1 sesión formativa de 2h. Junio 2018. Responsables: Carlos Marco, Pilar Calvo
. Formación en manejo de herramientas informáticas de los profesionales de las USM sector II: 1 sesión formativa de 2 h. Septiembre 2018. Responsables: SSMM/ Sº Informática
. Presentación del programa en los Centros de AP sector II: 1 sesión de 2h en cada centro. Agosto, septiembre y octubre 2018. Responsables: Carlos Marco, Pilar Calvo
. Tiempo liberado en agendas de las USM e inicio del programa Noviembre 2018
. Duración: CG 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0718 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS DE VALDESPARTERA

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· INGLES BELBEZE MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· GRIMAL ALIACAR CARLOS. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· ALBO RITUERTO PILAR. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· HUERTAS BADOS AUREA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· BOIX JULIA TERESA. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· JAEN BAYARTE ESTEBAN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDESPARTERA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Fomentar la detección y registro del hábito tabáquico e intervención activa sobre el mismo. Creación de una consulta monográfica.
Diagnóstico de EPOC mediante espirometría realizada en el centro de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar los indicadores de intervención en tabaquismo del 2017 (60,13 %)
Mejorar indicadores de diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en 2017 (5.77 %)
Realizar espirometría a todos los usuarios que cumplan los criterios expuestos en la población diana.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación a los miembros del EAP en EPOC mediante charla sobre la enfermedad y registro en OMI.
Formación a enfermería sobre la técnica de la espirometría.
Formación en tabaquismo para los miembros del EAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Estratificación del riesgo de los pacientes con EPOC según la guía GesEPOC 2017.
Determinación del Fenotipo.
Cuestionario CAT que mide el impacto que la EPOC tiene en la vida y bienestar del paciente.
Registro de agudizaciones en el último año o ingreso hospitalario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio: Sesión formativa en EPOC
Septiembre. Taller de espirometría.
Registro en historia clínica de síntomas de pacientes con EPOC ya diagnosticados en OMI.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0739 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL GRIMA BARBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRIMAL ALIACAR CARLOS. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· INGLES BELZEBE MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· CALONGE VERGARA ISABEL. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· CEMELI CANO MERCEDES. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· LALIENA AZNAR SARA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ PEREZ EVA MARIA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes del resto, puesto que no solo tienen efecto sobre el individuo que lo recibe sino que tienen una trascendencia ecológica, puesto que de una u otra manera, su presencia en el ambiente o entorno será inevitalbe. Sus efectos ecológicos pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos se ha agravado la aparición de resistencias complicando el tratamiento de las infecciones.
En el análisis de los indicadores básicos en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN, consideramos una oportunidad de mejora en el EAP de Valdespartera trabajar en la optimización del uso de antibióticos de espectro reducido, así como de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos sonun recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido, de amoxicilina y de amoxicilina-clavulánico según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica, invirtiendo la tendencia descendente en los últimos tres años en la prescripción de antibióticos de espectro reducido respecto al total de los antibióticos y de amoxicilina respecto a amoxicilina-clavulánico.
1, Designar una persona clave o rerferente PROA en el EAP: José Miguel Grima Barbero.
2- Asistencia del referente del PROA de cada equipo de AP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripcion formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales del PROA-AP de IRASPROA.
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infercciones y el tratamiento antibiótico.
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Designar una personal clave o referente PROa en el EAP
2 Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica
3. Suscripición formal por parte del personal médico y de enfermía del EAP de los principios general de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4.Relizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia de una persona clave PROA en el EAP: objetivo: SI
Suscripción de los principios generales PRIOA por parte de losprofesonales del EAP: Objetivo : firma por parte de >80% de los profesionales del centro del documento.
Sesiones PROA-AP Realización de 2 relacionadas con el uso de antibióticos.+
Objetivo: Asistencia media > de 50%.
Mejorar el consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto del total.
Mejorar el porcentaje del consumo de amoxicilina respecto amoxicilina-clavulánico.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados: Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): DDD ATB espectro reducio * / DDD antibióticos (JO1) x 100
Valor 2017: 40,7%
Objetivo 2018: >42%
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Marzo-Abril: designación de la persona referente del PROA en el EAP.
- Abril: asistendia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica.
- Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA.
- Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico.

Proyecto: 2018_0739 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

- Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA .

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0363 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

2. RESPONSABLE ..... SARA BELTRAN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIDAL VILLANUEVA SUSANA. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· JUSTES LOPEZ ESTHER. ENFERMERO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· CALVO AZNAR MARIA JESUS. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· INGLES BELBEZE MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS VALDESPARTERA. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ PEREZ EVA MARIA. PEDIATRA. CS VALDESPARTERA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ GONZALEZ MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDESPARTERA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Todas las definiciones de educación sanitaria (ES) contienen un elemento básico: la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los receptores de la educación. La escuela es uno de los ámbitos mas apropiados para la ES.
Desde hace tiempo se ha venido planteando un abanico de iniciativas en el marco escolar, que cubre diversos ámbitos desde: los cuidados personales, relaciones, educación nutricional, prevención y educación vial, drogas, educación sexual, etc. Nosotros queremos colaborar con una de las Escuelas Saludables/promotoras del barrio en las actividades enmarcadas como Comunitarias.
Los niños de 10-11 años acuden al Centro de Salud acompañados por sus familiares, solo por actividades asistenciales y de promoción de salud en el programa del niño sano y solo mantienen una relación asistencial con pediatras y enfermería.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
• Que los estudiantes de 4º de primaria conozcan el Centro de Salud, los profesionales que en él trabajan y las funciones que desempeñan.
Objetivos específicos:
• Dar a conocer el Centro de Salud a la Comunidad.
• Identificación de los profesionales que trabajan en el Centro de Salud.
• Conocimiento práctico de las diferentes funciones que los profesionales desarrollan en el Centro de Salud.
• Fomentar el buen comportamiento en el Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Población diana:
• Niños de 4º de Primaria del Colegio San Jorge de Zaragoza.
• Profesores/tutores de los niños del Colegio San Jorge de Zaragoza
La captación se realizó desde el Equipo de Pediatría del Centro de Salud, a través de correo electrónico con el Colegio San Jorge y ellos fueron los que propusieron la actividad y el grupo de edad con el que trabajar.

Actividades:
• Vídeo presentación del Centro de Salud Valdespartera-Montecanal.
• Visita guiada por el Centro realizada por profesionales de Medicina y Enfermería.
• Taller de cura de heridas y vendajes con profesionales de Enfermería
• Taller "role playing" sobre las funciones del Médico.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Satisfacción de los alumnos y profesorado en la primera toma de contacto con el centro de salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dos grupos de 20-25 alumnos acompañados por el profesorado, y visita de 1-2h por grupo al centro. Inicialmente se expone un video de presentación, a continuación damos a conocer las diferentes salas del centro y por ultimo la realización de talleres prácticos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0363 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0949 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL BURILLO MATEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ISLA COBETA JORGE. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· DUEÑAS GIL EVA. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN. MEDICO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· ARRABAL MARTINEZ YOLANDA. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA
· NUÑEZ ALONSO ESTHER. ENFERMERO/A. CS VENECIA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria:
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP VENECIA se considera oportunidad de mejora trabajar revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación ya que se sitúa en niveles superiores a la media de Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
Revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,3%
Objetivo 2018: =2%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

Proyecto: 2018_0949 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0076 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... ANGEL AZNAR CARBONELL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAIN MIRANDA MARIA ELENA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO SANCHEZ MARTA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo. A nivel de Sector la evolución de estos indicadores, nos dejan por debajo de la media del SALUD. 11 centros de 21 siguen estando en 2017 por debajo del 50% de intervención.

2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC. La razón prevalencia del Sector II es de las más bajas de la CCAA.

3. Estimular la realización de espirometrías y homogeneizar sus circuitos. Conseguir la autonomía plena de todos los centros de salud para la consecución de esta prueba.

4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de iniciativas tales como las CM.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Difusión a los equipos por parte de la DAP del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.

- Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.

- Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.

- Propaganda activa en los centros con consultas monográficas sobre cuidados de EPOC y/o deshabituación tabáquica, de cara a los pacientes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de EAP en los que se ha realizado difusión activa del Proyecto por parte DAP. Objetivo 100%.
- Intervención sobre tabaquismo. SERV 319. Objetivo: Superar el 60% como Sector. (Actualmente el 45,2%). Como mínimo que todos los equipos superen el 50%.
- Detección consumo de tabaco. SERV 319 C. Objetivo: 50%. (Actualmente el 38,9%).
- EPOC síntomas. 11,59% registrado en 2017. Objetivo: 20%.
- EPOC vías aéreas. 6,95% registrado en 2017. Objetivo: 10%.
- Razón Prevalencia EPOC. SERV 307. Objetivo: Superior a 3. (Actualmente 2,31).
- Porcentaje de EAP con espirómetro y circuito establecido. Objetivo 100%.
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
- Aumentar implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: 5 (Actualmente 3).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 22 febrero-3 Marzo 2018: Difusión activa por DAP Proyecto.
- 1 abril 2018/15 mayo 2018: Actividades formativas
- Junio/Noviembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0076 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0084 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

2. RESPONSABLE ..... FLOR PASCUAL GUTIERREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ RUBIO CONCEPCION. FISIOTERAPEUTA. CS ROMAREDA (SEMINARIO). FISIOTERAPIA
· ARAGÜES BRAVO CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACIÓN

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El actual circuito de derivación entre AP Y FISIOTERAPIA, y por extensión entre AP y RHB, debe ser mejorado, partiendo de una revisión de los protocolos asistenciales establecidos para patología osteomuscular, para de esta manera aumentar la eficacia de los circuitos de derivación, evitar duplicidades de derivación, fomentar la uniformidad de las pautas de tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Reordenar la atención de la patología osteomuscular en nuestro Sector.

2. Optimizar el uso de los recursos disponibles.

3. Mejorar la eficacia y la eficiencia asistencial en este proceso clínico, a través de la coordinación entre AP Y AE.

4. Clarificar las características de los subprocesos que se han de asumir en cada nivel asistencial.

5. Establecer a continuación los criterios de derivación.

6. Potenciar las Unidades de Fisioterapia en AP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Consenso sobre subprocesos de baja complejidad terapéutica para ser asumidos en Fisioterapia de AP.
- Revisión previa de actuales protocolos.
- Valorar actividades de difusión en los EAP para su adecuado cumplimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar entre AP y AE. Objetivo: Sí.

- Determinación de una cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica atendida en Unidades de Fisioterapia de AP. Objetivo: Sí.

- Difusión de los Protocolos de derivación a Fisioterapia y RHB desde MFyC. Objetivo: Sí.

- Impacto del Proyecto sobre el número de derivaciones desde AP a RHB/UME. Objetivo: Disminución.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Creación Grupo Trabajo : Marzo 2018

- Revisión y actualización Protocolos actuales: Abril 2018

- Determinación Subprocesos baja complejidad terapéutica: Mayo 2018

- Consenso e implantación definitiva circuitos derivación MF/Fisio/RHB. Junio 2018

- Difusión EAP. Segundo semestre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0084 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0793 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA LAIN MIRANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABRIL ZAERA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. ADMISION Y DOCUMENTACION
· PASCUAL GUTIERREZ FLOR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO SANCHEZ MARTA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. SUBDIRECCION MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Formación Continuada es una importante herramienta de actualización y desarrollo de los profesionales sanitarios, cuyo objetivo es la adquisición de los conocimientos, las destrezas y las competencias necesarias para la mejora en el ejercicio de la práctica asistencial. El aprendizaje continuo constituye una pieza clave para perfeccionar el desempeño profesional, permitiendo alcanzar mejores resultados en salud y mejorar la satisfacción de los pacientes. La Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II oferta un amplio plan de formación, lo que supone dificultades en relación a la disponibilidad de aulas y docentes y problemas para ejecutar dicho plan. A ello se añade, en algún caso, que el inicio de la ejecución del mismo no coincide con el año natural debido al retraso en la aprobación de los presupuestos lo que lleva a una acumulación de acciones formativas en poco espacio de tiempo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la difusión cada una de las acciones del Plan de Formación
Facilitar la gestión de aulas
Aumentar el grado de ejecución del Plan de Formación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un calendario para la gestión de las aulas disponibles
Cumplimentar fichas de difusión de los cursos con imágenes, de manera que sean más atractivas
Realización difusión de las actividades formativas no solo a los responsables de formación de los equipos sino también a los referentes en los equipos de la estrategia relacionada con la formación.
Realizar recordatorio a los docentes previo a la realización de las actividades formativas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de cursos difundidos con imágenes sobre el total de cursos difundidos: >90%
% de actividades formativas gestionadas por medio de calendario creado sobre el total de actividades realizadas: 100%
% de alumnos inscritos en cursos sobre el total de plazas ofertadas: >75%
% de actividades formativas que se han ejecutado sobre el total de actividades formativas incluidas en el plan: >80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración calendario gestión aulas: Marzo
Inclusión imágenes fichas difusión con imágenes: Abril- Junio
Difusión cursos a los responsables de formación y a los referentes en los EAP: Abril-Octubre
Realización recordatorio a los docentes: Abril-Noviembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0691 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MUÑOZ ESCOBAR
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABRIL ZAERA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· MORO LARA FRANCISCO JAVIER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· TORRES MARTIN MARIA LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las campañas de tipo cultural para la reducción del consumo de papel en la administración pública, ofrecen importantes oportunidades en la generación de buenos hábitos en el uso del papel en organizaciones privadas y públicas, lo cual promueve la eficiencia y productividad, reduciendo costos, tiempo y espacios de almacenamiento.

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, supone un impulso definitivo a la implantación de la administración electrónica, incorpora y ordena los avances producidos en los últimos tiempos y apuesta por “una administración pública íntegramente electrónica, con cero papel e interconectada” tanto en sus relaciones con los ciudadanos como entre las distintas administraciones entre sí, mejorando la agilidad de los procedimientos administrativos y reduciendo los tiempos de tramitación.

La resolución de 24 de noviembre de 2014, del Director General de Planificación y Aseguramiento, por la que se aprueban las INSTRUCCIONES, sobre gestión de los desplazamientos no urgentes de pacientes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, aprueba las instrucciones sobre gestión de los desplazamientos no urgentes de pacientes, siendo objeto de las mismas establecer el marco organizativo del transporte sanitario no urgente, definiendo el procedimiento, indicaciones para la cumplimentación de los anexos, de la petición informatizada y el circuito de la solicitud.

El Servicio de Clientes de Atención Primaria gestiona las solicitudes de transporte sanitario no programado y no urgente siguiendo el siguiente itinerario: el facultativo solicita, imprime y firma el modelo habilitado en OMI-AP, el personal del servicio de admisión la envía por correo interno (con más de 48 h de antelación al servicio) o por fax al Sº de Clientes, quien la informatiza en la plataforma vía web que compartimos con el Sº de ambulancias y la archiva por fechas. Si la solicitud está incompleta, se devuelve al centro por fax para que se subsane y vuelven a enviarla, con lo que el papel que se genera es doble.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La supresión total del uso del papel para esta gestión.
Adaptación paulatina y progresiva a la ley 39/2015 de “Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas”
La concienciación de los trabajadores del servicio para llegar al cero papel no sólo en esta gestión sino ampliarlo de manera paulatina a otras áreas de trabajo del servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para implementar el uso de papel cero en el servicio, se establece el nuevo circuito de tramitación:
• Se habilitan las máquinas multifunción de todos los centros de salud para que puedan escanear documentos y de manera automatizada envíen por correo electrónico en formato “pdf”.
• Se codifican numéricamente los correos electrónicos necesarios para el proceso.
• Desde el servicio de admisión se enviará la solicitud escaneada
• En el Sº de Clientes mecaniza los datos de la solicitud en el programa informático habilitado
• El fichero en formato “pdf” se guarda en la red interna corporativa de la dirección de atención primaria identificándola con la fecha del servicio-nº identificativo del programa.
• Las solicitudes incompletas, se reenvían por correo electrónico al centro correspondiente y se registran en Excel con la fecha del servicio, el centro, la identificación del usuario, para controlar la subsanación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Número de máquinas multifunción habilitadas para escanear y enviar documentos por correo electrónico. > 15
• Nº solicitudes tramitadas por mail / Nº total de solicitudes * 100 = >90 %
• Elaboración de un manual de uso de la máquina multifunción Si/No

La fuente de los datos es el propio correo (ambulancias cumplimentadas) y el archivo electrónico

Proyecto: 2018_0691 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración
Un año: envío de correo a los responsables de admisión de los centro para indicarles el nuevo procedimiento. Puesta en marcha de la impresora multifunción codificada. Posibles mejoras intermedias y evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. No patología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0738 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA MILAGROS DE RODRIGO GARCIA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· MORO LARA FRANCISCO JAVIER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES
· TORRES MARTIN MARIA LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 2. CLIENTES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Ley 6/2002 de 15 de abril, de Salud de Aragón reconoce el derecho de los destinatarios de los servicios de salud a presentar quejas y sugerencias y a utilizar las vías de reclamación en los plazos previstos.
Quejas: Son los escritos formulados por cualquier usuario, aunque sea diferente del directamente afectado, en los que se ponga de manifiesto su disconformidad por las actuaciones en el ámbito de los servicios sanitarios o por su insatisfacción con la atención recibida: demoras, desatenciones, u otras anomalías en el funcionamiento de los servicios prestados por la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón en el ámbito sanitario.
La percepción que tienen los ciudadanos como usuarios de los servicios de salud y su opinión sobre los mismos, nos puede ayudar a mejorar nuestros servicios y a orientar nuestras actuaciones, de modo que se puedan mejorar las expectativas de los usuarios.
En este sentido la Ley 5/2013 de 20 de junio de calidad de los Servicio Públicos de la Administración de la Comunidad de Aragón recoge los principios de funcionamiento de las instituciones públicas como son: eficacia, eficiencia en la asignación y en la utilización de los recursos públicos, planificación, gestión por objetivos y control de los resultados, acercamiento de la Administración pública a los ciudadanos y transparencia y publicidad de la actuación administrativa que están directamente vinculados el concepto de calidad y mejora continua de la Administración Pública.
En este contexto, las quejas, se configuran como un mecanismo de gran utilidad para favorecer la participación y conocer la percepción que tienen los usuarios de los servicios sanitarios, facilitando la adopción de medidas que promuevan la mejora continua de los mismos.
Se establece que el responsable de la unidad u organismo competente sobre cuyo funcionamiento se haya formulado la sugerencia o queja dará contestación a la misma en el plazo de un mes.
Creemos que las quejas pueden entenderse como una expresión formal de un conflicto entre el sistema sanitario y los usuarios, que de alguna manera ven frustradas las expectativas que en el tenían depositadas.

Pueden ser utilizadas para tratar de identificar los aquellos problemas que tienen importancia para los usuarios y establecer las medidas de corrección que consideren oportunas por parte de los responsables de la gestión sanitaria.

También constituyen un mecanismo permanente y eficaz para detectar y corregir los problemas que en ellas se plantean.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
.
Conseguir que todas las reclamaciones presentadas por los usuarios sean contestadas en tiempo y forma. Mejorar los plazos de resolución de las reclamaciones por parte de los Coordinadores E.A.P. de los Centros de Salud o del Equipo de Dirección de Atención Primaria, según corresponda.

Objetivos secundarios:

Disponer de una visión de conjunto de los motivos por los que reclaman los usuarios y de los profesionales objeto de los quejas para poder extraer conclusiones y procurar mejoras.
Facilitar un tiempo de reflexión, tanto para los Coordinadores como para la Dirección de Atención Primaria que permita conocer los conflictos expresados por los usuarios y dar una respuesta a sus necesidades y expectativas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Envío mensual al equipo directivo de Atención Primaria y a cada Centro de Salud, un informe de las quejas que ha sido tramitadas a través del Área de Clientes, reflejando el tiempo de respuesta al usuario (si es < ó > de un mes), las que están pendientes de responder o faltan informes y si la respuesta ha sido modificada o no por la Dirección.

- Envío trimestral de un informe al equipo directivo de Atención Primaria y a cada Centro de Salud, con

Proyecto: 2018_0738 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

información clasificada por motivos, profesionales, fechas y estamento que son aludidos en las quejas de los usuarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1) % Quejas con respuesta por escrito

Nº reclamaciones contestadas
----------x 100
Total de centros de salud del sector II de Zaragoza

Objetivo 95%
2) % Quejas con respuesta por escrito en tiempo (menos de un mes)
Nº reclamaciones contestadas > 30 días
----------x 100
Total de centros de salud del sector II de Zaragoza
Objetivo 75%

3) % Quejas con propuesta de respuesta del coordinador del EAP aceptada

Nº respuestas aceptadas
----------x 100
Total de reclamaciones

Objetivo 60%

4) Numero de informes trimestrales enviados a los Coordinadores E.A.P. y D.A.P.:
Objetivo: >4

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año, evaluación semestral y final al año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1034 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... BELEN PINA GADEA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABARTA MANCHO CARMEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 2. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· LAIN MIRANDA MARIA ELENA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).

El Servicio de Farmacia de AP siempre ha manifestado su compromiso con la optimización del uso de antibióticos, participando activamente en la Comisión de Infecciones del Sector, y en estos momentos, además como miembro del grupo autonómico IRASPROA-AP, e impulsando activamente el grupo PROA-AP del sector Zaragoza II.

El sector Zaragoza II, es el sector con la tasa de consumo de antibióticos por receta menor de Aragón, pero desde el Servicio de Farmacia de AP debemos trabajar en la difusión e implementación de todas aquellas estrategias, documentos e iniciativas que se están desarrollando en el grupo PROA-AP Sector II y en el IRAS_PROA-AP y que inciden en la optimización del uso de antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Sensibilizar a los profesionales del sector del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Impulsar la implicación de los EAP mediante la realización de proyectos asistenciales PROA.
- Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza II.
- Participar en acciones de actualización del conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Participación en la jornada de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA.
2. Participación en el grupo PROA-AP autonómico
3. Participación en comisión de infecciones
4. Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza II:
a. Actualización de la guía terapéutica autonómica y posterior difusión entre los profesionales
b. Elaboración y difusión de recomendaciones de toma de muestras en AP
c. Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
d. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA
5. Análisis y seguimiento de indicadores de consumo de antibióticos:
a. Realizar el informe de uso de antibióticos del sector.
b. Realizar el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos a nivel de de EAP, estudiando su evolución en los años 2015-2017 y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN, e identificando las posibles áreas de mejora individualizadas de cada EAP.
c. Realizar informes de seguimiento del uso de antibióticos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Elaboración y presentación de ponencia en la jornada autonómica de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA. Objetivo: Sí
• Número de reuniones grupo PROA-AP autonómico: Objetivo: Asistencia al 75%
• Número de reuniones grupo PROA-AP del sector: Objetivo: Convocatoria 4 reuniones/año
• Número de reuniones con los responsables de antibióticos de los EAP. Objetivo: 2 reuniones/año
• Informe de uso de antibióticos del sector. Objetivo: Sí
• Porcentaje de EAP del Sector que incluyen Proyecto Asistencial PROA en su Acuerdo de Gestión Clínica. Objetivo =50%
• Elaboración de informes de seguimiento. Objetivo: SI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Marzo-Abril: jornada autonómica de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA.

Proyecto: 2018_1034 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

- Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP autonómico
- Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP del sector
- Abril-Mayo: identificación áreas de mejora individualizadas de cada EAP en el uso de antibióticos
- Mayo: informe de uso de antibióticos del sector
- Mayo-Diciembre: informes de seguimiento del uso de antibióticos a nivel de EAP y de sector.
-Mayo-Diciembre: convocatoria y formación de los responsables de uso de antibióticos de los EAP
-Enero-Diciembre: elaboración y difusión recomendaciones de toma de muestras en AP
-Mayo-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1326 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LABARTA MANCHO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PINA GADEA BELEN. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 2. FARMACIA ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Uno de los aspectos clínicos con mayor repercusión para el manejo de los pacientes crónicos complejos es la valoración del tratamiento farmacológico. Recientemente se ha incorporado en el Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo (PCC) de Aragón la participación del farmacéutico de atención primaria (FAP) en el equipo multidisciplinar de atención primaria como apoyo para la realización de actividades de conciliación y revisión clínica de la medicación.
Esta colaboración del FAP supone una nueva actividad clínica y asistencial orientada a la optimización del tratamiento en PCC a través del apoyo a las decisiones clínicas concretas y al manejo individualizado de la terapia por parte de los pacientes, en consonancia con la cartera de servicios recientemente publicada por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP).
En Aragón, desde el año 2012 se viene impulsando por parte de los servicios de farmacia de AP el “Programa para la mejora de la seguridad de la farmacoterapia en pacientes ancianos y polimedicados” para sistematizar la revisión clínica de la medicación en el paciente anciano (>75 años) polimedicado (>5 fármacos). El nº de fármacos prescritos es el predictor más importante de iatrogenia y está relacionado con un aumento de reacciones adversas y una disminución de la adherencia. Dado que un alto porcentaje de los PCC son pacientes ancianos (88% de los PCC-p99 son >65 años) o está expuesto a polimedicación (60% de los PCC-p99 son >75 años y polimedicados) se estima que la aplicación de estos criterios y recomendaciones puede ser de utilidad en la valoración del tratamiento farmacológico de los PCC.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Iniciar la implantación de un nuevo servicio de actividad clínica y asistencial por parte del farmacéutico de AP, consistente en la revisión farmacoterapéutica centrada en la persona para:
- identificar, resolver y prevenir problemas relacionados con los medicamentos (PRM)
- mejorar la adherencia a los tratamientos
- promover la utilización de medicamentos con mejor relación beneficio-riesgo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Presentación de la actividad de revisión farmacoterapéutica por el FAP a los Equipos de Atención Primaria (EAP) participantes en el proyecto: Almozara, San Pablo, Fuentes Norte y Rebolería
- Realizar una revisión del tratamiento farmacológico de los pacientes priorizados, valorando aspectos de indicación, efectividad, seguridad y adherencia. Se priorizarán:
- ancianos polimedicados (>75 años) estratificados como PCC según GMA (p>99) y en tratamiento con 15 o más fármacos
- a solicitud del médico de familia responsable del paciente
- Elaboración de un sistema de registro de actividad del FAP especificando:
- características demográficas y clínicas de los pacientes
- tipos y frecuencia de problemas relacionados con los medicamentos (PRM)
- grupos terapéuticos implicados en PRM
- aceptación o no de las recomendaciones
- Se enviará informe de la valoración del tratamiento al médico de AP por correo electrónico o contactará personal o telefónicamente.
- Si es necesario reforzar la adherencia o conocimientos del paciente sobre su tratamiento se enviará también informe a enfermería de AP.
- El resultado de la valoración del tratamiento y recomendaciones aceptadas serán reflejadas en la historia clínica y en el plan de intervención por el médico o enfermera.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Sistema de registro de actividad del FAP elaborado. Objetivo: SI
- Elaboración de informe descriptivo de características de los pacientes, tipos de PRM detectados, y principales grupos terapéuticos implicados. Objetivo: SI
- Tiempo estimado para la revisión de un paciente
- Nº PRM identificados por paciente
- Nº fármacos por paciente antes y después de la intervención
- % Recomendaciones aceptadas
- % profesionales participantes (medicina y enfermería) que valoran positivamente el programa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Mayo-Septiembre: Presentación de la actividad de revisión farmacoterapéutica por el FAP en los EAP participantes.

Proyecto: 2018_1326 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

- Mayo-Junio: Definición del sistema de registro de actividad del FAP
- Junio-Diciembre: Realización de informes de valoración farmacoterapéutica
- Diciembre: elaboración del informe descriptivo de la actividad

9. OBSERVACIONES.
Según la estratificación GMA 2017, realizada por la DGAS, en el sector Zaragoza II hay 2.355 pacientes en el percentil p99. Actualmente en el sector Zaragoza II hay una plantilla de 2 FAP. Dada la imposibilidad de extender la revisión farmacoterapéutica a todos los pacientes se han seleccionado 4 EAP con mayor implicación en el programa de PCC: Almozara, San Pablo, Fuentes Norte y Rebolería. Además, se consideran como criterios de priorización: GMA >p99, edad (>75 años) y polimedicación elevada (>15 fármacos). En los EAP seleccionados cumplen los criterios de inclusión 19, 14, 24 y 14 pacientes, respectivamente, 71 pacientes

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0581 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUE HAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE

2. RESPONSABLE ..... JESUS NOSTI ESCANILLA
· Profesión ..... INFORMATICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONCADA PEREZ ANA. INFORMATICO/A. DAP ZARAGOZA 2. INFORMATICA
· SANCHEZ SORIA OSCAR. INFORMATICO/A. DAP ZARAGOZA 2. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente los Servicios Técnicos de soporte a la microinformática contratados centralmente por el SALUD (SSTT), están declarando como irreparables impresoras modelo HP LaserJet P2015, debido principalmente al fallo de la placa formatter (la interfaz de comunicación entre la impresora y el PC; un circuito electrónico que se encarga de gestionar y de interpretar la información enviada desde el ordenador a la impresora). Debido a la antigüedad de este modelo ya no es posible disponer de repuestos por parte del fabricante, por lo que los SSTT ya no pueden arreglarlas. Por otra parte, hemos observado que la mayor parte de las impresoras de este modelo que han sido declaradas irreparables, se encuentran en buenas condiciones por lo que respecta a su mecánica, lo que sugiere que podríamos seguir manteniéndolas en operación un cierto tiempo si resolvemos el problema de las formatter.
En AP del Sector II, este tipo de impresoras está instalado principalmente en los puestos informáticos de las consultas de las Unidades Asistenciales. Si una de estas impresoras se avería, la afección a la actividad asistencial es grave, pues no es posible imprimir los listados que se generan desde los SIM sanitarios como son las aplicaciones OMIap y Receta Electrónica. Para hacernos una idea de la magnitud del problema, en AP del Sector II tenemos actualmente 258 impresoras del modelo HP LaserJet P2015 en operación. Hasta que se articule un proyecto institucional que permita renovar la totalidad de estas impresoras, es del mayor interés establecer un procedimiento que nos permita mantenerlas en operación, reacondicionando las placas formatter que se averíen. El presente proyecto pretende desarrollar una línea de trabajo que nos permita reparar las impresoras HP modelo P2015 cuya formatter ha dejado de funcionar, para mantenerlas en uso hasta que se sustituyan por completo a través del correspondiente Proyecto de Renovación Tecnológica (PRT).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es reacondicionar, utilizando técnicas de rework (re-soldadura), el mayor número posible de placas formatter averiadas, para disponer de repuestos de este componente de las impresoras HP LaserJet P2015. Esto nos permitiría mantener en operación las consultas de Atención Primaria en las que se haya averiado una impresora de este tipo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se propone el siguiente procedimiento operativo:
- Una vez que los Servicios Técnicos contratados (CAU) hayan declarado una impresora modelo HP LaserJet P2015 como irreparable por avería en la formatter, se les solicitaría a través de un Parte de Intervención, cursado por correo electrónico, que recojan una formatter reacondicionada en Informática de AP del Sector II para sustituir la averiada.
- También se les solicitaría a los SSTT que entregaran la placa averiada en Informática de AP.
- Los informáticos de AP repararían posteriormente la formatter averiada, utilizando técnicas de rework (re-soldadura), sirviéndose de una pistola de calor para re-soldar los contactos averiados en dicha placa. Esta técnica ya se ha utilizado con éxito en varias ocasiones.
- En Informática de AP se comprobaría el buen funcionamiento de la formatter reacondicionada instalándola en una impresora de pruebas, emitiendo una serie de listados.
- La formatter reacondicionada, se empaquetaría en una bolsa de plástico anti-estática, que se guardaría en un sobre acolchado, quedando lista para su uso en una próxima avería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
IND_1=(Nº formatter reacondicionadas/Nº formatter averiadas)x100
Este porcentaje nos permitirá hacer un seguimiento de las operaciones destinadas a recuperar este tipo de placas. Consideraríamos una buena marcha del proyecto si esta cifra se mantiene en torno al 60%.
Un segundo indicador nos permitirá valorar el impacto que tiene la avería de las formatter, frente a todas las averías que experimentan este tipo de impresoras:
IND_2=(Nº total de impresoras HP LaserJet P2015 averiadas por fallo de la formatter/Nº total de impresoras HP LaserJet P2015 averiadas por cualquier motivo)x100
Ambos se calcularían con una frecuencia cuatrimestral.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este proyecto debería prolongarse hasta que se hayan renovado la totalidad de estas impresoras, o bien, hasta que los SSCC del SALUD hayan articulado un procedimiento para sustituir las impresoras averiadas.
- Fecha de inicio del proyecto: En el momento en el que se disponga de las herramientas/material necesarios para llevarlo adelante (ver recursos necesarios).

Proyecto: 2018_0581 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUE HAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE

- Fecha de finalización: Se mantendría hasta que se articule un Proyecto de Renovación Tecnológica de impresoras que permita sustituirlas por completo o al menos conforme se averíen.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0679 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

2. RESPONSABLE ..... SERGIO FERNANDO ANDREU GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... ESAD ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESAD
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE. ENFERMERO/A. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
· LAUROBA ALAGON MARIA PILAR. ENFERMERO/A. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
· LAPUERTA ALCAZAR CARMEN. ENFERMERO/A. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
· MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA. TCAE. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
· SANZ RECIO JOSE LUIS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
· MORENO MATEO ROBERTO. MEDICO/A. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD
· TORRUBIA ATIENZA MARIA PILAR. MEDICO/A. ESAD ZARAGOZA 2. ESAD

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
A diario los equipos de cuidados paliativos domiciliarios acompañamos a los pacientes en una experiencia existencial única: hacer frente al final de sus vidas.
Desde los cuidados paliativos se afirma la vida de calidad tanto en los aspectos físicos como emocionales para el paciente y su entorno.
Observamos con mucha frecuencia, que el proceso de morir, se vive con ocultación y negación tanto por los pacientes como por los familiares. Esto impide la expresión de emociones y la comunicación en el seno de las familias, generando en muchos casos un sufrimiento emocional mayor que el que pudiera producir cualquier otro síntoma físico.
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.
Los programas de educación para la salud promueven los hábitos saludables y la prevención de enfermedades y accidentes.
Entendiendo que la vida va unida inexorablemente a la muerte, pensamos que, desde un programa comunitario de educación para la salud, se puede mejorar el afrontamiento del final de la vida, favoreciendo la comunicación en torno a la muerte.
¿Por qué hablar de esto en las aulas?
Porque hablar de la muerte sigue siendo un tema Tabú. Socialmente se evita, se oculta, resulta incómodo hablar de ella y el aula puede ser un espacio donde se genere debate y reflexión de forma constructiva.
Porque la muerte y todo lo que la rodea está en los medios de comunicación, las redes sociales, los videojuegos, la música, el cine y no siempre se aborda de una forma que permita su entendimiento sin distorsiones de la realidad.
Porque hay alumnos que han perdido algún familiar o amigo, o que son cuidadores de alguien al final de vida.
Porque si se habla de la muerte de forma adecuada a la edad de los alumnos, son capaces de reflexionar y entender; están preparados para ello.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Favorecer la reflexión y el debate en las aulas en torno a la muerte y la actitud frente a ella, para entenderla como parte de la vida y poder hablar de ello con naturalidad.
Aclarar mitos sobre el final de vida y conceptos como muerte digna, cuidados paliativos, eutanasia, sedación paliativa, testamento vital y otros que los alumnos pudieran plantear de manera espontánea.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Taller de 1 hora de duración en el que, mediante la proyección de un caso, se mostrarán distintas actitudes que surgen en una familia ante una situación de final de vida.
Haciendo uso del teléfono móvil, a los alumnos se les animará a responder preguntas cuyas respuestas se proyectarán en pantalla mediante la aplicación Voxvote con el objetivo de crear debate en el aula.
- ¿Hay que contar la verdad a las personas?
- Si decides que no, ¿hasta cuándo?
- Si fueras tú, ¿te gustaría conocer la verdad sobre tu enfermedad?
- ¿Hay alguna edad a la que creéis que no se deba contar la verdad?
- ¿Consideráis que una persona debe de poder elegir su propio final?
- ¿Qué podéis hacer vosotros por alguien que está al final de su vida?

Se hará referencia durante el debate a aspectos legales en torno a la información y situación de final de vida, así como a los conceptos señalados en los objetivos.
Dada la universalidad del tema de la charla, se propone al centro que sea una actividad transversal pudiendo abordarse así el tema de final de vida desde asignaturas como la música, arte, historia, filosofía, ética, religión, biología…

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizar la actividad al menos en 2 aulas durante este año
Evaluación del grado de participación de los alumnos. Al menos el 75% de los alumnos responderán a las

Proyecto: 2018_0679 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

preguntas lanzadas a través de Vox Vote. Nº alumnos participantes x 100/ Nº total de alumnos presente>= 75
Encuesta de satisfacción. Al menos el 75% de los alumnos s encontráran satisfechos o muy satisfechos con la actividad realizada. Nº alumnos satisfechos x 100/ Nº total de alumnos presentes>= 75

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La actividad será realizada por personal de enfermería del ESAD.
Comunicación del proyecto a personal ESAD :junio 2018
Comunicación a Centro de Salud de Zona :junio 2018
Contacto con centro educativo: junio 2018
Reuniones de equipo y reparto de tareas: septiembre de 2018.
Realización de los talleres : primer trimestre del curso escolar 2018-2019 (octubre-diciembre) con fechas a concertar con los centros educativos según su disponibilidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Afrontamiento final de vida
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1117 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

2. RESPONSABLE ..... MARIA MAR CRESPO BURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEZA PEREZ CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· VILLAR SAN PIO TERESA. GERIATRA. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· PERPIÑAN SANCHEZ LAURA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· MARIUTANU TAMARA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· MARTINEZ HEREDIA CAROLINA. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· LAHOZ DE TORRES SUSANA. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· PEREZ VAQUERO ANA GRACIELA. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El proceso de convertirse en cuidador supone la aparición, en muchos casos, de sobrecarga, que puede verse acrecentada por la falta de información y/o apoyo que en numerosas ocasiones sufren los cuidadores principales. La calidad de vida de las personas cuidadoras está condicionada por varios factores, entre los que se encuentran los elementos mediadores (soporte formal e informal).
Para reducir la sobrecarga de los cuidadores y mejorar su salud mental, resulta beneficioso ofrecerles un programa de apoyo que combine soporte emocional, educacional y recursos sociales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL
Mejorar las habilidades y técnicas del cuidador al dispensar cuidados sociosanitarios a la persona dependiente
1.- Disminuir la sobrecarga del cuidador principal del paciente geriátrico
2.- Demostrar que el cuidador es capaz de mantener la piel íntegra de la persona dependiente
3.- Demostrar que el cuidador es capaz de realizar movilizaciones y transferencias sin riesgo de lesión
4.- Demostrar que el cuidador es capaz de satisfacer las necesidades del patrón nutricional de la persona dependiente
5.- Demostrar que el cuidador es capaz de prevenir caídas en la persona dependiente
6- Demostrar que el cuidador es capaz de entender los trastornos conductuales asociados a la demencia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Puesta en marcha del aula sobre cuidado e higiene de la piel
Carolina Martínez y Mª del Mar Crespo
2.- Puesta en marcha del aula sobre movilizaciones y transferencias
Susana Lahoz y Laura Perpiñán
3.- Puesta en marcha del aula sobre nutrición en el anciano
Teresa Villar y Ana Graciela Pérez
4.- Puesta en marcha del aula sobre prevención en caídas
Tamara Mariutanu y Carmen Deza
5.- Puesta en marcha del aula sobre trastornos conductuales asociados a la demencia
Carmen Deza y Mª del Mar Crespo
Semanalmente, según las preferencias de los cuidadores de la planta y nuestra valoración, se impartirán los miércoles una charla de 30 minutos de duración, en el turno de la tarde, de 16:00 a 16:30. Las charlas seran preparadas y presentadas por nuestro personal sanitario de la unidad: facultativos,enfermeros y tcaes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Objetivo 1.- Test para valorar los conocimientos que tiene el cuidador antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados

Objetivo 2.- Test de Zarit antes de la sesión formativa. Se realizará de nuevo telefónicamente (unido a otro proyecto de calidad de la planta) a la semana. Se contrastarán estadísticamente los resultados

Objetivo 3.- Test relacionado con el cuidado de la piel antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Objetivo 4.- Test relacionado con movilizaciones y transferencias antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Objetivo 5.- Test relacionado con patrón nutricional antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.
Objetivo 6.- Test relacionado con prevención de caídas antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Objetivo 7.- Test relacionado con los trastornos conductuales asociados a demencia antes de la sesión

Proyecto: 2018_1117 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

formativa. Se realizará el mismo test después de la charla. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Para valorar la estructura y el proceso se realizará una encuesta de satisfacción del usuario.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: mayo 2018
Fecha de finalizacion: mayo 2019

Calendario:
-busqueda bibliografica para elaborar un cuerpo de conocimientos: mayo,junio 2018
-elaboracion de suportes informativos complementarios: julio,agosto,septiembre 2018
-adecuacion del espacio donde se vaya a desarollar la actividad:septiembre 2018
-desarollo de las sesiones: desde octubre 2018 hasta mayo 2019
-evaluacion: mayo 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. sobrecarga del cuidador
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1267 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

2. RESPONSABLE ..... ALODIA DE VAL LAFAJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLAR SAN PIO TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· SANDER ZUÑIGA ROLF CHRISTIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· AZABAL MARTIN LORENA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· TRASOBARES GRACIA CRISTINA. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· FERNANDEZ LOZANO CARLOS. ENFERMERO/A. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· DE LA PIEDRA GIMENO SARA. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA
· ARASCO CABEZUELO JORGE. TCAE. H GENERAL DE LA DEFENSA. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La disfagia es un problema frecuente que afecta a pacientes frágiles asociando desnutrición y numerosas infecciones respiratorias. Su forma de presentación, en pacientes geriátricos, suele ser atípica, con síntomas atenuados. De ahí la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado a cada paciente de forma individualizada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la capacidad del diagnóstico precoz de los pacientes con disfagia que ingresen en la planta de Geriatría
Adecuar la dieta en cada paciente según su nivel de disfagia durante el ingreso y mantenerla al alta.
Llevar a cabo una correcta higiene bucal antes y después de cada comida, por parte del paciente o cuidador principal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Realización de test volumen-viscosidad MEC-V en las primeras 24 horas del ingreso con registro del resultado.
2. Adecuación de la dieta para disfagia en cada paciente de forma individualizada, especificando la cantidad que pueden ingerir por toma, y la consistencia necesaria (texturas néctar, miel, pudin).
3. Enseñar a llevar a cabo una correcta higiene de la boca antes y después de cada comida, facilitando también el cepillo específico y el colutorio antiséptico.
4. Facilitar trípticos informativos a los cuidadores de los pacientes en los que se diagnostica la disfagia.

De 3 a 4 reuniones anuales. Trabajo en común a través de plataforma Google drive.
Sesiones conjuntas de formación, evaluación y seguimiento: dos o más al año
Recursos materiales: espesante, pulsioxímetro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de test volumen-viscosidad x 100/ nº de pacientes ingresados con dieta = 90%
Nº de dietas para disfagia x 100/ nº de dietas totales
Nº de trípticos facilitados x 100/ nº de altas a domicilio
Nº de broncoaspiraciones durante el ingreso x 100/ nº de pacientes < 10%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: junio/2018
Elaboración de criterios: diciembre/2016
Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/2018
Todo llevado a cabo por los participantes del grupo y los miembros del Servicio

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0844 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

2. RESPONSABLE ..... MAXIMILIANO TORO NUÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLOMINA CALLEN LORENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ROMERO IÑIGUEZ BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LAFUENTE OJEDA NOELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARTINEZ NUEZ SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El dolor postoperatorio es aquel que aparece como consecuencia del acto quirúrgico. Se caracteriza por ser agudo, predecible y autolimitado en el tiempo. Si no se trata adecuadamente puede cronificarse. Está condicionado por una serie de factores epidemiológicos como son el tipo de paciente, la preparación quirúrgica, la intervención quirúrgica, la técnica anestésica empleada, las complicaciones que pueden surgir perioperatoriamente y los cuidados postquirúrgicos, sin olvidar que el dolor es una experiencia subjetiva
Las complicaciones derivadas del dolor postoperatorio son muy diferentes y potencialmente graves: respiratorias, cardiovasculares, digestivas, metabólicas, inmunológicas, psicológicas….
El postoperatorio inmediato de los pacientes intervenidos de Resección Anterior de Recto (RAR) y Amputación Abdomino Peritoneal (AAP) se realiza en la Unidad de Reanimación (REA) del HUMS. El tratamiento analgésico habitual incluye fármacos analgésicos, antiinflamatorios y fundamentalmente mórficos (en perfusión continua y en bolus de rescate)
La administración de mórficos en el postoperatorio inmediato puede provocar una serie de efectos secundarios, entre los que se encuentran nauseas, prurito, sedación, íleo paralítico, hipotensión y desorientación. Todos ellos suponen un retraso en la evolución del paciente, un mayor riesgo de complicaciones y una demora en el alta a la planta de hospitalización.
El bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) es un bloqueo con anestésicos locales de la pared abdominal que se ha extendido rápidamente en la práctica clínica como parte de la analgesia multimodal en cirugía abdominal. Todo ello debido a su sencillez, seguridad y eficacia. La realización de la técnica ecoguiada ha permitido disminuir las potenciales complicaciones y aumentar las tasas de éxito
Su introducción en la práctica diaria mejorará la calidad de la analgesia de los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal ingresados en la REA, minimizando los efectos secundarios de los opiodes

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Formar a los facultativos de la REA en la realización del bloqueo TAP
2. Implementar el uso del bloqueo TAP frente a la perfusión continua de morfina (PCM)
3. Disminuir el consumo de opiáceos en las primeras 24 horas postoperatorias en los pacientes operados de cirugía colorrectal ingresados en la REA
4. Disminuir los efectos secundarios derivados del uso de los mórficos
5. Mejorar la satisfacción del paciente ingresado en la REA al conseguir una mayor eficacia analgésica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Revisión de la bibliografía existente
2. Actualización de los protocolos analgésicos existentes, incluyendo en los mismos el bloqueo TAP para la cirugía colorrectal
3. Creación de la hoja y sistema de recogida de datos
4. Formación a los adjuntos de la REA en la realización del bloqueo TAP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Tasa de Cumplimiento: se han formado en la técnica todos los adjuntos de la REA, se han realizado un mínimo de 50 bloqueos TAP
2. Morbilidad asociada: eventos consecuencia de la técnica
3. Grado de satisfacción del paciente: la información se obtendrá a través de una entrevista por cuestionario al paciente durante su estancia y al alta de la REA
4. Disminución en el consumo de mórficos en las primeras 24 horas
5. Disminución en la aparición de complicaciones asociadas al uso de mórficos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Duración: 1 abril 2018 – 31diciembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
2. Búsqueda bibliográfica y elaboración del protocolo y encuesta: abril 2018 (todos los integrantes del proyecto)

Proyecto: 2018_0844 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

3. Formación en la realización de la técnica: mayo 2018 (todos los integrantes del proyecto)
4. Aplicación del protocolo: junio a noviembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
5. Recogida de resultados y evaluación final: diciembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
6. Todos los meses tendrá lugar una reunión para evaluar los resultados, modificar el protocolo y dar alternativas a los problemas que pudieran presentarse (todos los integrantes del proyecto)

9. OBSERVACIONES.
Somos partidarios de que el dolor sea considerado como una prioridad asistencial y su alivio un criterio de calidad. La REA ofrece soluciones activas y cambiantes a cada paciente y tipo de intervención, buscando siempre su confort dentro de la mayor seguridad posible

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2018_0845 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO (SNS). IMPLICACION DEL Sº DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA

2. RESPONSABLE ..... SALVADOR LAGLERA TREBOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GOMEZ GOMEZ ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CARBONELL BERNAL ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· LAFUENTE OJEDA NOELIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ASENSIO PARIS ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· COLAS RODRIGUEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dentro del proyecto infección quirúrgica ZERO del SNS, una parte de los steps definidos corresponden al manejo intra y postoperatorio inmediato; en concreto al mantenimiento de la normotermia y normoglucemia durante la intervención quirúrgica y el postoperatorio inmediato.
La hipotermia y la normoglucemia se han relacionado con un peor resultado quirúrgico al favorecer la inmunosupresión y la presencia de infecciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento de la glucemia perioperatoria < 180 mg/dL.
Mantenimiento de la temperatura al final de la intervención > 36ºC.
disminuir la incidencia de infección quirúrgica y de la mortalidad por esa causa en pacientes intervenidos de cancer colorectal (CCR), sustitución primaria o de revisión de cadera (PTC) o rodilla (PTR) y revascularización coronaria (Bp Ao-C)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión con las diferentes unidades del Sº para explicar e implicar en el proyecto de infección quirúrgica ZERO.
Elaboración del protocolo de actuación.
Revisión del protocolo de cumplimiento
Evaluación y comunicación de resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cumplimiento global de la normotermia
Cumplimiento global de la normoglucemia
Incidencia de infecciones quirúrgicas en las patologías quirúrgicas determinadas
Mortalidad por infecciones quirúrgicas en las patologías quirúrgicas determinadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Junio 2018
Reunión con los miembros de las distintas Unidades implicadas, explicación del proyecto y del protocolo.
Puesta en marcha del protocolo. septiembre 2018
Evaluación de la implantación. diciembre 18

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0858 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

2. RESPONSABLE ..... BLANCA IZQUIERDO VILLARROYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO GARCIA BORJA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· PUERTOLAS ORTEGA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· VALLES TORRES JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GALLEGO LIGORIT LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARRON TUNDIDOR RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· BLASCO PEIRO TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Crear un proceso de gestion del paciente que va a ser sometido a cirugia cardiaca dentro del Area del Corazon es imprescindible para optimizar los recursos y controlar la calidad y la seguridad de todo el procedimiento.
Son enfermos pluripatologicos que van a ser sometidos a una cirugia mayor, que implica gran consumo de recursos y una gran complejidad.
Ante la cada vez mayor presion asistencial y envejecimiento paulatino de la poblacion, es imprescindible que sentemos unas bases de colaboracion multidisciplinar para dar a estos enfermos la mejor atencion posible, asi como establecer unos indicadores de control para optimizar la calidad, la seguridad del paciente y el consumo de recursos del sistema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La poblacion diana es todo aquel enfermo que se considere posible candidato a ser sometido a Cirugia Cardiaca de la que seamos centro de referencia.
Crear un Comite multidisciplinar de evaluacion de aquellos pacientes candidatos para ofrecerles el mejor tratamiento posible segun la evidencia cientifica actual.
Establecer relaciones multidisciplinares, protocolos e indicadores de control en los diferentes niveles que conforman el proceso para mejorar la calidad del procedimiento.
Encontrar los nudos o puntos sensibles a lo largo del proceso para poder informar a las instancias que procedan y poder optimizar los recursos invertidos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se va a instaurar a traves de HCE unos formularios para poder enviar a los enfermos al Comite para su evaluacion.
Tras su establecimiento habra que informar a todos los Servicios y Hospitales que remiten pacientes al Comite.
Se ha dividido el proceso en 5 subprocesos para su mejor gestion, con distintos servicios participantes en cada uno de ellos y todos los estamentos del hospital implicados.
Cada Gestor del subproceso establece las reuniones periodicas, habitualmente cada 1-2 meses y el reparto de carga de trabajo y presentacion del trabajo realizado. Se realizan actas de cada reunion.
Es fundamental proceder paulatinamente a la informatizacion del Proceso, ya que es una herramienta imprescindible para su control posterior y poder ofrecer un retorno tanto a los implicados dentro de él como a los estamentos superiores, con objeto de ir mejorando progresivamente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se esta trabajando en los distintos subprocesos en los nudos encontrados, estableciendo los indicadores adecuados para controlarlos y mejorarlos.
Nos parece imprescindible la informatizacion progresiva del Proceso para obtener indicadores reales y poder acometer mejora continuas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se han establecido 6 subprocesos: valoracion de indicacion quirurgica, preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio inmediato, postoperatorio en planta y evaluacion y seguimento al año.
El proyecto ya ha comenzado a dsarrollarse, con unos 100 profesionales de diferentes estamentos participando en el.
Se ha establecido un cronograma de 15 meses para su realizacion y valoracion de los recursos necesarios para su puesta en marcha.
Segun los recursos destinados se podra establecer un cronograma de implementacion mas preciso hasta su desarrollo total.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0858 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2018_0873 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA

2. RESPONSABLE ..... LUCIA GALLEGO LIGORIT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COTERA USUA IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· BARRADO GIL PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· MOLINOS ARRUEBO IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· RUBIO GARCIA BORJA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ANDRES FERNANDEZ ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· RUBIO SANCHO MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El subproceso intraoperatorio de gestión del paciente que va a ser sometido a cirugía cardíaca, dentro del Proceso de Cirugía Cardíaca, a su vez, como parte del Área del Corazón, es imprescindible para optimizar los recursos y controlar la calidad y la seguridad de todo el procedimiento.
Son enfermos pluripatologicos, que van a ser sometidos a una cirugía mayor, que implica gran consumo de recursos y una gran complejidad.
En el intraoperatorio de estos procedimientos es imprescindible que todo siga un orden estricto, con la colaboración multidisciplinar, para proporcionar una mayor calidad asistencial a nuestros pacientes.
Sabemos lo que hacemos, pero no queda reflejado en ningún documento y, sin esa información, no podemos analizar resultados para mejorar nuestra actividad diaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es el manejo adecuado y reglado del paciente, con el consiguiente incremento de la calidad y seguridad como resultado. Se espera que la incidencia de complicaciones que se dan tras este tipo de procedimientos quirúrgicos disminuya. De la misma manera, se pretende un adecuado control de consumo de recursos.
La población diana es todo aquel enfermo que se considere posible candidato a ser sometido a Cirugía Cardíaca, en nuestra comunidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer relaciones multidisciplinares, protocolos e indicadores de control en los diferentes niveles que conforman el subproceso, para mejorar la calidad del procedimiento.
Encontrar los nudos o puntos sensibles a lo largo del subproceso, para poder informar a las instancias que procedan y poder optimizar los recursos invertidos.
Se establecerán reuniones periódicas, habitualmente cada 1-2 meses. Se procederá al reparto de la carga de trabajo entre los componentes del subproceso y a la presentación de resultados, en dichas reuniones. Todo ello, quedará reflejado en actas de reunión.
Es fundamental proceder paulatinamente a la informatización del subproceso, ya que es una herramienta imprescindible para su control posterior y poder ofrecer un retorno, tanto a los implicados dentro de él, como a los estamentos superiores, con objeto de ir mejorando progresivamente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se han definido una serie de indicadores provisionales, a la espera de la evolución del trabajo desarrollado.
Estos indicadores van desde, la cumplimentación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ), en la acogida de quirófanos, hasta el consumo de hemoderivados, duración de intervención, complicaciones intraoperatorias, tiempos de traslados de pacientes, tiempo en disponer de la cama de cuidados críticos, etc.
Algunos de ellos expresados en tasas, porcentajes y minutos.
La fuente de información de los mismos será: historia clínica electrónica (HCE, cuando se disponga de ella), LVSQ, gráfica de anestesia, protocolo quirúrgico, intranet, hoja de quirófano, etc…

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto ya ha comenzado a desarrollarse, con unos 25 profesionales de diferentes estamentos participando en él.
Se ha establecido un cronograma de 15 meses para su realización y valoración de los recursos necesarios para su puesta en marcha.
Según los recursos destinados, se podrá establecer un cronograma de implementación más preciso, hasta su desarrollo total.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0873 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0900 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDACCION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA LOS INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA, REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMO IGNACIO PEREZ NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALO PELLICER INMACULADA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· INFANTES MORALES MARTA EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· VIÑUALES CABEZA JOSE JOAQUIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· SANCHEZ ANDRES ARMANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Anestesia se encarga de la formación en el manejo de la vía aérea de nuestros médicos residentes (MIR), así como a MIR de otras Especialidades, Médicos de Urgencia, Médicos de Familia, etc. a través de los Programa FOCUSS. Asimismo, colabora y coordina cursos formativos en vía aérea difícil en otros centros como es el IACS y el CIBA
Este proyecto pretende estandarizar las múltiples acciones que se llevan a cabo en la enseñanza y puesta al día en el manejo de la vía aérea, mediante la implantación de un PLAN específico de formación en Vía Aérea (VA) para todos los integrantes del servicio y elaborando un protocolo de manejo de la Vía Aérea Difícil (VAD) desarrollado por el propio Servicio de Anestesia
La frecuencia de VAD en los pacientes quirúrgicos es muy variable y la dificultad en el manejo de la misma sigue siendo el principal factor individual implicado en morbilidad o muerte ocasionado por la anestesia. El conocimiento de los protocolos de VAD y la realización de uno específico de nuestro hospital es un excelente indicador de la cultura de seguridad asistencial
Vemos fundamental la incorporación de la simulación clínica a la enseñanza del manejo de la VA. La oportunidad de poder enfrentarse a una situación lo más real posible y que la consecuencia del fallo sea volver a empezar, contribuye a que cuando la situación sea verdadera, las posibilidades de error sean mínimas
La existencia de un Plan de Formación en VAD para todos los componentes del Servicio de Anestesia ha de tener un desarrollo ininterrumpido, creciendo y adaptándose a las evidencias científicas y necesidades asistenciales
La elaboración de un protocolo de manejo de Vía Aérea Aérea Difícil propio y adaptado a nuestro hospital ha de ser una de las líneas fundamentales de desarrollo del Servicio. A este proyecto sumaremos el trabajo realizado por las distintas Secciones del Servicio en temas de VA, como han sido la creación de la Tarjeta de VAD para pacientes, la asistencia a cursos de formación e incorporación de nuevos dispositivos y la realización de extubación segura para pacientes complejos en la Unidad de Reanimación (REA)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Crear y desarrollar un plan de formación en vía aérea del Servicio de Anestesia.
2. Diseñar el programa de formación anual para FEA y MIR
3. Continuar y aumentar la colaboración los programas formativos ya iniciados en VAD
4. Elaborar un protocolo de VAD del Servicio de Anestesia.
5. Incluir a la secciones de Anestesia Obstétrica y Pediátrica en dicho protocolo.
6. Redactar un protocolo de extubación segura para los pacientes ingresados en la REA
7. Garantizar la disponibilidad de un “set para cricotirotomía” de urgencia en cada uno de los respiradores artificiales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Revisión de la bibliografía existente
2. Creación de un plan de formación en VAD para todos los adjuntos y MIR del servicio
3. Realización periódica de cursos de VAD de forma que todos los integrantes del Servicio que lo deseen puedan realizarlo al menos una vez al año
4. Crear e inventariar un stock de material de VA para la realización de los cursos de VA
5. Consensuar con las secciones Anestesia Pediátrica y Obstétrica su realización y puesta en marcha
6. Revisión anual del protocolo
7. Preparar, mantener y revisar periódicamente un set para cricotirotomía de urgencia en cada uno de los respiradores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Diseño del programa de formación. Indicador: realización del mismo
2. Creación del “stock” de material para VA. Indicador: realización del mismo
3. Número de cursos realizados. Indicador: realización de 4 ediciones
4. Número de integrantes del servicio que han asistido a alguno de los cursos. Indicador: 75% los MIR y 25% de los adjuntos del servicio.

Proyecto: 2018_0900 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDACCION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA LOS INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA, REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR

5. Protocolo de VAD. Indicador: realización del mismo
6. Protocolo del Manejo Seguro de la VA durante la extubación en los pacientes ingresados en la REA. Indicador: realización del mismo
7. Disponibilidad del set para cricotirotomía. Indicador: realización del mismo
8. Encuesta a los miembros del Servicio sobre conocimiento de los nuevos protocolos, su utilidad. Indicador: realización de la misma.
9. Comunicación a personal de enfermería de la elaboración del protocolo de manejo de VAD

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. Elaboración del plan de formación en VAD para los integrantes del Servicio de Anestesia
2. Realización de Cursos de Formación en VAD
3. Recogida de resultados y evaluación final
4. Elaboración del protocolo VAD
5. Preparación y colocación del “set para cricotirotomía” en cada respirador
6. Incluir protocolo de extubación segura para la REA
7. Mensualmente tendrá lugar una reunión para evaluar los resultados, modificar documentos de trabajo y dar alternativas a problemas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1364 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... SOLEDAD MARTIN ESCUIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CLAUDIO SOLANO TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE REANIMACION
· IBAÑEZ SANCHEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE REANIMACION
· RAMOS MORENO MARGARITA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE REANIMACION
· SANCHEZ HERRAIZ SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE REANIMACION
· LACASA MARZO ROSA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE REANIMACION
· FLORIA ZUBALEZ YASMINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE REANIMACION
· FERRER SALIENTE SOLEDAD. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el servicio de Reanimación del HUMS atendemos un alto número de pacientes con cierta dificultad para la comunicación, lo que conlleva problemas de compresión y pérdida de información, dificultando en numerosas ocasiones la atención prestada. Facilitar la comunicación bidireccional entre profesionales y personas que tienen disminuida o alterada esta función por problemas físicos o por barreras del idioma es imprescindible en nuestra unidad para que el paciente pueda dar a conocer a los profesionales cómo se siente y qué necesita y la del profesional que necesita conocer aspectos de índole física y emocional para poder cuidarle lo mejor posible. Se pretende de este modo que durante el desarrollo del proceso que dificulta la comunicación verbal, se mantenga en la medida de lo posible la autonomía personal y la autoestima a través de cuidados basados en una comunicación, que permita además de plantear las necesidades físicas, abordar las emociones y sentimientos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la comunicación en el paciente que presenta limitaciones en el servicio de reanimación del HUMS.
- Facilitar a las pacientes la transmisión de sus necesidades y sentimientos.
- Mejorar la atención prestada y disminuir su ansiedad y miedo.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante la atención prestada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Definición del grupo de trabajo.
• Priorización de la información a recoger en el documento, teniendo en cuenta las necesidades más habituales de nuestros pacientes.
• Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.
• Consenso y elaboración del cuaderno de pictogramas especifico para la REA.
• Difundir y presentar el cuaderno de pictogramas a todos los miembros el equipo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Se ha elaborado el cuaderno de pictogramas para la REA: SI -NO

• Presentación del Cuaderno de pictogramas a todo el equipo de la REA: SI -NO

• Encuesta a los profesionales implicados en la asistencia en la REA sobre la utilidad del cuaderno: el 80% de ellos considerará útil el cuaderno de Pictogramas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Definir la información a recoger en el documento.
Revisión de la información existente:Junio 2018 - Septiembre 2018
- Creación de los pictogramas : Septiembre 2018 - Octubre 2018
- Presentación cuaderno pictogramas: Noviembre - Diciembre 2018
- Evaluación utilidad: Diciembre 2018: Diciembre 2018

Proyecto: 2018_1364 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1250 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QURURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA MARZO ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· HERRANDO MEDRANO MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· VAZQUEZ BERGES IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· INARAJA PEREZ GABRIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· LARA GUERRERO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Una de las líneas estratégicas del Plan estratégico del Sector II (Plan 2014-2016) es “Satisfacer los derechos básicos y expectativas de los usuarios” (Línea estratégica 6), en el apartado 3. Mejorar la información al usuario, se señala en el punto 3.2. “Proporcionar información comprensible al paciente referente a su proceso asistencial”. Los derechos de información, libertad, intimidad y dignidad conforman hoy en día el eje básico de las relaciones clínico-asistenciales y son la base de la autonomía del paciente. En lo que respecta a la información, todo paciente tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud incluyendo los riesgos, los efectos secundarios y las alternativas de tratamiento, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Tras haber recibido la información que el responsable sanitario le ha proporcionado, el paciente tiene libertad de elección. Todos estos aspectos tienen su materialización en el consentimiento informado. (Orden boa)
En el Servicio de A. y Cirugía vascular del Hospital Miguel Servet disponemos de consentimientos informados (CI) colgados en la intranet para algunos procedimientos quirúrgicos, pero no de todos. El resto de los CI que utilizamos son de la sociedad española de Angiología y Cirugía Vascular y es necesario adaptarlos a nuestro servicio y hospital para tenerlos disponibles en la intranet

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es aumentar, de forma progresiva, el número de consentimientos informados y tenerlos disponibles en la intranet del hospital, hasta completar la totalidad de los procedimientos quirúrgicos de las cirugías regladas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Determinar grupo de trabajo responsable
Seleccionar consentimientos para actualizar
Revisar consentimientos de la sociedad de ACV, actualizarlos y adaptarlos al hospital
Presentar al servicio para consensuar
Correcciones. Elaboración definitiva.
Presentar a la UCA para su aprobación
Implantar consentimientos (Intranet)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº Consentimientos actualizados y colgados en la intranet. Objetivo 2018: 25 (Actual 15)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de Inicio Junio de 2018. Fecha finalización y cumplimiento del objetivo de 2018: junio 2019. El proyecto continuará en los años siguientes hasta completar la actualización de la totalidad de los consentimientos.
Creación grupo de trabajo responsable: junio 2018
Seleccionar consentimientos para actualizar Septiembre/Octubre/ 2018
Revisar CI de la sociedad de ACV, actualizarlos y redactarlos Noviembre/dic 2018
Presentar al servicio para consensuar Enero/febrero 2019
Correcciones. Elaboración definitiva. Febrero/marzo 2019
Presentar a la UCA para su aprobación: Abril/mayo 2019
Implantar consentimientos Mayo/Junio 2019

9. OBSERVACIONES.
El Proyecto continuará en los próximos años

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1250 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QURURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1281 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

2. RESPONSABLE ..... GABRIEL INARAJA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· HERRANDO MEDRANO MONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· VAZQUEZ BERGES IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· SOGUERO VALENCIA IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· RICO ROMERO VIRTUDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· RECIO CABRERO ADORACION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde el 1 de Enero de 2016 la clasificación CIE-10-ES es la clasificación de referencia para la codificación clínica y registro de morbilidad en España sustituyendo a CIE-9-MC. La CIE-10-ES integra dos sistemas de clasificación, uno de enfermedades para la codificación de diagnósticos y otro de procedimientos. El uso de una clasificación internacional de enfermedades y procedimientos, es la base necesaria para la normalización de la información clínica que conforma el Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD).
Actualmente en nuestro servicio, así como en otros servicios del hospital, existe variabilidad en cuanto a la codificación de los diagnósticos y de los procedimientos quirúrgicos en los informes de alta y en los informes quirúrgicos, esto es debido a que no están correctamente codificados en el sistema informático (HP doctor) del hospital

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es aplicar la codificación CIE 10 de diagnósticos y procedimientos quirúrgicos en los informes de alta y en los informes de intervenciones quirúrgicas. Esto nos permitirá avanzar en la exhaustividad de los informes de alta y quirúrgicos para mejorar la precisión de la codificación y la robustez de los indicadores de resultados, obteniendo una fuente de información correcta y precisa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Determinar el Grupo de trabajo responsable
Seleccionar los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos de cirugía vascular
Reunión con responsables de Documentación del hospital
Asignar la codificación CIE 10 a los diagnósticos
Asignar la codificación CIE 10 a los procedimientos quirúrgicos
Completar con base de datos pertinente en informe de alta e informe quirúrgico
Reunión con responsables de informática
Informatización de los diagnósticos y procedimientos codificados y base de datos en informe de alta y en informe de procedimientos quirúrgicos (HP doctor)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Codificación CIE 10 de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos en los informes de alta e informes de cirugía en HP doctor hospitalario: Si (Actualmente no codificación)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de Inicio Junio de 2018. Fecha finalización junio 2019.
Seleccionar los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos junio 2018
Reunión con responsables de Documentación Junio/Septiembre/Octubre/ 2018
Asignar la codificación CIE 10 a los diagnósticos Junio 2018
Asignar la codificación CIE 10 a los procedimientos quirúrgicos: sept/Oct 2018
Completar informes con base de datos pertinente sept/Oct 2018
Reunión con responsables de informática Octubre/Nov 2018
Informatización de los informes ya codificados (HP doctor) Enero-Abril 2019
Utilización HP doctor informes ya codificados: Mayo/Junio 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1281 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0255 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS BANCALERO FLORES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GORRIZ PINTADO SILVIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· ESCOBAR CONESA ROCIO. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· FRAU SOCIAS CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· LAHOZ ALONSO RAQUEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· MUÑOZ RIVERO MARTA VIRIDIANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UROLOGIA
· COMPAIRED ARAGÜES VICENTE. MEDICO/A. CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN). ATENCION PRIMARIA
· ABADIA SANZ ESPERANZA. ENFERMERO/A. CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La litiasis renal es una de las afecciones más comunes de la sociedad moderna, constituyendo un importante problema de salud que además asocia una gran carga económica. La naturaleza de la litiasis varía según la edad y el sexo, viéndose también influenciada por factores dietéticos, climáticos y de estilo de vida entre otros. A pesar de los avances que se han producido en el manejo de dicha patología, ésta continúa siendo una enfermedad con alta tasa de recurrencia.
En los últimos años son varios los trabajos que hacen referencia a un aumento en su prevalencia sobre todo en países desarrollados.
La litiasis urinaria es además una enfermedad con alta tasa de recurrencia. Se estima que tras un primer episodio, entre el 30% y el 50% recurrirá en los próximos 5-10 años. En un trabajo publicado en 2016 sobre la epidemiología de la litiasis renal en España realizado mediante encuesta telefónica a nivel nacional (Estudio PreLiRenE) se observó un 52,8% de recurrencia, encontrándose nuestra Comunidad Autónoma de Aragón en una horquilla de prevalencia establecida entre el 14 – 16%.

Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación en el informe del sedimento urinario del resultado de RIESGO litogénico detectado en el mismo, por la valoración clínica de diversos parámetros de la cristaluría procedentes del estudio de la naturaleza química de los cristales, fascies cristalinas, talla de los cristales, tasa de agregación y maclación, y el volumen cristalino global.
El objetivo de calidad de este proyecto es la detección y comunicación al médico especialista de Atención Primaria y A. Especializada de riesgo litogénico en su paciente tanto en edad pediátrica como adulto, por el estudio del sedimento urinarío, así como la implantación y seguimiento por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de medidas higiénico dietéticas para la prevención de la enfermedad litogénica renal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Envío del informe de riesgo litogénico al médico solicitante.
Seguimiento de la cristaluria en los pacientes detectados con riesgo litogénico.
Valoración de la adherencia a las medidas higiénico dietéticas.
Proporcionar colaboración y coordinación a los profesionales de atención primaria en la adecuación de las medidas higiénico dietéticas según la naturaleza cristalina.
Prevención de la litiasis renal y sus comorbilidades asociadas en los pacientes desde Atención Primaria
Mejora de la calidad asistencial de los pacientes aragoneses potenciando la labor de la Atención Primaria clave en la mejora de la salud de los ciudadanos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes estudiados, del resultado del sedimento urinarío con la detección de "riesgo litogénico".
El FEA de la Sección implicada del laboratorio (Nefrolitiasis) prestará su colaboración en la valoración del mismo y en la personalización de las medidas higiénico dietéticas a tomar.
Reuniones de información y formación entre los responsables y los profesionales de atención primaria de los centros de salud de referencia que se soliciten.
Indicador de ALERTA (Riesgo) en OMI Atención Primaria en segunda fase.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes a los que se les aplica la valoración del riesgo. 100% de pacientes de rutina con sedimento urinario (A. Especializada y A. Primaria).
Número de pacientes sin riesgo litogénico detectado x1000
Número de pacientes con riesgo litogénico detectado x1000
Número de pacientes con riesgo en los que se adoptan medidas higiénico dietéticas. >75% primer año- >85% segundo año
Número de pacientes con riesgo litogénico que mantienen adherencia a las medidas higiénico dietéticas. >70% primer año- >85% segundo año

Proyecto: 2018_0255 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

Número de pacientes que presentan mejoría de su riesgo litogénico. >70% primer año- >85% segundo año
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico.<20% primer año- < 15% segundo año
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico a los que se amplía estudio metabólico. >75% primer año- >85% segundo año.
Numero de reuniones entre los responsables del laboratorio y los profesionales de los Centros de Salud de referencia. Min : 3 reuniones/año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración completa del proyecto se estima en 12 meses, para su verificación, prolongable otros 12 meses en una segunda fase para su mejora y extensión a otros sectores sanitarios.
Elaboración indicador de RIESGO en el SIL: mayo 2018
Elaboración de recomendaciones y medidas higiénico dietéticas específicas: mayo 2018.
Primera reunión: Junio 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0258 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR LARREA ORTIZ QUINTANA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BANCALERO FLORES JOSE LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· FRAU SOCIAS CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· LATORRE MARCELLAN PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· VALLEJO GIL JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· DIEZ MANGLANO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La desnutrición hospitalaria constituye un grave problema con importantes repercusiones clínicas y económicas. Se estima que la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 30-55%. Es altamente conocida la relación entre esta desnutrición y el incremento de las tasas de morbi-mortalidad, como afectaciones del aparato digestivo, función cardiorrespiratoria, sistema endocrino, procesos de cicatrización y curación de heridas, así como aumento de las complicaciones postoperatorias y prolongación de la estancia hospitalaria, con el consiguiente aumento del costo de la asistencia hospitalaria.
Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación de un sistema de detección de desnutrición para la totalidad de los pacientes ingresados sin costes adicionales. Además de la vigilancia de la incidencia de nuevos casos, su seguimiento y aplicación del procedimiento para la mejoría de la situación del paciente, con los consiguientes beneficios tanto clínico-asistenciales como económicos. Por todo ello, se utilizan diferentes métodos de cribado para la detección de la desnutrición hospitalaria. Uno de ellos es el método CONUT, en él, se aplica un score dependiendo de las concentraciones de albúmina, linfocitos y colesterol, clasificando a los pacientes en riesgo por desnutrición normal, leve, moderada y severa.
El objetivo de calidad de este proyecto es la implantación y cálculo de este score en pacientes ingresados mayores de 40 años, a los que se les realiza una analítica con los 3 parámetros básicos, valoración de su estado nutricional y consiguiente informe al médico responsable, así como su seguimiento semanal

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Envío de informe al médico solicitante.
Seguimiento del estado nutricional mientras se encuentre ingresado.
Proporcionar ayuda en la priorización de pacientes que deben ser tratados por desnutrición Prevención de comorbilidades asociadas a la desnutrición en el paciente ingresado Mejora de la calidad asistencial en pacientes ingresados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes ingresados, del resultado del cálculo del score con un comentario interpretativo del estado de desnutrición.
El facultativo que valida las peticiones de bioquímica revisará todas las peticiones realizadas de pacientes ingresados y valorará el estado previo y la evolución del score durante el ingreso.
Reuniones entre los responsables con la Comisión de Nutrición del Hospital Miguel Servet.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes a los que se les aplica el score.
Número de pacientes con estado nutricional normal.
Número de pacientes con estado de desnutrición leve.
Número de pacientes con estado de desnutrición moderado.
Número de pacientes con estado de desnutrición severo.
Número de pacientes que presentan mejoría en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que presentan empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que no presentan mejoría ni empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Numero de reuniones entre el servicio y la Comisión de Nutrición

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 12 meses.
Elaboración indicador de DESNUTRICIÓN en el SIL para el informe: mayo 2018

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0258 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Desnutrición en paciente complejo medicoquirurgico.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1306 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN LASIERRA MONCLUS
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE. BIOQUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· RODRIGUEZ VALLE ANA. BIOQUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES. BIOQUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA. BIOQUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· GARCIA JIMENEZ CARMEN MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO. BIOQUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA
· RELLO VARAS LUIS. BIOQUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad según el catálogo OMIM (Online Mendelin Inheritance in Man) se conocen alrededor de 8.000 enfermedades genéticas relacionadas con todas las especialidades médicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que estas 8.000 enfermedades afectan al 7% de la población mundial. Además, según el informe de la Organización Europea de Enfermedades Raras (Eurordis), el 80% de las enfermedades raras son de origen genético. Todo ello junto con el rápido y constante avance tecnológico que ha permitido ampliar el estudio a múltiples genes ha llevado a que la solicitud de estudios genéticos haya incrementado en los últimos años de forma considerable, recibiendo solicitudes de todos los centros sanitarios de Aragón y de casi todas las especialidades médicas (obstetricia y ginecología, endocrinología, oncología, cardiología, entre muchas otras).
Teniendo en cuenta, además, la importancia de un examen clínico integral junto con antecedentes familiares detallados así como un conocimiento y actualización constante de las enfermedades genéticas y las técnicas más adecuadas para cada caso sin olvidar el obligado asesoramiento genético pre y postest, la consulta de genética se hace esencial y cada vez más demandada.
Todo ello ha conllevado a que la demora en la Consulta de Genética haya incrementado progresivamente, a pesar de haber aumentado el número de pacientes atendidos cada año (añadido además más de 800 gestantes al año que atendemos debido a la inclusión del NIPT en el c prenatal y que no constan en los listados de consulta). Por tanto se hace necesaria una reorganización de la consulta de genética para adecuarla a la actual demanda y aumentar la resolutividad, principalmente en la entrega de resultados pero sin olvidar que el exceso de pacientes atendidos podría conllevar un mayor retraso en la entrega de resultados también al aumentar el trabajo de laboratorio de genética ya que los mismos facultativos que pasan consulta trabajan también en el laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es reorganizar las agendas de consulta de genética para adecuarlas a la actual demanda y disminuir la demora en la entrega de resultados.
También se pretende mejorar la adecuación de los estudios genéticos solicitados y establecer una sistemática que nos permita evaluar la demora real en la entrega de resultados para tomar las medidas más adecuadas en cada caso (prioridad y urgencia del caso).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA:
1.1. Reorganizar las agendas de la consulta de genética para adecuarlas a la actual demanda: se va a crear la agenda NIPT (Test fetal no invasivo, prueba dentro del protocolo regional de diagnóstico prenatal de cromosomopatías) para atender a las más de 800 gestantes/año que se someten al estudio de NIPT; se va a crear una agenda de Preferentes para atender aquellos casos urgentes (principalmente gestantes cuyo asesoramiento o estudio genético es urgente para llegar a tiempo al plazo legal de interrupción). Se mantienen las consultas de 1er día y de resultados de lunes a viernes.
1.2. Realizar un registro de altas que nos permita evaluar la resolutividad de las consultas y detectar y actuar sobre los puntos débiles para mejorar.

2. DEMORAS
2.1. Establecer una sistemática para evaluar la demora en la entrega de resultados de estudios genéticos y actuar en consecuencia
- Establecer una prueba trazadora: exoma tríos. Registrar fecha de extracción, tiempo de realización del estudio y tiempo de respuesta desde que se tiene el resultado hasta que se informa al paciente.
- Evaluar la disminución anual de la demora.

3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL
3.1. Adecuación de las solicitudes de estudios genéticos (% de estudios solicitados no procesados).
3.2. Aumentar el número de consultas anual tras la implantación de las nuevas agendas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de altas: como no tenemos un referente nos servirá para conocer la situación y plantear objetivos en base a ello.
Disminución de la demora respecto a 2017: 5%.
Prueba trazadora: exoma tríos. Nº de solicitudes/mes. Tiempo realización estudio. Tiempo entrega resultados.

Proyecto: 2018_1306 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

Adecuación de estudios genéticos: % de estudios solicitados no procesados. Como no tenemos un referente nos servirá para conocer la situación y plantear objetivos en base a su evaluación.
Aumento del número de consultas respecto al año 2017: 1%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA: Mayo-Julio 2018. El registro de altas a lo largo de todo el año desde su implantación.
2. SISTEMÁTICA PARA EVALUAR LA DEMORA: Mayo-Septiembre 2018. Evaluación anual.
3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL: anual.
Evaluación y conclusiones: primer trimestre de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0482 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DECRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GONZALEZ IRAZABAL
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A CLINICO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO. BIOQUIMICO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· GUALLAR SERRANO PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· ROMERO SANCHEZ NAIARA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES. BIOQUIMICO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· MELENDO LAPUENTE EVA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA
· MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA. TEL. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobó el Programa poblacional de cribado neonatal que va a formar parte de la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), instando a establecer protocolos consensuados en el marco del SNS, que permitan abordar en todas las comunidades autónomas de manera homogénea y en base a criterios de calidad los procesos de cribado.
Con este fin se han definido una serie de objetivos de calidad que deben cumplir las etapas del programa y los requisitos necesarios para la consecución de estos objetivos.
Para cada uno de los objetivos se propone un nivel óptimo y un nivel aceptable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende analizar y evaluar la situación actual del Programa de Cribado Neonatal de Aragón, respecto al cumplimiento de estos objetivos, lo que permitirá además el establecimiento de planes de mejora para alcanzar el nivel óptimo de eficiencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se emplearán una serie de indicadores para optimizar diversas actividades relacionadas con distintas etapas del Programa de Cribado Neonatal, cuya correcta realización son imprescindibles para que los resultados de programa sean óptimos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para cada una de las etapas se evaluarán semestralmente los siguientes indicadores:
ETAPA DE LA TOMA DE LA MUESTRA
Tiempo de toma de muestra.
Garantizar toma de muestra en el intervalo de tiempo adecuado, ya que esto repercutirá en el cumplimiento de los plazos de tiempo de las siguientes etapas.
Óptimo: =99 % de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Aceptable: =95% de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Calidad de la muestra.
Garantizar la calidad y adecuación de la muestra.
Óptimo: =0.5% de muestras no válidas.
Aceptable: =2% de muestras no válidas.
Trazabilidad
Garantizar la correcta trazabilidad e identificación de las muestras. Se debe garantizar la identificación y el seguimiento de todas las muestras desde el inicio del proceso hasta la obtención del resultado final.
Óptimo: 100% de las muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.
Aceptable: 99% de muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.
ETAPA DEL TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS
Tiempo de recepción de las muestras en el laboratorio.
Garantizar la correcta recepción de las muestras en el laboratorio en un plazo de tiempo adecuado y evitar el extravío de muestras.
Óptimo: =95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 3 días de la extracción y =99% antes de 4 días de la extracción.
Aceptable: 95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 4 días de la extracción.
ETAPA DE RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS, ANÁLISIS Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS POR PARTE DEL LABORATORIO DE CRIBADO NEONATAL.
Tiempo de respuesta del laboratorio.
Garantizar el tiempo óptimo de respuesta del laboratorio desde la recepción de la muestra.
Óptimo: máximo 3 días para el =99% de las muestras recibidas.
Aceptable: máximo 3 días para el =95% de las muestras recibidas.
Edad del recién nacido a la obtención del resultado por el laboratorio
Maximizar la efectividad del programa. La optimización de la edad a la detección es clave para tener el diagnóstico confirmatorio e instaurar el tratamiento de los casos detectados, lo más rápido posible, antes de que se manifiesten los síntomas de la enfermedad, para evitar o minimizar los daños en el recién nacido.
Se consideran las siguientes situaciones:

Proyecto: 2018_0482 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DECRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

- Si el resultado obtenido presenta valores muy alterados con una probabilidad elevada de que padezca la enfermedad, la obtención del primer resultado sobre primera muestra válida será:
Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.
Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.
- Si el resultado obtenido presenta valores dudosos que requieran una segunda muestra para confirmación será:
Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).
Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).
ETAPA DE REMISIÓN DESDE EL LABORATORIO DE CRIBADO, A LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO, DE LOS CASOS DETECTADOS POSITIVOS
Remisión a la unidad clínica de seguimiento desde la obtención del resultado por el laboratorio.
Garantizar que todos los casos detectados positivos, han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento en un plazo de tiempo óptimo.
Óptimo/aceptable: 100% han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento el mismo día de la obtención del resultado por parte del laboratorio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se evaluarán los indicadores correspondientes a los RN nacidos del año 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0543 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

2. RESPONSABLE ..... ELISA QUILEZ FRAJ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· URZAINQUI ZABALZA OFELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· LUIS LOBERA SARA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· CABEZON PEREZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.

En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

Dentro de este marco conceptual contar con un manual de bolsillo para las enfermeras del bloque quirúrgico contribuye de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, el aumento de la seguridad, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo general del manual -en formato de bolsillo- es servir como un instrumento de trabajo para todo el personal de nueva incorporación en el bloque quirúrgico.

Como objetivos específicos pretendemos:

* Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse al bloque quirúrgico

* Proporcionar al personal la información general más útil para la integración en el servicio

* Proporcionar la información específica sobre el material y las técnicas más habituales en quirófano

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Definición del grupo de trabajo.

- Priorización de las áreas a incluir en el manual de bolsillo

- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.

- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.

- Consenso y elaboración de cada uno de los temas

- Implementar y evaluar el proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
* Se ha realizado el manual de bolsillo: SI

* Satisfacción de los profesionales de enfermería con el manual:

El 90% de los profesionales están satisfechos con la información que recoge el manual de bolsillo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Definición del grupo de trabajo- Abril 2018

- Priorización de las áreas a incluir en el manual de bolsillo – Mayo 2018

- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible- Mayo – Septiembre 2018

- Valoración y juicio de los profesionales expertos en el tema: Mayo –Septiembre 2018

- Consenso y elaboración de cada uno de los temas: Mayo – Septiembre 2018

- Elaboración final del manual de bolsillo- Octubre 2018 – Noviembre 2018

- Evaluar el proyecto- Diciembre 2018

Proyecto: 2018_0543 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1278 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

2. RESPONSABLE ..... LUIS FERNANDO MANCHON LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLLADO VILLAVERDE SORAYA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· VALLE TAJADA MARTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· CATALAN GARCIA LARA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· MARTINEZ MORERA NATALIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· GIMENO GALLEGO LAURA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· GREGORIO PEREZ EVANGELINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· SERRANO PELLICER SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La instrumentación quirúrgica se define como "el arte y la capacidad de participar en el acto quirúrgico, en el manejo del instrumental y accesorios, e impartir técnicas de esterilidad".
Dicha definición nos muestra, a la enfermera instrumentista como un componente vital del equipo quirúrgico, la cual debe tener el conocimiento de la técnica a llevar a cabo y del instrumental quirúrgico que se debe utilizar y proporcionar la máxima eficacia en el manejo del mismo durante la intervención quirúrgica.
Contar con un manual fotográfico del instrumental existente en las diferentes cajas quirúrgicas del bloque quirúrgico del HUMS es una herramienta que va a permitir al personal de nueva incorporación poder identificar cada una de las piezas que componen dichas cajas, la función de las mismas para finalmente poder ofrecer una asistencia con la máxima eficacia, calidad y seguridad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería de nueva incorporación en el bloque quirúrgico del HUMS
-Reconocer el instrumental quirúrgico que se tiene a disposición en las diferentes cajas quirúrgicas del HUMS por especialidad
-Conocer la utilidad e importancia de cada instrumento quirúrgico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Definición del grupo de trabajo
-Priorización del instrumental y las cajas de los quirófanos del HUMS a categorizar
-Realización de fotografías para identificar el instrumental y la caja quirúrgica
-Montar el catalogo en el que se incluirá:
Especialidad quirúrgica, fotografía del instrumental y de la caja quirúrgica, la definición del mismo y sus funciones

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Catálogo realizado: SI
-Nº de cajas o sets quirúrgicos categorizados e incluidos en el catálogo – Al menos se categorizaran 10 cajas quirúrgicas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
•Priorización del instrumental y las cajas de los quirófanos del HUMS a categorizar-
Abril- junio 2018
•Realización de fotografías para identificar el instrumental y la caja quirúrgicaJunio – Octubre 2018
•Montar el catálogo de instrumental – Noviembre 2018
•Evaluación – Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.
Dado el número total quirófanos existentes actualmente el todo el Hospital Miguel Servet y para poder completar el proyecto en todas las áreas se considerará un proyecto que podría ser continuista para los próximos años.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1278 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1279 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARDIL REDONDO ALBA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· SABIO FORNOZA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· SERRANO PELLICER SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· MARTINEZ MORERA NATALIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· CATALAN GARCIA LARA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· BUÑUEL ASIN ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· ARIZA RUIZ SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad, el acceso a los protocolos de actuación, para el personal de enfermería de nueva incorporación en el bloque quirúrgico, se realiza a través de la consulta de la intranet del hospital. Acceder a esta información de manera sencilla y rápida y desde cualquier punto es una demanda habitual.

Dentro de este marco conceptual y teniendo en cuenta que los profesionales de enfermería cada vez emplean más el teléfono como herramienta de consulta y soporte durante nuestra jornada de trabajo, vemos que la aplicación del QR en nuestro bloque quirúrgico puede ayudarnos a acercar el conocimiento a los profesionales de nueva incorporación

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Usando este sistema queremos acercar al profesional de enfermería de nueva incorporación el conocimiento necesario para conocer el contenido de las cajas de las diferentes especialidades atendidas en el quirófano de urgencias del HG, para que mediante su Smartphone puedan visualizar su contenido todas las veces que sean necesarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Definir la información, relacionada con las cajas de instrumentación, que se van a incluir en códigos QR
-Revisión de la información y actualización si es preciso.
-Creación de los códigos QR
-Evaluación utilidad / satisfacción de usuarios

.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de cajas de instrumentación con código QR: 10 cajas para el año 2018
- Nº de profesionales de enfermería del quirófano de urgencias del HG que ven útil el Sistema: 75%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Definir la información, relacionada con las cajas de instrumentación, que se van a incluir en códigos QR.
Revisión de la información y actualización si es preciso.
Abril 2018 – Junio 2018
-Creación de los códigos QR: Septiembre 2018
-Evaluación utilidad: Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.
Según la utilidad final, y dado el número total de cajas existentes en el bloque quirúrgico del HG se considerará un proyecto continuista para los próximos años hasta completar la totalidad de las cajas que se crea necesario

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1279 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1502 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN BUISAN FRANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MIGUEL ROMEO MARI CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· DELGADO ALCALDE CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· USON LUCEA SONIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· SUBIAS CADENAS DELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
· AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante los últimos años, se ha considerado que la variabilidad en la práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados aplicados, sugieren la existencia de prácticas subóptimas. Disminuir la misma debe ser un objetivo prioritario en cualquier organización sanitaria
Dentro de este marco conceptual vemos la necesidad de elaborar protocolos de enfermería en los quirófanos de trauma, c. plástica y maxilofacial, realizados por y para enfermeras, con el fin de poder contar con una herramienta útil y eficaz, que nos sirva de ayuda, como documento de consulta y formación, contribuyendo así a disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Como objetivos nos marcamos
Disminuir la variabilidad en la práctica asistencial del equipo de enfermería de los quirófanos de traumatología, maxilofacial y cirugía plástica
Conducir la atención de enfermería en la dirección científica.
Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas
Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería por un trabajo bien hecho.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Definición del grupo de trabajo.
Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar.
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema
Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas en el quirófano de trauma, c. plástica y maxilofacial

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de procedimientos quirúrgicos del quirófano que se han protocolarizado:
Como mínimo durante el año 2018 se protocolarizaran 10 intervenciones quirúrgicas de la especialidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Definición del grupo de trabajo- Abril 2018
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible- Mayo – Septiembre 2018
Valoración y juicio de los profesionales expertos en el tema: Mayo –Septiembre 2018
Elaboración fichas quirúrgicas - Octubre 2018 – Noviembre 2018
Evaluar el proyecto- Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.
Dado el número total de procedimientos existentes en el quirófano de traumatología – c. plástica y maxilofacial para poder completar el proyecto en todas las áreas se considerará un proyecto continuista para los próximos años

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1502 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0780 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS PORRES AZPIROZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FAÑANAS MASTRAL JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· GARCIA MANGAS PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· SANCHO VAL ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· GIL PEREZ DESIRE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· VILLUENDAS USON MARIA CRUZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PALACIAN RUIZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La endocarditis infecciosa constituye una patología grave, que requiere para su tratamiento y diagnóstico, de la colaboración de profesionales de varias especialidades. Actualmente, en nuestro centro no se dispone de información sobre incidencia, tipos, microorganismos implicados y evolución clínica o quirúrgica de los casos. Tampoco existe un registro de los casos diagnosticados ni de su evolución.
Es necesario profundizar en el conocimiento de esta enfermedad en nuestro medio, y concretamente en nuestro centro, dado que es referencia de toda la comunidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto tiene como objetivo constituir un grupo de trabajo sobre Endocarditis Infecciosa (EI). Dicho grupo tendrá como fin, en una primera fase, la confección de una base de datos sobre casos de Endocarditis en nuestro centro.
En un futuro, en el grupo se diseñarán procedimientos, protocolos diagnósticos y terapéuticos sobre esta patología para su difusión a los diferentes servicios implicados en el cuidado de estos pacientes.
En una tercera fase, se difundirá el grupo incluyendo profesionales de toda la comunidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En un primer momento se diseñará una base de datos funcional para el registro de los aspectos fundamentales de los casos diagnosticados en el centro.
Una vez diseñada dicha base de datos, con el acuerdo de los diferentes participantes y servicios, se iniciará una fase de registro de los casos.
Tras unos meses de registro de casos, se acordarán tras una revisión de los campos, las variaciones que en ellos que se estimen oportunos por los integrantes del grupo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Memoria anual con número de casos registrados, prevalencia de cada germen, mortalidad, estancia media, recomendaciones en cuanto a la terapia antibiótica empírica.
Difusión de resultados en cada servicio mediante una sesión clínica.
Indicadores anuales:
-Registro de Casos completados/Ingresos con diagnóstico de -Endocarditis de cada unidad.
-Mortalidad/Ingresos con EI
-Terapia antibiótica según guías/ingresos EI.
-Complicaciones embólicas/Ingresos EI.
-Cirugía Cardíaca/Ingresos por EI
-EI protésica precoz/Nº Implantes protésicos anuales.
-EI en dispositivos (MP o DAI)/Nº Implantes anuales

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El grupo nace con vocación de duración indefinida, constituyéndose dentro de los grupos de trabajo o comisiones formados dentro del centro sobre diferentes patologías.
Inicialmente se confeccionará la base de datos con los campos que se acuerden por el grupo. Durante esta fase, se efectuará un programa piloto de registro de pacientes ficticios con el fin de optimizar el correcto funcionamiento del registro.
Desde el mes de Septiembre de 2018 se iniciará el registro por cada servicio de los aspectos que les competan.
En Diciembre de 2018 se efectuará una revisión de los registros e indicadores proponiendo mejoras en los mismos o el la forma de funcionamiento del registro.
Desde Enero del 2019 se iniciará el registro definitivo que podrá modificarse a la vista de los resultados de cada año.
En fases posteriores se iniciará la confección de protocolos o procedimientos de diagnóstico, tratamiento o

Proyecto: 2018_0780 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

seguimiento de pacientes con Endocarditis.

9. OBSERVACIONES.
Este proyecto queda incluido en el Acuerdo de gestión Clínica del S. de Cardiología y C. Cardiovascular.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0885 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LASALA ALASTUEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAMBO RUBERTE ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· JIMENO SANCHEZ JAVIER. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· LAPUENTE GONZALEZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LAO ROMERA JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· MORENO ESTEBAN EVA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En pacientes con cáncer de mama, en numerosas ocasiones tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, hay una elevada tasa de probabilidad de desarrollo de cardiotoxicidad y por tanto mucho que hacer en cuanto a la prevención del desarrollo de esta.

Creemos que se está realizando de forma deficitaria la prevención primaria de la cardiotoxicidad en nuestro medio mediante el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular de forma intensiva en pacientes en estadio A de insuficiencia cardiaca de la AHA (asintomáticos sin cardiopatía), siendo esto más precocupante en una población muy prevalente con alto riesgo de cardiotoxicidad como son estas pacientes, motivo por el cual creemos que es necesario enfatizar estas medidas como proyecto de mejora de nuestra unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- OBJETIVO PRINCIPAL:
o Mejorar la atención que se ofrece a las pacientes sometidas a tratamiento quimioterápico específico con antraciclinas y/o trastuzumab por neoplasia de mama en nuestro sector, mediante la redefinición de protocolos asistenciales en los que intervienen tanto los profesionales de cardiología como de oncología y atención primaria, de forma coordinada, en la atención de pacientes con alto riesgo de cardiotoxicidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Realizar un protocolo de manejo de los factores de riesgo cardiovascular, insistiendo en la necesidad de considerar a estas pacientes en tratamiento con quimioterapia como mínimo de alto riesgo cardiovascular según la tabla de riesgo SCORE.
o Realizaremos un protocolo en el que insistiremos en la necesidad de realizar un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular unas recomendaciones de tratamiento con las diversas posibilidades de ajuste de dosis de fármacos en el caso en que sea necesario, para conseguir los objetivos descritos para atención primaria y Oncología.

2. Protocolizar en consenso con la Unidad de Ecocardiografía del Servicio de Cardiología del HUMS la realización de la medida de la función ventricular izquierda mediante la técnica de Speckle-tracking en las pacientes con cáncer de mama tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, además de la valoración completa ecocardiográfica habitual.
o Será necesario para poder realizarlo la adaptación del software adecuado para poder hacer Speckle-tracking en nuestros aparatos de ecocardiografía.
o La periodicidad de estas pruebas es según los documentos de consenso(1): Ecocardiograma basal y al final del tratamiento cuando están en tratamiento con antraciclinas, y de forma basal, trimestral y al final del tratamiento en pacientes tratadas con trastuzumab.

3. Protocolizar con el Servicio de Oncología Médica la determinación de troponina I y proBNP de forma basal y antes de cada ciclo de quimioterapia con antraciclinas y/o trastuzumab, para derivar a Cardio-Oncología en caso de elevación de biomarcadores cardiacos.
4. Protocolizar nuestra guía de derivación a la consulta de Cardio-Oncología .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que son valoradas en consultas de atención primaria como pacientes de alto riesgo de cardiotoxicidad (=90%).
Realización de protocolo consensuado AP-ONCO-CARDIO para el control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con FEVI 2D pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=95%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma

Proyecto: 2018_0885 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

con strain mediante técnica de speckle-tracking pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital a los que se les determina biomarcadores (troponina I y proBNP) pre y postratamiento (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que alcanzan valor objetivo de LDL (< 70 mg/dl en riesgo muy alto o < 100 mg/dl en caso de riesgo alto según SCORE de riesgo) (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que consiguen control óptimo de tensión arterial (TA < 140/90 mmHg. En diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica con ClCr < 60 ml/min se recomienda TA < 140/85 mmHg) (=75%).
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital con Hb glicosilada < 7% (en mayores de 75 años < 7,5-8%) (=75%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que abandonan el hábito tabáquico (=50%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio desde el 1 de Septiembre de 2018 hasta el 31 de octubre de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1141 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

2. RESPONSABLE ..... AINHOA PEREZ GUERRERO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ PERALES CARLOS RUBEN. MIR. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· BLASCO PEIRO TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PORTOLES OCAMPO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· GAMBO GRASA PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANATOMIA PATOLOGICA
· GIMENO LOZANO JUAN JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LASALA ALASTUEY MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ORTAL NADAL MARIA DEL ROSARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El trasplante cardiaco es el tratamiento de referencia para pacientes seleccionados con insuficiencia cardiaca avanzada. A pesar de ello, el rechazo sigue siendo una causa importante de morbimortalidad, especialmente en receptores de alto riesgo y en la fase aguda del implante.
De los dos tipos de rechazo cardiaco, el rechazo mediado por anticuerpos (también llamado humoral o vascular) ha sido clásicamente una entidad mal definida y poco estudiada en las últimas tres décadas, en comparación con el rechazo celular. En los últimos años ha existido un interés renovado para unificar criterios en el diagnóstico y el tratamiento de esta entidad.
La verdadera incidencia del rechazo mediado por anticuerpos se desconoce debido a los cambios históricos de los criterios diagnósticos y a la falta de programas rutinarios de screening, variando de un 3 a un 85% en función de los criterios diagnósticos empleados. Cuando se emplean los criterios de 2006 de la ISHLT, la incidencia es del 5%.
En nuestro hospital, se realiza despistaje de rechazo celular, sin embargo, el rechazo humoral, siendo una causa importante de fallo del injerto, puede quedar infradiagnosticado. Existe cada vez más consenso en las últimas guías de práctica clínica en protocolizar el despistaje y el tratamiento de esta entidad.
En nuestro centro se han demostrado, al menos, dos casos diagnosticados en los últimos cinco años.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la atención prestada a los pacientes sometidos a trasplante cardiaco en nuestra comunidad mediante la protocolización de biopsia cardiaca con reactivos de inmunohistoquímica e inmunofluorescencia para el tratamiento precoz del rechazo humoral.
- Mejorar la relación cardiología-anatomía patológica-hematología para el diagnóstico conjunto (clínico-patológico-inmunológico) del rechazo humoral.
- Establecer un cribado universal de rechazo humoral en el 100% de nuestros pacientes trasplantados de corazón.
-Realizar un diagnóstico precoz de rechazo humoral.
-Protocolizar el tratamiento de los pacientes con un diagnóstico positivo de rechazo humoral.
-Disminuir la mortalidad y morbilidad asociada al rechazo humoral (reingresos por insuficiencia cardiaca) mediante tratamiento precoz de éste.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primer lugar, se realizará la revisión bibliográfica del tema, pertinencia y adecuación a los últimos consensos internacionales.
Se realizará una reunión interdisciplinar de los servicios de cardiología, hematología y anatomía patológica para plantear los recursos y las necesidades.
Será necesario aumentar la periodicidad del número de biopsias, precisando de técnicas de inmufluorescencia e inmunohistoquímica de forma sistemática (no sólo ante la sospecha). Además, se precisará de técnicas de cuantifiación de anticuerpos.
Una vez consensuados y establecidos los recursos, se realizará una nueva reunión de cara a la presentación del protocolo y a su puesta en marcha.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de biopsas endomiocárdicas con valoración de rechazo humoral por paciente al año/biopsias totales realizadas. Estándar: 80%.

Número de pacientes que tienen en el primer año determinación de anticuerpos/número total de pacientes trasplantados. Estándar: 90%

Número de determinaciones de anticuerpos por paciente en el primer año del trasplante. Estándar: 5

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 1 de septiembre de 2018. Prevista su finalización: marzo de 2019

Proyecto: 2018_1141 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

-Documentación y planificación: Ainhoa Pérez Guerrero, Carlos Rubén López Perales. Septiembre 2018.
-Reunión de servicios: Responsable de unidad de insuficiencia cardiaca, responsable de unidad de biopsias cardiacas de anatomía patológica y responsable de inmunohematología. Octubre 2018 y Enero 2019.
-Adecuación de reactivos: responsable de unidad de biopsias cardiacas de anatomía patológica y responsable de área de
inmunohematología. Noviembre y Diciembre 2018.
-Presentación: Ainhoa Pérez Guerrero, Carlos Rubén López Perales. Febrero 2019.
-Puesta en marcha: Responsable de unidad de insuficiencia cardiaca. Marzo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1208 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL ROSARIO ORTAS NADAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERGUA MARTINEZ CLARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LAPERAL MUR JOSE RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CORDON RUIZ RUBEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· AURED GUALLAR CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· SAMPEDRO FELIU ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan a millones de personas y son la principal causa de mortalidad y discapacidad en los pases desarrollados. Aunque disponemos de grandes avances en la prevención y el tratamiento, el envejecimiento de la población, la epidemia de obesidad y de diabetes, la mayor supervivencia tras la fase aguda de la enfermedad, entre otras causas, están incrementando la prevalencia de las ECV crónicas y su presencia en nuestras consultas y hospitales.

Los pacientes con ECV son atendidos por un elevado número de profesionales en organizaciones y servicios diferentes. La fragmentación en la atención de los pacientes por una
misma enfermedad dificulta que una actuación diagnostica o terapéutica sea diseñada con visión a largo plazo, teniendo consecuencias en el pronóstico y la calidad de vida. Son componentes de la coordinación asistencial la transferencia de información y la coordinación en el seguimiento. La coordinación de los servicios sanitarios es una prioridad para responder al reto que supone mejorar nuestra eficiencia en un contexto de incremento de las necesidades asistenciales.

La falta de coordinación se ha asociado con:
- Duplicación de pruebas, remisiones y derivaciones innecesarias y un uso inadecuado
- de los servicios de urgencias.
- Errores médicos en la prescripción de medicamentos con interacciones o duplicidades.
- Contradicciones en los planes de atención y en los diagnósticos.
- Percepción de falta de comunicación entre profesionales por el paciente con posterior
- desconfianza y menor adherencia a las indicaciones.

Estos aspectos los hemos visto reflejados no pocas veces durante la asistencia a nuestros pacientes con enfermedad cardiovascular. Creemos que la protocolización consensuada entre dos niveles asistenciales (Asistencia Primaria (AP) y Especializada (AE) cardiológica) de aquellos procesos asistenciales cardiovasculares compartidos más frecuentes (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatias)) redundará en una mejora clara de la calidad asistencial que reciben nuestros pacientes junto a una mejora en la propia actividad asistencial que desde la atención especializada cardiológica proporcionamos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto va a mejorar la calidad asistencial de toda la población de nuestro sector con enfermedad cardiovascular dirigido. Y los objetivos que queremos alcanzar son:
-Mejorar la calidad asistencial del paciente cardiológico ambulatorio
-Mejorar la relación ente Asistencia Primaria (AP) y especializada (AE) cardiológica
-Disminuir la lista de espera de primeras visitas, derivadas desde la interconsulta virtual (IC) en los centros de especialidades médicas (CEM) de nuestro sector
-Disminuir la lista de espera de las pruebas diagnóstico/terapéuticas cardiológicas de nuestro sector
-Crear una consulta de enfermería “cardiológica” en Atención primaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Creación de un grupo multidisciplinar AP-AE cardiológico, que incorpore médicos de AP y cardiólogos tanto del ámbito hospitalario como ambulatorio, junto a enfermería de AP y de AE, tanto del ámbito hospitalario como ambulatorio
2. Realizar la protocolización de los procesos compartidos más frecuentes: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatias, dentro del grupo multidisciplinar
3. Presentar los protocolos compartidos en cada CS de nuestro secotrs
4. Realizar al menos una reunión mensual del grupo multidisciplinar y levantar acta de cada una de ellas
5. Realizar al menos una reunión interterritorial AP-AE en el H. Miguel Servet acreditada para los asistentes y los ponentes
6. Designar cardiológicos referentes para cada CS del sector sanitario
7. Realizar reuniones en cada CS de forma mensual con el cardiólogo referente para resolver casos clínicos, presentar protocolos, etc..
8. Utilizar la interconsulta virtual (IV) como único medio de comunicación AP-AE

Proyecto: 2018_1208 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE

9. Protocolizar la respuesta a la IV intraservicio de cardiología para evitar variabilidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Creación del grupo multidisciplinar – (si/no)
- Realización de una reunión mensual del grupo multidisciplinar y levantar acta escrita -(si/no)
- Realizar visitas al CS por parte del cardiólogo referente de forma mensual -(si/no)
-Realizar la protocolización consensuada dentro del grupo de cada uno de los procesos asistenciales descritos -(si/no)
- Disminuir la lista de espera de primeras visitas en los CEM <50 días (estándar: 50%)
- Disminuir la lista de espera para ecocardiograma < 30 días (estándar: 30%)
- Protocolización de la respuesta a la IV intraservicio- (si/no)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 1 de abril de 2018. Prevista su finalización: marzo de 2019
-Documentación y planificación: Cada uno de los integrantes es cardiólogo referente de un CS. Todos realizarán la misma actividad de forma periódica
-Reunión de servicios: Mª del Rosario Ortas Nadal
-Presentación: Mª del Rosario Ortas Nadal
-Puesta en marcha: Mª del Rosario Ortas Nadal. Abril 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2018_1313 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MIÑANO OYARZABAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· SALAZAR GONZALEZ JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· PORTOLES OCAMPO ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· LASALA ALASTUEY MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· TEJIDO SIGÜENZA MARTA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Alta Hospitalaria es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo. El proceso culmina cuando “un paciente que, estando previamente ingresado (es decir, que al menos ha producido una estancia), deja libre la cama que tenía asignada en el centro”.
El informe clínico de alta (IA) es el documento emitido por el médico responsable de un paciente al finalizar su proceso asistencial en un centro hospitalario. El IA es básicamente una herramienta de comunicación. Como en cualquier proceso de comunicación existe un emisor, el clínico que lo redacta, y uno o varios receptores. En realidad, el IA tiene múltiples usuarios: el paciente, sus familiares, el médico de Atención Primaria, el mismo médico que lo ha redactado u otros del mismo servicio, otros especialistas, los médicos de urgencias y los codificadores clínicos.
Las recomendaciones al paciente (RP) son una de las partes fundamentales del informe de alta hospitalaria. En ellas se basarán los cuidado pos-hospitalización tanto para el paciente como para el médico de Atención Primaria que lo reciba.
Proponemos mejorar las RP en los informes de alta de los pacientes ingresados de manera no programada. Para ello, se establecerán una serie de recomendaciones generales para las distintas patologías y en el caso de pacientes con síndromes coronarios agudos se dispondrá del programa informático PCVIA. El programa PCVIA ha sido diseñado por un grupo interhospitalario de cardiólogos junto con médicos de Atención Primaria y facilita la personalización de las RP en este contexto.
En el informe del alta se establecen así mismo las indicaciones de cara al seguimiento ambulatorio de los pacientes, tanto por parte de Atención Primaria como de Atención Especializada. En muchas ocasiones utilizando una terminología muy general: “seguimiento por su especialista de área”, que no aporta la información necesaria que el médico de Atención Primaria necesita y, sin embargo crea unas expectativas en el paciente que, al no ser cumplidas, condicionan su insatisfacción y preocupación. Este hecho, además, es el origen de no pocas duplicidades en las citaciones de los pacientes, y junto a ello, de la repetición de estudios o visitas médicas innecesarias.
Las interconsultas Virtuales solicitadas desde Atención primaria son una herramienta útil que permite la comunicación ágil y rápida entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria que permite la valoración conjunta de los pacientes y la resolución de muchas de ellas de forma no presencial. Una adecuada gestión de las mismas permite priorizar aquellas visitas más preferentes, optimizar las consultas monográficas, solicitar pruebas previas y en definitiva, realizar un seguimiento más adecuado y a tiempo de los pacientes, sin crear falsas expectativas.
Por ello, proponemos revisar, en todos los pacientes ingresados en planta de hospitalización de cardiología de manera no programada, los buzones pendientes de citación en sus centros de especialidades médicas, anulando todas aquellas visitas que se consideren innecesarias (porque no aporten ningún valor al paciente) o estén duplicadas. Por otra parte, se evitará remitir de manera directa e impersonal a seguimiento ambulatorio especializado en todos los IA de pacientes hospitalizados, realizando las recomendaciones que requiera cada paciente y priorizando la vía de las interconsulta virtual, como única vía de acceso a la consulta en Atención especializada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar la calidad de los informes de alta hospitalarias por medio de una serie de recomendaciones personalizadas.
-Reducir consultas y pruebas de control en atención especializada post-hospitalización no necesarias
- Establecer como modo habitual de citación en atención especializada la vía de las interconsulta virtual desde Atención Primaria.
- Mejorar las expectativas del paciente

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Añadir consejos de salud en todas las altas de forma personalizada.
- Difundir y promover el uso del programa PCVIA
- Retirar la frase “control por su cardiólogo habitual/de área” de los informes de altas hospitalaria.
-En caso de necesidad de revisión en cardiología ambulatoria, se añadirá la frase “citación a cardiología a través de la interconsulta virtual” con el tiempo que se considere necesario
- Revisión y anulación de citaciones pendientes o duplicadas por parte del personal administrativo de acuerdo

Proyecto: 2018_1313 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

con Cardiología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de altas sin incluir la frase “revisión por su cardiólogo habitual/de área”: >80%
- Número de altas con revisión de buzón de consultas externas en cardiología:> 70%
- Número de altas con recomendaciones de cuidados post-hospitalización personalizadas >80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 1 de julio de 2018. Prevista su finalización: 30 marzo de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1411 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

2. RESPONSABLE ..... TERESA OLORIZ SANJUAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO GALIANO NAIARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ELECTROFISIOLOGIA ARRITMIAS
· DIAZ CORTEGANA FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ELECTROFISIOLOGIA ARRITMIAS
· SANTAMARIA LUNA EVA. ENFERMERO/A. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA (IIS). CARDIOLOGIA
· ASSO BADIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ELECTROFISIOLOGIA ARRITMIAS
· ORTAS NADAL ROSARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los ECG realizados en la práctica clínica diaria es muy numeroso y afecta a diferentes áreas de la atención médica tanto en atención primaria como en especializada.El ECG es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica e incluso es frecuentemente realizado en pacientes asintomáticos de forma preventiva.Constituye un requisito imprescindible en la realización de un preoperatorio así como en un examen de salud.Los registros obtenidos mediante las técnicas convencionales analógicas y su forma de trasmisión errática mediante FAX o fotocopia dificultan la interpretación de ECG por su baja calidad. Por ejemplo el registro obtenido en una atención urgente para su valoración posterior de manera ambulatoria. En otros casos este registro ni siquiera está disponible.
La interpretación de los ECGs por distintos profesionales está asociada a una variabilidad y heterogeneidad en el diagnóstico que puede tener implicaciones clínicas importantes.Que el ECG este recogido en la HCE permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.Existen una amplia variedad de situaciones en las que un ECG patológico puede condicionar un ingreso hospitalario pudiendo tratarse, en ocasiones, de una alteración crónica o ya conocida.El disponer de registros ECGs recogidos en la historia del paciente permite una mejor valoración y enfoque de la situación clínica. La duplicidad de consultas en el ámbito asistencial es una situación muy frecuente. Mediante un ECG realizado en atención primaria que este incluido en la HC se podría tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta mejorando la calidad asistencial así como la reducción de costes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos Fundamental de la digitalización del ECG en el área de atención especializada del sector II, es permitir el acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud.
Objetivos EspecíficosImplementar la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS, Centros Médicos de especialidades del sector y el área de Hospitalización,Ayudar en la toma de decisiones en base a pruebas anteriormente realizadas y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología,Colaborar en la realización del preoperatorio de todos aquellos pacientes que van a ser intervenidos,Optimizar el empleo de la interconsulta virtual como gestor de consultas virtuales y presenciales,Favorecer el seguimiento del paciente y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en unidades especializadas, como la de insuficiencia Cardiaca, arritmias y/o marcapasos dotadas en la actualidad de consulta de enfermería de seguimiento del paciente crónico,Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados,Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación,Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados.ECGs que se realicen en el servicio de urgencias del HUMS,CME(Ramón y Cajal, San José) y Plantas de HG.Población diana, cualquier paciente que requiera de la realización de un ECG en el contexto de su situación clínica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Inicialmente se realizó una experiencia piloto en la unidad de arritmias, para analizar los problemas y las debilidades del proyecto.Comenzamos a implementar la digitalización por áreas concretas del HUMS: unidad de arritmias, consultas externas de cardiología del hospital, área de soporte vital de urgencias, para posteriormente ir ampliando el número de servicios. La difusión se va realizar a través de sesiones clínicas de la unidad y la formación se va realizar en cada una de las áreas respondiendo a las necesidades de cada una de ellas.El siguiente Cronograma describe las áreas en las que esta implementado y el calendario de las nuevas inclusiones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES:Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total.
Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE.
Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología.
RESULTADOS:Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total:50%
Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE: 8/11 áreas

Proyecto: 2018_1411 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología:20%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Prevista la digitalizacion por areas del hospital que se incluiran en periodos de dos meses hasta su finalización.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_1231 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLOZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H M.SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

2. RESPONSABLE ..... PEDRO CARLOS FRESNEDA ROLDAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MATAMALA ADELL MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· LARENA SANCHEZ SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA CARDIOVASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde sus comienzos hace más de medio siglo, la cirugía cardiovascular (CCV) tal y como la entendemos hoy, ha ido desarrollándose e implantándose al amparo de la evolución técnológica y la miniaturización. Paralelamente, y a raiz de los buenos resultados consolidados de la terapia quirúrgica cardiovascular, se han ido ampliando indicaciones sobre un amplio espectro de patologías congénitas y adquiridas, así como dirigidas a un grupo cada vez más complejo de pacientes.
Esta demanda creciente de complejidad técnica y asistencial ha promovido políticas basadas en la menor agresión quirúrgica y en la recuperación precoz de estos pacientes ("fast track").
Este nuevo enfoque del postoperatorio pretende un manejo más eficiente y un más adecuado consumo de recursos, tendentes a la recuperación precoz del paciente y a una más rápida alta hospitalaria. Esta nueva filosofía de tratamiento se continua con la rehabilitación postoperatoria extrahospitalaria y con la reincorporación socio laboral temprana de los pacientes en el caso de sujetos en edad laboral. En los pacientes ya jubilados, pretende aportar calidad a los años de esperanza vital.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con la protocolozación de distintos aspectos del postoperatorio de CCV del adulto, pretendemos los siguientes objetivos:
1. Minimizar la tasa de complicaciones en planta (infecciosas, cardiológicas, neurológicas, de heridas quirúrgicas, hematológicas).
2. Conseguir un mejor abordaje del dolor postoperatorio, factor clave en la recuperación postquirúrgica.
3. Movilización precoz y colaboración activa del paciente en su recuperación.
4. Reducir la estancia postoperatoria y sus costes.
5. Implementar un programa para fomentar la calidad percibida por parte de los pacientes, que transmita confianza y reconocimiento hacia la institución y sus profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
PRIMERA FASE:
1. Constitución de un grupo de trabajo multidisplinar integrado por más de veinte profesionales pertenecientes a quince estamentos clínicos o auxiliares, implicados en la gestión del postoperatorio en CCV.
2. Reuniones periódicas (quincenal o mensual) para consensuar los distintos protocolos propuestos para optimizar y hacer más eficiente el tratamiento de estos pacientes.
SEGUNDA FASE:
3. Una vez establecidas las directrices a seguir, plasmarlas en una guía de actuación clínica y de enfermería a disposición de los distintos profesionales implicados en el cuidado del paciente intervenido de CCV. Esta actuación protocolizada hará más uniforme nuestras estrategias de tratamiento en cada caso concreto. Se requerirá la impresión y edición de distintos manuales y folletos de divulgación a pacientes y familiares.
4. Definir los objetivos de análisis ulterior para evaluar los beneficios de las estrategias adoptadas.
TERCERA FASE:
5. Evaluación al alta de cada paciente y al año de la intervención para conocer los resultados obtenidos desde un punto de vista clínico y a ser posible definir el impacto económico, en término de costes, de las medidas implementadas. Será necesario disponer de un programa de información, basado en el contacto mediante formularios, con los cardiólogos referidores y con el propio paciente. Asimismo serán necesarias distintas herramientas informáticas de análisis masivo de variables clínicas y posibles costes repercutidos.
6. Publicitación de los resultados del proyecto de gestión en el ámbito autonómico (comunidad cardiológica proveedora de pacientes y sociedad civil en general). Para ello se realizarán sesiones informativas específicas dirigidas a los profesionales sanitarios relacionados con este tipo de pacientes y será necesario recurrir a los medios corporativos de comunicación y gabinete de prensa institucional para difusión general a la población aragonesa.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Control y disminución de la tasa de fibrilación auricular postoperatoria hasta un 10% de los pacientes intervenidos.
2. Control del dolor postoperatorio.

Proyecto: 2018_1231 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLOZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H M.SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

3. Evaluación y tratamiento del deterioro cognitivo postCEC.
4. Minimización de la tasa de reingreso en UCI tras cirugía, estableciendo un valor adecuado por debajo del 5%.
5. Análisis exhaustivo de infecciones postoperatorias mayores y menores, adoptando las medidas que nos permitan no exceder una cifra superior al 6% de los intervenidos.
6.Disminuir la estancia postoperatoria en planta para obtener una media inferior a 10 días.
7. Funcionamiento y toma de decisiones basadas en algoritmos.
8. Evaluación de la satisfacción y calidad percibida del paciente en el momento del alta hospitalaria.
9. Implementación de un programa de rehabilitación motora y respiratoria con continuidad tras el alta.
10. Coordinación con Cardiología extrahospitalaria para evaluar los indicadores a largo plazo (un año tras la intervención).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
PRIMERA FASE: Abril a Septiembre de 2018
SEGUNDA FASE: Octubre a Diciembre de 2018
TERCERA FASE: Enero a Abril 2019 (análisis preliminar). Posteriormente estaremos en evaluación anual permanente, introduciendo las medidas de corrección adecuadas en cada momento, para mantener los objetivos propuestos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1167 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA DUQUE MALLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SANTERO MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MATUTE MARISOL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· DE MIGUEL ARDEVINES MENCHU. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Incontinencia Fecal (IF) se considera “la epidemia silente” porque está infradiagnosticada e infratratada. No disponemos de datos en Aragón pero podría afectar hasta al 2% de la población, con grupos poblacionales especialmente afectados: el 26% de las mujeres mayores de 50 años y el 40% de los pacientes ancianos frágiles.
La Unidad de Coloproctología del HUMS (Zaragoza) se formó en el 2015 en el procedimiento mínimimante invasivo de Neuromodulación Sacra (NMS) dentro del algoritmo diagnóstico-terapéutico de la IF. En este proyecto se pretende implementar está tecnología y contribuir a facilitar la gestión de la continuidad asistencial de estos pacientes para que puedan acceder a la NMS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
5.1) Población diana: Población del Área II y, por extensión, población de la C.A. de Aragón que precise tratamiento de la IF con NMS.
5.2) Pacientes: Pacientes con IF que no responden a tratamiento conservador y precisan un abordaje quirúrgico de su problema.
5.3) Intervenciones:
Es importante gestionar la continuidad asistencial de los pacientes con IF favoreciendo su detección precoz mediante la divulgacion en entornos de Atención Primaria. Y facilitar al paciente la ruta de pruebas complementarias hasta ofrecer un tratamiento personalizado.
En caso de precisarse un abordaje quirúrgico de la IF éste puede ser convencional (cirugía esfinteriana) o mínimamente invasivo (Neuromodulación de raices sacras).
5.4) Resultados:
Resultados primarios: Tratar un número de 10-15 pacientes por año mediante NMS y asegurar su seguimiento continuado.
Resultados secundarios: Establecer circuitos de acceso al tratamiento de NMS desde AP, especializada (Digestivo, Rehabilitación, Endocrinología y Nutrición, etc) a Cirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
6.1) Acciones previstas para lograr los objetivos: En la primera fase (2015-2017) se formaron los pioneros del equipo (Dra Duque y Dra sanchez) y se han completado dos años de experiencia exitosos en la técnica. En una segunda fase se formará al resto del equipo de la Unidad de Coloproctología, centrándose en los miembros fijos de la plantilla.

6.2) Plan de comunicación, actividades de formación y de participación comunitaria: Se han programado actividades de difusión sobre la IF y su tratamiento especializado que pretenden concienciar a pacientes y médicos de AP. Además de la difusión en prensa ya realizada en años anteriores se están organizando las 1ªs Jornadas de IF en el Hospital Universitario Miguel Servet y Presentación delegación de ASIA en Zaragoza El título de las Jornadas es DETECCIÓN PRECOZ, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO DE LA INCONTINENCIA FECAL. Se realizan en el edificio de Docencia el 7 de junio 2018 de 16-18:30h .

6.3) Descripcion de los recursos previstos: Contamos con quirófanos adjudicados para el procedimeitno de NMS en régimen de Cirugía sin ingreso, a razón de dos sesiones por paciente (una de prueba y otra para colocar el generador definitivo). Contamos con consulta específica de IF. Además contamos con la colaboración multidisciplinar de Digestivo y Rehabilitación. Contamos con la infraestructura de Docencia para organizar las Jornadas y con el gabinete de prensa del HUMS para su divulgación.

6.4) Cambios previstos en la oferta de servicios. Es de prever un aumento en la demanda de NMS para estos pacientes, que hasta la fecha permanecían infratados e infraatendidos. Un efecto colateral es que muchos apcientes que presentan IF y no precisan de NMS pueden beneficiarse también al fomentar la detección precoz del problema.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados
7.1) Número de pacientes que han sido tratados con NMS en un año >10 (10-15)
7.2) Protocolo de seguimiento de pacientes con NMS completado (pruebas complementarias, encuestas de calidad de

Proyecto: 2018_1167 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

vida, reprogramaciones, etc) > 80% (70-90)
7.3) Mejoría clínica de la IF >50% en las pacientes tratadas y a largo plazo.
7.4) Colaboración con asociacion de pacientes de IF de la CA de Aragón.
7.5) Realizacion de Jornadas de presentación del grupo multidisciplinar.

Bibliografia: Matzel, KE. “Fecal Incontinente” . Coloproctology. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2017,196

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
8.1) Formación del resto del equipo en NMS: 1 año
8.2) 1ªs Jornadas de IF en el Hospital Universitario Miguel Servet: 7 de junio 2018 de 16-18:30h .
8.3) Organización de la continudiad asistencial desde AP y especializada hasta HUMS: 1 año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1284 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

2. RESPONSABLE ..... MARIO SERRADILLA MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BAJADOR ANDREU EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· PASCUAL BELLOSTA ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· TORO NUÑEZ MAXIMILIANO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· CLARACO VEGA LUIS MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI
· SANZ PARIS ALEJANDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· DIEZ ALONSO MARIA ISABEL. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. FISIOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La cirugía HBP es una área de la cirugía con una morbimortalidad importante (25% de morbilidad y 5% de mortalidad en cirugía hepática y 50% de morbilidad y 10% de mortalidad en cirugía pancreática). La aplicación de las guías de RMM supone una disminución de esta morbimortalidad, una menor estancia postoperatoria, un acortamiento en el tiempo de recuperación para el paciente y una diminución de los costes sanitarios. Actualmente se realizan 200 cirugías de este tipo anualmente en el Hospital Miguel Servet. La alta prevalencia de complicaciones condiciona largas estancias postoperatorias y un importante consumo de recursos. La sistematización del proceso perioperatorio conlleva mejores resultados a corto plazo, menor consumo de recursos y una más rápida y mejor recuperación para el paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Análisis de la morbimortalidad perioperatoria facilitados por Control de Gestión del HUMS.
- Creación de una guía de RMM en cirugía pancreática y hepática basada en la evidencia científica existente.
- Difusión de las guías a los distintos servicios implicados.
- Implementación de dichas guías en la práctica clínica.
- Creación de bases de datos prospectivas.
- Fomentar la publicación de los resultados en revistas médicas.
- Disminución de la tasa de morbilidad en cirugía pancreática un 10% y hepática un 5%.
- Disminución de la tasa de reingresos, estancia en UCI y estancia media al menos un 10%.
- Disminución de la mortalidad un 1% en cirugía hepática y 2% en cirugía pancreática.
- Aplicación del protocolo de RMM al menos al 50% de los pacientes intervenidos por patología HBP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Constitución del grupo.
- Análisis de la morbilimortalidad en cirugía HBP de 2017.
- Revisión blibliográfica de la evidencia científica.
- Elaboración de la Guía de RMM en cirugía pancreática y hepática.
- Difusión de las guías en sesiones clínicas.
- Aplicación de la guía de RMM.
- Elaboración de base de datos prospectiva y recogida de datos.
- Análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de la guía a los 6 meses y al año de la puesta en marcha.
- Comunicación de los resultados a los servicios implicados.
- Publicación de los resultados en revistas de impacto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
CIRUGÍA PANCREÁTICA:
Hemorragia, fístula pancreática, retraso del vaciamiento gástrico, fístula gastroyeyunal, fístula biliar, absceso intraabdominal, diarrea, transfusión postoperatoria, fístula quilosa, reintervención, reingreso, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.
HEPATECTOMÍA
Hemorragia, fístula biliar, absceso intraabdominal, insuficiencia hepática, reingreso, reintervención, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.
Fuente de datos: Control de Gestión del HUMS.
Estándares en cirugía pancreática: morbilidad < 50%; mortalidad < 10%.
Estándares en cirugía hepática: morbilidad < 25%; mortalidad < 2-3%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Jun 2018: constitución del grupo.
- Jul-sept 2018: revisión de la bibliografía.
- Oct-Nov 2018: elaboración de guía de RMM en cirugía pancreática.
- Dic 2018: difusión de la guía a los servicios implicados.

Proyecto: 2018_1284 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

- En 2019: aplicación de la guía en cirugía pancreática. Elaboración de base de datos.
- Abr-may 2019: análisis resultados primer trimestre 2019 y elaboración de guía en cirugía hepática.
- May-jun 2019: difusión de guía en cirugía hepática.
- Jul 2019: aplicación guía en cirugía hepática y análisis resultados primer semestre.
- Ene-feb 2020: análisis resultados anuales en cirugía pancreática y primer semestre en cirugía hepática.
- Jun-jul 2020: análisis resultados anuales aplicación de guía RMM en cirugía hepática.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1392 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO RAPIDO

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· DELSO GIL ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· PANTILIE BIANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· LOBERA MOLINA FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
1.- En nuestra especialidad el diagnóstico clínico de la patología oncológica es vital.

2.- Cuando el paciente es valorado en consulta externa, suele proporcionársele cita urgente para realización de biopsia que confirme el diagnóstico de sospecha.

3.- En otras ocasiones se realiza una biopsia de lesión a priori no sospechosa, pero durante el acto quirúrgico se modifica el criterio y se decide activar el protocolo de diagnóstico urgente.

4.- En ciertas ocasiones, nuestros pacientes presentan un perfil de adherencia a consultas, pruebas y seguimiento complicado, por su situación social y de hábitos tóxicos. En el momento actual identificamos como problemas la pérdida de tiempo vital para el tratamiento con las consiguientes repercusiones clínicas y de supervivencia.

5.-, Por todo lo anterior pretendemos establecer un seguimiento interno de estos pacientes independientemente de las actitudes activas que se les recomiendan.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. TOMA DE REGISTRO DE NOBRE Y DATOS DEL PACIENTE DIANA, ASOCIANDO FECHA Y CIRUJANO QUE REALIZA LA TOMA
2. TRAZABILIDAD Y ACCESO PERMANENTE POR NUESTRO SERVICIO A LA HISOTIRA CLINICA FISICA DEL PACIENTE
3. ASEGURAR QUE EL PACIENTE TIENE CITA PARA RECEPCIÓN DE RESULTADOS
4. CONTROL DE RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS Y RECLAMACIÓN DE LOS MISMOS SI EL RITMO NO ES PROCEDENTE
5. ADELANTAMIENTO DE CITA DE RESULTADOS SI ES PRECISO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se procederá a la realización de un registro físico de todos los datos del paciente con sospecha oncológica
- El personal del quirófano de locales contactará con administrativos de consulta para confirmar cita de recepción de resultados y permita control de historia clínica física
- Se procederá a contactar con Servicio de Anatomía Patológica si el tiempo de resultados de muestra urgente no son los estimados
- Se procederá a adelantar cita al paciente con resultados positivos de ser preciso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se procederá a la valoración por parte de los miembros del servicio de la pertinencia y opinión de mejora de la calidad asistencial ofertada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha de cronograma de inicio prevista es 2018 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_1393 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· DELSO GIL ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· PANTILIE BIANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· LOBERA MOLINA FERNANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
1.-El paciente oncológico accede a nuestro Servicio desde distintas vías: derivación de médico de atención primaria, derivación de otro especialista, derivación por odontólogo o autoderivación desde Servicio de Urgencias.

2.- En numerosas ocasiones, el paciente se ve inmerso en una espiral de pruebas diagnósticas complejas y una dinámica de trabajo que les es ajena y complicada de entender.

3.- En ciertas ocasiones, nuestros pacientes presentan un perfil de adherencia a consultas, pruebas y seguimiento complicado, por su situación social y de hábitos tóxicos.

4. En el momento actual identificamos como problemas la pérdida de tiempo vital para el tratamiento, por mala comprensión de citas, pérdida de visitas por no comprender la gravedad de su problema, con las consiguientes repercusiones clínicas y de supervivencia

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN BASICA POR ESCRITO QUE PERMITA AL PACIENTE SER CONSCIENTE DEL RITMO DE URGENCIA DIAGNÓSTICA QUE SE ACTIVA POR SU PATOLOGÍA
2. CALENDARIO DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS
3. DINÁMICA DE CITAS DE LAS PRUEBAS
4. ACTITUDES ACTIVAS A TOMAR TRAS LAS PRUEBAS
5. TELEFONOS DE CONTACTO PARA DUDAS
6. COMUNICACIÓN FISICA PARA QUE SU MAP PUEDA CONOCER LA SITUACIÓN Y SUPERVISAR AL PACIENTE CON MALA ADHERENCIA TERAPEUTICA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se procederá a la confección de una hoja informativa para el paciente en el que conste de forma clara concisa y dinámica un calendario de citas y conocimiento de las pruebas a las que será sometido
- Se realizará un adendum en el que se haga notar las actitudes activas que el paciente debe tomar tras las pruebas (comunicar al personal de la consulta la realización de aquellas que por la urgencia no tengan dia asignado al dia de activación de la vía de diagnóstico rapido)
- Se recomendará enseñar el documento al MAP para que sea conocedor del protocolo que se activa y permita tomar actitud paternalista de ser preciso
- Se facilitarán teléfonos para acceso a más información o comunicación de incidencias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se procederá a la evalucación subjetiva de los pacientes de la utilidad de la información aportada.
Se procederá a la evaluación de la mejora de la adherencia a las citas y al conocimiento de la urgencia de la patología

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se procederá a la evalucación subjetiva de los pacientes de la utilidad de la información aportada.
Se procederá a la evaluación de la mejora de la adherencia a las citas y al conocimiento de la urgencia de la patología

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1393 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_0871 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS

2. RESPONSABLE ..... ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROCHE ALBERO ADRIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCIA MARTINEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· YUSTE BENAVENTE VALENTIN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· JORDAN PALOMAR ELENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Hospital Miguel Servet, dado su volumen de pacientes e importancia como hospital de referencia, recibe gran cantidad de pacientes con traumatismos óseos que además asocian lesiones graves de tejidos blandos. Por otro lado, el servicio de Cirugía Plástica recibe pacientes trasladados de otros centros para tratamiento de lesiones de partes blandas que asocian lesiones óseas que requieren de tratamiento por parte del servicio de Traumatología. La particular patología de estos pacientes hace que hayan de ser tratados por ambos servicios ya sea de forma simultánea en la misma intervención quirúrgica o de manera escalonada, con la dificultad que conlleva respecto a organización de quirófanos y personal por ambos servicios. Por otro lado, los cuidados postoperatorios de las lesiones de tejidos blandos influyen muchas veces en el seguimiento habitual y evolución de las lesiones óseas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este proyecto se pretende crear un grupo de trabajo mixto entre componentes de la unidad de Fracturas y cirujanos plásticos especializados en miembro inferior para optimizar el estudio y tratamiento de estos pacientes, coordinando las intervenciones quirúrgicas necesarias en el menor tiempo posible, para así reducir la estancia hospitalaria de estos pacientes, que muchas veces se alarga por la solicitud de pruebas diagnósticas adicionales y la dificultad respecto a la disponibilidad de quirófanos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Con este proyecto se pretende:
-Evaluación precoz de los pacientes ingresados en uno de los servicios por los especialistas del otro, en un máximo de 48 horas.
-Reuniones periódicas según dicte la idiosincrasia de los pacientes, pero con un mínimo de dos al mes, para el estudio detallado de los casos y valoración de su evolución.
-Discusión y en su caso, petición de pruebas diagnósticas adicionales desde el momento de su evaluación inicial para disminuir la estancia hospitalaria.
-Discusión del mejor momento para el tratamiento de cada una de las lesiones para planificar las intervenciones quirúrgicas y optimizar la ocupación de quirófanos, decidiendo si es más adecuado realizarse en el quirófano de Cirugía Plástica o Traumatología en función de las lesiones a tratar y la terapéutica a llevar a vabo.
-Puesta en común de la posible evolución de las lesiones para optimizar el tratamiento al alta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de pacientes que cumplen el perfil antes expuesto.
-Número de pacientes en que se realizó evaluación precoz.
-Tiempo de demora entre el ingreso y la petición de las pruebas complementarias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Septiembre 2018
Final: Septiembre 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1100 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MODREGO ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LALLANA DUPLA JOSE JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCIA CALVO VERONICA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GOMEZ BLASCO ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· AGUILAR EZQUERRA ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MONGE VAZQUEZ MARIA EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GARCIA MARTINEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
EXISTE UNA SOBRECARGA EVIDENTE DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS, CON AMPLIA VARIABILIDAD EN CUANTO A SUS DIAGNOSTICO, GRAVEDAD Y PROBLEMÁTICA SOCIAL. SIENDO EN MUCHOS CASOS ESTA VÍA LA ELEGIDA POR LOS PACIENTES COMO VÍA RÁPIDA DE ACCESO A COSULTAS PARA EVITAR LAS LARGAS DEMORAS DEL SISTEMA EXISTENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
GENERAR UN SSITEMA DE IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN Y DERIVACIÓN DE PACIENTES ENTRE URGENCIAS Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUAMTOLOGÍA QUE OPTIMIZE EL TRATAMIENTO DE LOS MISMOS EN BASE A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
SE ESTABLECERÁ UNA COMISIÓN DE CALIDAD CON LA PARTICIPACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, Y ADMISIÓN SIN DESCARTAR LA PARTICIPACIÓN DE ATENCION PROMARIA SI FUERA PRECISO.
IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES PROCESOS ATENDIDOS EN URGENCIAS.
CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.
ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS.
SEGUIMIENTO SEMANAL DURANTE LOS TRES PRIMEROS MESES Y POSTERIORMENTE MENDSUAL DEL FUCIONAMIENTO DE DICHO PROTOCOLO.
CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS INTEGRAL
CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIFICA DE TRAUAMTOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DERIVADOS DE URGENCIA CONCRITERIOS DE ATENCIÓN ESPECÍFICA (FRACTURA RADIO, FRACTURA HÚMERO, FRACTURA MANO…)
CREACIÓN DE UN SISTEMA PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL CON COLABORACIÓN DE TRABJADORES SOCIALES Y ATENCIÓN AL PACIENTE

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS NO CONSIDERADO EL EPISODIO COMO URGENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO
- PACIENTES DERIVADOS A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA INCORRECTAMENTE SEGÚN PROTOCOLO ELABORADO
-SEGUNDAS VISITAS EN URGENCIAS
-PACIENTES INCLASIFICABLES
-PACIENTES QUE NO ACUDEN A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA TRAS LA DERIVACIÓN DESDE SERVICIO DE URGENCIAS
-PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DESDE CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA
-PACIENTES ATENDIDO EN URGENCIAS POR PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL NO MÉDICA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
3 MESES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UNA COMISIÓN INTEGRADA POR SERVICIO DE URGENCIAS, TRAUMATOLOGÍA, ADMISIÓN Y POSIBLEMENTE ATECIÓN PRIMARIA PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS, ELABORAR PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA Y CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS
TRES MESES POSTERIORES PARA CREACIÓN DE CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA CON CONTENIDO ESPECÍFICO (PATOLOGÍA TRAUMATICA ESPECIFICA POR SEGÚN EL TIPO DE FRACTUA, PATOLOGIA CON PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL…)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1102 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES ANCIANOS CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPROTICA DE CADERA, HUMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MODREGO ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LUMBRERAS VIRGOS RUTH ELISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ROCHE ALBERO ADRIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RIPALDA MARIN JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CARBONEL BUENO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CORELLA ABENIA EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
EL ÍNIDCE DE NUEVAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS TRAS UNA PRIMERA FRACTURA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL ES ELEVADO, CON CIFRAS QUE VARÍAN EL LA BIBLIOGRAFÍA MÉDICA ENTRE UNOS PORCENTAJES DEL 14% AL 86%. EXISTE UN DÉFICIT EN EL TRATAMIENTO PREVENTIVO FARMACOLÓGICO TRAS UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN EL ANCIANO. LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA TERAPEUTICO Y DE MEDIDAS HIGIENICAS PREVENTIVAS DISMINUIRÍA EL PORCENTAJE DE NUEVAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN EL ANCIANO TRAS UN PRIOMER EPISODIO DE FRACTURA DE CADERA HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL POR FRAGILIDAD.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- DISMINUIR EL NÚMERO DE FRACTURAS EN EL LOS PACIENTES ANCIANOS TRAS UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL POR FRAGILIDAD
- INSTAURAR UN PRTOTOCOLO TERAPEUTICO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPORICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.
- INSTAURAR UNA GUIA DE RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAS Y HABITOS CORRECTOS EN PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPORICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
EL PROYECTO DE MEJORA ABORDARÁ LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES:
SE ELABORARÁ UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVENTIVO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL POR FRAGILIDAD QUE SE INCLUIRÁ EN EL INFORME DE ALTA DEL MISMO.
SE REALIZARÁ POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO TRAUMATOLÓGICO, GERIATRICO, FISIOTERAPEUTAS Y DE ENFERMERÍA UNA LABOR INFORMATIVA SOBRE LAS MEDIDAS DIETÉTICAS, POSTURALES, ALIMENTICIAS PREVENTIVAS PARA EVITAR NUEVAS FRACTURAS, ELABORANDOSE UNA HOJA INFORMATIVA AL ALTA DEL PACIENTE CON DICHAS RECOMENDACIONES.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO EN SUCESIVAS CONSULTAS POSTALTA.
- PORCENTAJE DE PACIENTES REINGRESADOS POR FRACTURA OSTEOPOROTICA TRAS TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EL PRIMER AÑO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
3 MESES PARA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CREACIÓN DE UN GRUPO INTERDISCIPLINAR PARA LA ELABORACIÓN DE LA PAUTA TERAPEUTICA A SEGUIR COMO PREVENCIÓN DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.
3 MESES PARA ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO FARMACOLÓGICO Y UNA HOJA INFORMATI HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL VA AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.
1 MES PARA INFORMACIÓN A TODO EL PERSONAL MÉDICO, DE ENFERMERIA, FISIOTERÁPICO Y TRABAJADORES SOCIALES DE LAS RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS E HIGIENICO-DIETETICAS.
INICIO DEFINITIVO DE LAS PRESCRIPCIONES FARMACOLOGICAS Y HOJA DE RECOMENDACIONES EN EL INFORME DE ALTA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1107 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

2. RESPONSABLE ..... MARINA ANGULO TABERNERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEÑA JIMENEZ DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LOSTE RAMOS ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· TABUENCA SANCHEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CHARLEZ MARCO ALFREDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· RODRIGUEZ VELA JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CERDAN MORENO SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la cirugía de columna es frecuente la colocación de implantes del tipo de tornillos o dispositivos intersomáticos. Habitualmente se colocan con referencias anatómicas y bajo control de escopia 2D intraoperatorio. Debido a las alteraciones anatómicas secundarias a la artrosis facetaria o inestabilidad en ocasiones la colocación puede ser inadecuada siendo el motivo de realización de nuevas pruebas diagnosticas (como Rx, RMN y TAC), re-intervenciones para retirada o recolocación de implantes mal posicionados, ciáticas postoperatorias o lesiones neurológicas que condicionan el buen resultado de la intervención.

El O-ARMN es un sistema de imágenes de tomografía computarizada (TC) intraoperatorio que puede proporcionar información e imágenes de alta calidad al cirujano y permitir la colocación navegada de implantes de columna como tornillos y dispositivos intersomáticos. Se calcula que el O-ARM puede reducir la tasa de mal posicionamiento de tornillos del 5,16% con la escopia 2D al 1,23% con el TAC intraoperatorio.

Queremos evaluar hasta que punto es el O-ARM útil en la colocación de la instrumentación de columna comparado con el empleo de escopia intraoperatoria 2D y valorar si ello supone una reducción de las complicaciones derivadas de ello.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana serían pacientes con indicación de artrodesis de columna con implantes en los que se emplea el navegador O-ARM o la escopia 2D convencional.

Gracias a la navegación intraoperatoria O-ARM esperamos observar una mejoría en los siguientes aspectos comparándolos con intervenciones con realizadas con escopia convencional :
- El número de ciáticas postoperatorias atribuibles al mal posicionamiento de implantes
- El número de TAC y RMN postoperatorios atribuibles al mal posicionamiento de implantes.
- En la necesidad de re-intervención precoz para retirada o recolocacion de implantes por mal posicionamiento.
- En la necesidad de recolocar de manera intraoperatoria tornillos mal posicionados.

Tambien valoraremos si el empleo del navegador O-ARM supone un incremento en el tiempo operatorio, perdida hemática, necesidad transfusional, tiempo de ingreso o tasa de infecciones respecto a la cirugía con escopia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La realización del trabajo no supone un cambio importante en la actividad habitual de la Unidad de Columna, siendo la técnica quirúrgica y la indicación la misma independientemente de si la colocación del implante se realiza navegada con O-ARM o con la escopia convencional.

La planificacio´n del estudio se basa en estratificar los pacientes en funcio´n de si la intervencion se realiza con O-ARM o escopia convencional. De esta manera analizaremos en cada grupo las complicaciones, el tiempo quirúrgico, clínica postoperatoria y la necesidad de recolocacion intraoperatoria de implantes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de estudios de TAC y/o RMN postoperatorios
- Número de re-intervenciones precoces para retirada-modificación de implantess
- Número de ciáticas postoperatorias

Todas estas variables se registrarán en ambos grupos (escopia y O-ARM) y se expresarán respecto al total de pacientes intervenidos de cada grupo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tendrá una duración de un año, desde mayo de 2018, fecha de inició del empleo de la cirugía navegada con O-ARM en nuestro centro.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1107 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0239 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ ATUAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORONA BELLOSTAS CAROLINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· RUIZ DE TEMIÑO MARIA MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI QUIRURGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las sesiones multidisciplinares dentro de los servicios desempeñan un papel cada vez más importante como punto de encuentro para que los miembros sanitarios del servicio, puedan interactuar y aprender unos de otros.

En la práctica de la asistencia hospitalaria, hay un cuerpo básico de conocimientos tanto desde el punto de vista clínico como científico que todos los sanitarios compartimos. Además existe un nexo de disciplinas transversales y temas relacionados la práctica clínica que puede compartirse en las sesiones multidisciplinares del servicio.

Actualmente la falta de sesiones clínicas tiene como consecuencia una falta de homogeneidad en los tratamientos entre los diferentes miembros del servicio y comunicación subóptima entre los mismos. La consecuencia es confusión en otros miembros de apoyo como enfermería como también pacientes. Este proyecto está diseñado para designar de manera periódica sesiones clínicas de actualización en los temas pertinentes a nuestra práctica clínica y tiene como beneficio adicional ser parte del programa académico de miembros del servicio en formación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Compartir las actualizaciones diagnóstico-terapéuticas en los procesos más prevalentes y que generan actuación multidisciplinar coordinada.
- Favorecer la comunicación entre los miembros del servicio, facilitando además la interacción entre distintos servicios y unidades de nuestro hospital.
- Proporcionar actualización en procesos diagnósticos y terapéuticos
- Actualizar los conocimientos en investigación sanitaria
- Comunicar los diferentes procedimientos, normas de actuación, procesos y protocolos relevantes para todos los profesionales del servicio
- Fomentar el uso de las guías y protocolos clínicos
- Potenciar la retroinformación a los profesionales del servicio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones de trabajo para la formulación del temario y asignación de ponentes.

Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio de una actualización sobre el tema, seguido de una puesta en común, discusión y resolución conjunta o elaboración de conclusiones.

En caso de sesiones con la colaboración de otros servicios, se alternarán ponentes de las distintas especialidades. Inclusión y participación activa del personal de enfermería tanto de planta como de quirófano.

Se realizarían un mínimo de 3 sesiones mensuales y máximo de 5 sesiones al mes con la excepción de los meses de Julio y Agosto.

Encuestas de satisfacción, valoración de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora.

Se creará una base de presentaciones para su acceso permanente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Las sesiones clínicas serán evaluadas mediante encuestas de satisfacción al final del programa.
- Asistencia de un mínimo de 3 miembros del servicio - 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio - 1 de Mayo 2018 - Finalización 31 de Mayo 2019

1- Reuniones de trabajo con miembros del servicio para formulación de temario y asignación de ponentes MAYO - JUNIO 2018.

2- Inicio de sesiones JUNIO 2018

Proyecto: 2018_0239 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

3- Continuación de sesiones SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2018

4 - Continuación de sesiones ENERO - MAYO 2019

5 - Encuestas de satisfacción, valoración de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora. MAYO 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0569 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA CORONA BELLOSTAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ ATUAN RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· GONZALEZ RUIZ YUREMA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· ANQUELA GRACIA RUTH. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS
· MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS
· GONZALEZ ESGUEDA AINARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La cirugía mínimamente invasiva (CMI) supone una mejora en la calidad de la atención al paciente, ya que produce menos dolor postoperatorio, mejor resultado estético, y una recuperación más precoz de la actividad habitual. Al mismo tiempo, conlleva una introducción constante de novedades tecnológicas que condicionan un cambio en las habilidades y en la forma en la que éstas se aprenden, suponiendo a veces un detrimento de la seguridad del paciente en los inicios de la curva de aprendizaje. Este problema es más acusado en Cirugía Pediátrica, en donde coexiste la complejidad secundaria al pequeño tamaño del paciente y el escaso volumen de patología, alargándose la curva de aprendizaje. Consideramos necesario un apoyo constante a la formación y entrenamiento en las técnicas de CMI para mejorar el tiempo quirúrgico y la seguridad del paciente pediátrico sometido a este tipo de cirugía.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ampliación de la cartera de servicios de Cirugía Pediátrica en el ámbito de la cirugía mínimamente invasiva, manteniendo estándares de seguridad del paciente.
Desarrollo de un programa de entrenamiento en cirugía laparoscópica y toracoscópica en neonatos y pacientes pediátricos de bajo peso mediante simuladores y modelo animal, en colaboración con el CIBA.
Colaboración con la UZ para el desarrollo de una línea de diseño de simuladores específicos para el entrenamiento en cirugía neonatal y en el paciente pediátrico de bajo peso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Implementación de un programa de entrenamiento en CMI específico para el paciente neonatal y pediátrico, que incluya a los trabajadores del Servicio de Cirugía Pediátrica. Los cirujanos tendrán al menos una sesión mensual de entrenamiento en técnicas mínimamente invasivas estructurado según niveles de dificultad, haciendo uso de simuladores físicos, virtuales, y animal de experimentación.
Coordinación constante con la UZ mediante un plan de trabajo con reuniones de periodicidad mensual para el desarrollo de simuladores específicos para las patologías neonatales más complejas, como la atresia de esófago.
Protocolización del proceso y del material necesario para las técnicas más habituales.
Entrenamiento del personal de enfermería y auxiliar de Quirófano y Hospitalización en el manejo del nuevo material y los nuevos procedimientos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La monitorización del proyecto se realizará en base al tiempo quirúrgico, morbilidad perioperatoria y el tiempo de hospitalización obtenido de la revisión de las historias clínicas de los pacientes en los que se realice alguna de las siguientes intervenciones quirúrgicas:
Piloromiotomía por estenosis hipertrófica de píloro
Cierre de fístula y anastomosis término-terminal por atresia de esófago
Apendicectomía
Lobectomía pulmonar
Colecistectomía
Funduplicatura Nissen
Nefrectomía
Estenosis pieloureteral
Esperamos que en estas patologías se produzca un aumento de los casos realizados con mínima invasión sin aumentar las complicaciones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio 1 de marzo de 2018- Final 1 marzo 2019
Marzo 2018: Reuniones de trabajo con personal del CIBA para definir la metodología de las sesiones de entrenamiento que se realizarán en sus instalaciones. Reuniones de trabajo con investigadores de la UZ para puesta en común de los objetivos de desarrollo de simuladores.
Abril-Junio 2018: Primeras sesiones de entrenamiento: Participación del personal en al menos tres sesiones de entrenamiento en animal y tres sesiones de entrenamiento en simulador durante este periodo.
Junio 2018: Revisión del cumplimiento de los objetivos en cuanto a diseño de sistemas de simulación y primera valoración de los criterios de morbimortalidad, tiempo quirúrgico y anestésico en las cirugías mencionadas.

Proyecto: 2018_0569 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Julio-Septiembre 2018: Formación a personal de enfermería en cuanto a estandarización de procedimientos mínimamente invasivos en patologías concretas.
Septiembre-Enero 2019: Calendario de sesiones de entrenamiento orientados a patologías y técnicas concretas según los déficits encontrados.
Febrero 2019: Revisión de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología Quirúrgica Infantil
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0789 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES RUIZ DE TEMIÑO BRAVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ ANDRES ARMANDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA
· BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PEDIATRICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La cirugía pediátrica realizada en régimen ambulatorio o sin ingreso acorta la estancia hospitalaria, reduce la exposición a infecciones nosocomiales, permite la participación activa de los padres, logra un elevado grado de satisfacción del paciente y reduce los costes totales del proceso.
Sin embargo hemos detectado en su puesta en práctica que no existen criterios que establezcan las condiciones en las que debe encontrarse el paciente en el momento del Alta de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o Cirugía sin Ingreso (CSI). Del mismo modo tampoco están especificadas que condiciones impedirían el Alta de la Unidad y serían motivo de ingreso del paciente. Este problema condiciona en algunos casos retrasos innecesarios del Alta o, con menor frecuencia, pacientes que se van de Alta sin cumplir alguna condición que ocasionalmente es motivo de reingreso.
Con este proyecto pretendemos mejorar la seguridad del paciente, estableciendo criterios de Alta bien definidos, evaluables por el personal de enfermería, que aplicados en el momento adecuado después de la cirugía, permitan discriminar fácilmente si el paciente cumple condiciones para poder trasladarse a su domicilio o por el contrario son motivo de que el médico valore el ingreso del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Pretendemos discriminar con agilidad y en el momento adecuado, los pacientes pediátricos a los que se puede dar el Alta después de Cirugía Ambulatoria, de aquéllos que no reúnen condiciones de Alta y debe valorarse su ingreso.
Este proyecto es aplicable a todos los pacientes intervenidos en la Unidad de CMA o CSI del Servicio de Cirugía Pediátrica (Planta 3ª del HI y Quirófanos CSI Multifuncional).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar una Hoja de Valoración de Criterios de Alta, que incluya los aspectos esenciales que deben reunir los pacientes de acuerdo con la evidencia disponible, consensuando su contenido entre los facultativos del Servicio de Cirugía Pediátrica, el Servicio de Anestesiología y la Supervisión de Enfermería.
- Consensuar su aplicación por los facultativos y el personal de Enfermería.
- Instruir al personal de enfermería en las Unidades de Cirugía Ambulatoria del Servicio de Cirugía Pediátrica en el modo de aplicación.
- Iniciar su aplicación en la Unidades de CMA/CSI

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
CRITERIO
Valoración correcta de ALTA
INDICADOR
nº de pacientes de ALTA que reúnen criterios en la Valoración de Criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes de ALTA
FUENTE
Hoja de Valoración de Alta
Informe de Alta
ESTANDAR
>95%
CRITERIO
Valoración correcta de INGRESO
INDICADOR
nº de pacientes que INGRESAN tras Cirugía Ambulatoria que NO reúnen criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes que ingresan FUENTE
Hoja de Valoración de Alta
Informe de Alta
ESTANDAR
>95%
CRITERIO
% valorado de INGRESOS tras Cirugía Ambulatoria
INDICADOR
Nº pacientes que no reúnen criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes intervenidos
FUENTE
Hoja de Valoración de Alta

Proyecto: 2018_0789 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

Informe de Alta <5%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Elaboración Hoja de Valoración de Criterios de Alta. Dr. Sánchez, Dra. Ruiz de Temiño (Mayo 2018)
-Consensuarla por Servicio de Cirugía Pediátrica, Anestesiología y Supervisión de Enfermería Mª José Dra. Ruiz de Temiño, González Mª José (Mayo-Junio)
-Instruir personal de Enfermería Dr. Bragagnini(Julio)
-Implantar su aplicación por los facultativos y el personal de Enfermería (Dr. Bragagnini) (Septiembre)
-Evaluación (Marzo 2019)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CIRUGIA PROGRAMADA CMA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0803 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS

2. RESPONSABLE ..... VALENTIN YUSTE BENAVENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGULLO DOMINGO ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· CARBONELL BERNAL ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· BERNAL MARTINEZ ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La cirugía dermatológica supone un enorme volumen de la patología intervenida por el Servicio de Cirugía Plastica del Hospital Universitario Miguel Servet, generando una carga asistencial considerable.

Si bien es cierto que existen muchos factores que pueden intervenir en el tipo de intervención y las condiciones en que se debe realizar, una gran proporción de estas intervenciones se puede realizar de forma ambulatoria o en sala blanca. Sin embargo y en último término, la decisión del proceso que seguirá el paciente para ser intervenido dependerá del facultativo que realice la valoración. Esto supone en muchas ocasiones que pacientes con las mismas características puedan ser intervenidos de forma ambulatoria o causando ingreso hospitalario.

Por lo previamente expuesto, consideramos que existe un campo de mejora en la unificación de criterios intraservicio, de cara a detectar aquellos pacientes que pueden ser intervenidos con un menor consumo de recursos. Esto no solo supondrá un menor gasto, si no que además permitirá agilizar las listas de espera de aquellos procesos que deban ser intervenidos causando ingreso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Unificar el criterior en cirugía dematológica por parte del Servicio de Cirugía Plástica.
- Disminuir la variabilidad clínica.
- Disminución en el número de pacientes intervenidos por cirugía dermatológica causando ingreso.
- Aumentar la seguridad de aquellos pacientes con comorbilidades que van a ser sometidos a una intervención ambulatoria.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar una revisión sistemática de toda la bibliografía indexada referente a la indicación y seguridad de los procedimientos de cirugía dermatológica en sala blanca y ambulatorios en cirugía plástica.
- A partir de la revisión sistemática, se creará una guía preliminar que será consensuada con el Servicio de Cirugía Plástica.
- Una vez consensuada, se creará creará un protocolo de unificación de criterios en cirugía dermatológica del Servicio de Cirugía Plástica.
- Creación de un proceso para la valoración de pacientes con comorbilidades susceptibles de ser intervenidos en sala blanca.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Publicación de un protocolo de unificación de criterios en cirugía dermatológica.
- Presentación del protocolo al Servicio de Cirugía Plástica y al Servicio de Anestesia y Reanimación mediante sesión clínica.
- Indicador de cirugía con ingreso evitables <15%.

* Indicador de cirugía con ingreso evitables= Número de intervenciones con ingreso para cirugía dermatológica potencialmente evitables x 100/ Número de intervenciones con ingreso para cirugía dermatológica totales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Creación de protocolo de unificación de criterios en Cirugía Plástica antes de Noviembre de 2017.
- Presentación del protocolo en los Servicios implicados durante el mes siguiente a su publicación.
- Revisión de la lista de espera quirúrgica para proceso dermatológico generada 6 meses tras la publicación del protocolo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2018_0803 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS

Proyecto: 2018_0715 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL DE CIRUGIA TORACICA DE MINIMA INVASION

2. RESPONSABLE ..... RAUL EMBUN FLOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYO CRESPO IÑIGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA
· RIVAS DE ANDRES JUAN JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA TORACICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
ANÁLISIS DE SITUACIÓN
Durante la última década, la cirugía torácica de mínima invasión se ha desarrollado e implementado de forma exponencial como forma de tratamiento quirúrgico de afecciones cada vez más complejas. De hecho, la cirugía torácica video-asistida (VATS) es considerada el Gold Standard, como forma de tratamiento del cáncer de pulmón, por las principales Guías de Práctica Clínica.
A pesar de la amplia experiencia en nuestro medio, la proporción de pacientes que se benefician de dicho tratamiento sigue siendo mejorable. Consideramos que el principal punto crítico o motivo por el que dichas cifras no han experimentado el ascenso deseado, tiene que ver especialmente con discrepancias de criterios clínicos entre los propios profesionales del servicio y aspectos organizativos internos.
PERTINENCIA DEL PROYECTO.
Dicha experiencia es la que ha motivado que nuestro Servicio sea considerado centro de referencia para la formación de profesionales en técnicas de mínima invasión. Además de la docencia, esta Unidad se caracteriza por su compromiso con la investigación, constituyendo el Grupo Asociado de Investigación de Patología Quirúrgica del Tórax del IIS Aragón, cuyo investigador principal y responsable de esta Unidad, es miembro del comité científico de dicha Institución pública. Además de en el ámbito local, la pertinencia científica de esta Unidad viene dada por la figura de su responsable como coordinador y promotor del Grupo Español de Cirugía Torácica Video-asistida (GEVATS) de la Sociedad Española de Cirugía Torácica (SECT).
Creemos que la creación de esta Unidad está también justificada por su interés e implicación en la gestión de recursos tecnológicos. En este sentido, son múltiples los estudios de evaluación económica que han demostrado como la cirugía torácica de mínima invasión es adecuada en términos de eficiencia. En nuestro medio, dicho estudio económico ha sido motivo de una tesis doctoral (Dr Iñigo Royo), que ha demostrado como la VATS, como vía de abordaje en las resecciones pulmonares anatómicas, es una técnica mejor coste-efectiva que la cirugía abierta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Fomentar la implementación de la cirugía torácica de mínima invasión.
2. Promover la práctica de la medicina centrada en el paciente en nuestro servicio.
3. Coordinar actividades de formación e investigación relacionadas con la cirugía de mínima invasión en nuestro servicio.
4. Colaborar con la Organización en la racionalización de recursos, así como en el diseño de futuros programas de cirugía robótica y cirugía inteligente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACTIVIDAD ASISTENCIAL
Desarrollo del proceso de resección pulmonar en nuestro servicio que incluirá los siguientes subprocesos: Pre-hospitalización, Hospitalización, Post-hospitalización.

ACTIVIDADES CENTRADAS EN EL PACIENTE
1. Participación en la web del sector II, dando información general sobre nuestra estructura y actividad.
2. Desarrollo de una Guía para el Paciente en Cirugía Torácica en colaboración con el equipo de enfermería y Servicio de Anestesiología.
3. Creación de encuestas de satisfacción.

ACTIVIDAD DOCENTE/INVESTIGADORES
Dirección y participación como docentes en cursos, coordinación del Grupo Español de Cirugía Torácica Video-asistida y colaboración con el IIS Aragón.

OFERTA SERVICIOS
Común a la cartera de servicios del Servicio de Cirugía Torácica del HU Miguel Servet

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A falta de planificar el proceso de resección pulmonar y los indicadores que del mismo se deriven, inicialmente se tendrán en cuenta los siguientes:
- % de resecciones pulmonares anatómicas (RPA): estándar 60% (40-80%)
- Estancia media postoperatoria tras RPA: 7 días (5-9 días)
- Mortalidad postoperatoria (30 días o antes del alta) tras RPA: 3% (0-5)
- % Reingresos tras RPA (30 primeros días desde el alta) 4% (0-8%)

Proyecto: 2018_0715 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL DE CIRUGIA TORACICA DE MINIMA INVASION

Fuente: Benchmarking en cirugía torácica. Tercera edición. Frexinet J, Varela G, Rodríguez P, Embún R et al. Arch Bronconeumol 2016;52:204-10.

Los indicadores (estancia mediana, mortalidad hospitalaria y reingresos), serán evaluados de forma global e independiente según el tipo de abordaje realizado (VATS vs cirugía abierta).
Dicha evaluación se realizará de forma semestral en base a dos periodos (1 enero-30 junio; 1 julio-31 diciembre).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tanto la planificación como la puesta en marcha del proceso de resección pulmonar y las actividades previstas desarrollar centradas en el paciente se prevé que estén en funcionamiento para octubre-noviembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1264 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

2. RESPONSABLE ..... ANA MORALES CALLAGHAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GILABERTE CALZADA YOLANDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
· ZUBIRI ARA MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
· RIEZU OCHOA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Teledermatología (TD), es una técnica que ha experimentado un gran desarrollo en España en los últimos años. Se considera una tecnología emergente que comienza su fase de consolidación en nuestro país. Estimamos que la TD puede beneficiar en gran medida el proceso asistencial del paciente acortando los tiempos de espera y priorizando la patología importante.
PROPUESTA DE CIRCUITO DE TELEDERMATOLOGÍA
Los MAP podrán enviar las peticiones al Servicio de Dermatología y dichas consultas se almacenarán en una agenda especial de TD la cual podrá ser consultada por los dermatólogos. Éstos, tras leer cada petición y revisado de las fotografías adjuntas, deberán indicar el diagnóstico y el tratamiento oportuno.
Las respuestas de los especialistas serán remitidas al centro de salud correspondiente. El médico de primaria tras consultar su respuesta, deberá indicar al paciente el diagnóstico y el tratamiento indicado por el médico especialista.
El circuito que proponemos para la realización de esta Interconsulta virtual sería el siguiente:
1. El paciente acude a Atención Primaria por una lesión de carácter dermatológico.
2. Si el MAP considera que dicha lesión es susceptible de ser derivada a Atención Especializada por esta vía, accederá al sistema para generar una teleconsulta.
• Rellenará un informe con un conjunto mínimo de datos compuesto de antecedentes, anamnesis, localizaciones y diagnóstico.
• Realizará 3 fotos de la lesión (panorámica, detalle y dermatoscopia- cuando sea necesaria) y las adjuntará a la teleconsulta.
• Imprimirá y entregará un informe al paciente donde quedan reflejados los datos de la consulta así como de unas instrucciones que sirven para informar al paciente del sistema en el que está participando.
3. El MAP autocitará al paciente en un plazo máximo de 15 días para darle los resultados del dermatólogo, ya que éste se compromete a responder la teleconsulta en un máximo de 10 días.
4. En el caso de que el dermatólogo estime necesario que el paciente debe acudir a Atención Especializada para una exploración presencial, la Unidad de Citaciones del propio Hospital se pondrá en contacto directamente con el paciente para indicarle la fecha y hora de la cita de presencia en el Hospital.
5. Si el paciente no ha acudido a su Centro de Salud a recoger los resultados del dermatólogo en la fecha en la que el MAP lo autocitó, indicará que el paciente ha sido citado en Especializada y en cualquier caso, el MAP deberá acceder al sistema para ver la respuesta del especialista.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Principal:
Valorar la efectividad de un programa de teledermatología para la resolución de las derivaciones de pacientes desde atención primaria a dermatología.
• Secundarios:
1. Contabilizar el tiempo medio utilizado por teleconsulta.
2. Contabilizar el número de teleconsultas que son citadas en presencial.
3. Contabilizar el número de teleconsultas repetidas para un mismo paciente.
4. Contabilizar el número de teleconsultas de procesos cosméticos o derivaciones inadecuadas.
5. Contabilizar el número de consultas pediátricas.
6. Establecer el nivel de concordancia entre el diagnóstico de sospecha del MAP y el diagnóstico dermatológico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
NUESTRO PROYECTO
• Nuestro objetivo es comenzar la TD en 1 Área Básica de nuestro Sector (Sector II) como fase piloto y posteriormente extender la técnica al resto de Centros de Salud de nuestro Sector. Comenzaríamos con el Centro de Salud Almozara. (Posibilidad de ampliarlo a algún otro centro inicialmente también)
• Para ello es fundamental realizar una formación específica de los MAP, que ya hemos realizado en el campo de la Dermatoscopia.
• La fase piloto inicial tendría una duración inicial de 2 meses.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de interconsultas virtuales realizadas.
2. Tiempo medio utilizado por teleconsulta.
3. Número de teleconsultas que son citadas en presencial.
4. Número de teleconsultas repetidas para un mismo paciente.

Proyecto: 2018_1264 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

5. Número de teleconsultas de procesos cosméticos o derivaciones inadecuadas.
6. Número de consultas pediátricas.
7. Nivel de concordancia entre el diagnóstico de sospecha del MAP y el diagnóstico dermatológico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 Junio: fecha prevista de inicio de la IC virtual con el Centro de Salud Almozara
30 de Septiembre fecha prevista del fin del proyecto piloto y análisis de los resultados.
Octubre tras el análisis de los resultados mejora de aquellos aspectos que la requieran y establecimiento del protocolo definitivo para la IC virTUal de dermatología
Octubre-Noviembre: iniciar el proceso paulatino de incorporación a la IC virtual en principio con los Centros de Salud docentes ya que cuentan ya con los medios técnicos - dermatoscopios- y deberán adquirir cámaras fotográficas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_1290 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA EN DERMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GILABERTE CALZADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIEZU OCHOA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
· MARTIN MARCO RICARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
· PORTA AZNAREZ NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
· SANCHEZ HERNANDEZ MARIA MILAGROS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento no invasivo que tiene indicación en cáncer cutáneo no melanoma, en concreto: queratosis actínicas, carcinoma escamoso in situ y carcinoma basocelular superficial y nodular.
Las tasas de curación son del 81-92% en queratosis actínicas (a los 3 meses), 100-88% en el carcinoma escamoso in situ (recidivas a los 5 años del 20%), 80% en carcinoma basocelular superficial y 76% en carcinoma basocelular nodular a los 5 años de seguimiento (Calidad de la evidencia IA. Guía clínica de terapia fotodinámica del European Dermatology Forum 2014).
Aunque la forma de financiación de la TFD en los diferentes países europeos varía, distintos estudios muestran que es un tratamiento coste-efectivo (Vale Sm et al. Pharmacoeconomics 2017;35:177-190). Ahorra cirugías y es especialmente conveniente para el tratamiento de pacientes ancianos, polimedicados y pluripatológicos, aquellos en los que el cáncer cutáneo no melanoma es más frecuente. Además, el tratamiento se puede repetir y combinar tanto con cirugía como con otros tratamientos médicos (5-fluorouracilo, imiquimod, etc). El resultado cosmético es excelente así como la satisfacción de los pacientes.
Existe mucha bibliografía acerca del uso de la TFD en otras indicaciones aparte del cáncer cutáneo no melanoma, como en la enfermedad de Paget extramamaria, la neoplasia intraepitelial vulvar, algunos linfomas T de lesión cutánea única, condrodermatitis, etc.). Una de las que más futuro puede tener es en el manejo de las infecciones superficiales producidas tanto por hongos como por bacterias. El Servicio de microbiología del HUMS es pionero en investigación básica y clínica en este tema.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Principal
- Valorar la utilidad de la TFD en el manejo del paciente con cáncer cutáneo no melanoma.
Secundarios
- Contabilizar el número de carcinomas basocelulares y carcinomas escamoso in situ tratados con TFD.
- Contabilizar los usos fuera de indicación en los que la TFD se ha utilizado con éxito.
- Medir la satisfacción del paciente con el tratamiento.
- Contabilizar de forma separada los pacientes trasplantados tratados con la TFD.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Se creará un tipo de procedimiento en la agenda de dermatología del HUMS denominado terapia fotodinámica.
2. La preparación de las lesiones las realizará la enfermera en la consulta de enfermería o el facultativo así como la aplicación del fotosensibilizante, y las iluminaciones se efectuarán 3 horas más tarde en el horario y sala destinado a fototerapias lámpara Aktilite administrando una dosis ya pre-programada de 37 J/cm2 (unos 8 minutos).
3. Como protocolo, las queratosis actínicas precisan 1 sesión de TFD, con posible repetición al mes o a las 3 meses si la respuesta ha sido incompleta. Los carcinomas basocelulares y los carcinomas escamosos in situ precisan 2 sesiones separadas por una semana o máximo 2.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de carcinomas basocelulares tratados.
2. Número de carcinomas escamosos in situ tratados.
3. Número de pacientes con campo de cancerización/queratosis actínicas tratados.
4. Grado de satisfacción del paciente.
5. Efectividad en los pacientes en los que se use la TFD fuera de indicación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Está prevista que la unidad pueda empezar a funcionar en Septiembre. Se recogerán todas las variables para analizar los indicadores propuestos hasta final de año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1290 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA EN DERMATOLOGIA

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1219 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO BAJADOR ANDREU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LOPEZ SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· SORIA SANTEODORO MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· ALCEDO GONZALEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· BERNAL MONTERDE VANESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· SANCHEZ CUCALON SUSANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· POVAR MARCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las nuevas condicionantes epidemiológicas y clínicas que concurren en los pacientes que sufren hemorragia digestiva aguda en la actualidad, han motivado que la Dirección del Hospital Universitario Miguel Servet tome la decisión del cierre de la Unidad de Endoscopias DIgestivas. Esta circunstancia nos obliga a llevar a cabo una serie de modificaciones en el manejo de estos pacientes, tanto desde el punto de vista diagnóstico-terapéutico, como desde el punto de vista organizativo asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nueva redacción del Protocolo de actuación en el paciente con Hemorragia Digestiva Aguda en colaboración con el S. de Urgencias.
Establecimiento de normas para la realización de la Endoscopia de Urgencia, con descripción de momento de la indicación, personal necesario y localización física tras la desaparición de la Unidad de Hemorragias Digtestivas.
Reorganización de la hospitalización del paciente en el S. de Digestivo con objeto de garantizar la disponibilidad de camas y su adecuada atención.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Redacción, revisión del Protocolo de Hemorragia Digestiva Aguda.
Aprobación del Protocolo por la Comisión Técnico-assitencial del HUMS.
Elaboración del algoritmo de actuación ante la necesidad de una Endoscopia Urgente. Intervienen: Servicio de Digestivo, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Personal Subalterno.
Definición de las características y requisitos de cada profesional que interviene en el proceso.
Formación de Enfermería y Personal Auxilliar Sanitario para la atención endoscópica y en planta del paciente con HD Aguda.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Incidencia Número de pacientes que presentan HD Aguda al año No
Procedencia Número de pacientes con HD Aguda remitidos desde otros centros hospitalarios. Nº total.
Idoneidad de Solicitud de la Endoscopia Urgente en HD Aguda Nº Endoscopias urgentes realizadas / Nª de llamadas al Endoscopista. Umbral=90 %
Calidad Endoscopia Urgente en HD Aguda Nº Endoscopias urgentes realizadas con personal adecuado/ Nº Endoscopias urgentes realizadas Umbral=100 %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Redacción, revisión del Protocolo de Hemorragia Digestiva Aguda: 2 meses.
Aprobación del Protocolo por la Comisión Técnico-assitencial del HUMS: 1 mes (primera reunión disponible).
Elaboración del algoritmo de actuación ante la necesidad de una Endoscopia Urgente. Intervienen: Servicio de Digestivo, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Personal Subalterno: 1 mes.
Definición de las características y requisitos de cada profesional que interviene en el proceso: 1 mes
Formación de Enfermería y Personal Auxilliar Sanitario para atención endoscópica y a atención en planta del paciente con HD Aguda: A lo largo de un año, se formará a todo el personal en especial al de nueva incorporación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1219 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1266 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE ..... SUSANA SANCHEZ CUCALON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LOPEZ SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· FUENTES OLMO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· BERNAL MONTERDE VANESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· RAFELES MARCEN JOSE LUIS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· DE VAL COMIN EVA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· MARRODAN PEREZ JULIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· GUTIERREZ ABASCAL MARIA DEL CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Somos la Unidad de Cuidados Digestivos, un Equipo Multidisciplinar ubicados en la planta 8 del Hospital Miguel Servet. Nuestro principal eje de atención es el PACIENTE hospitalizado junto con sus acompañantes.
Hemos detectado, por una parte, que el Equipo implicado en sus cuidados no disponemos de un Reglamento o Normas de funcionamiento común y por otra parte, que tampoco disponemos de una información estandarizada para proporcionar al paciente en el momento del ingreso con las normas establecidas en la Unidad.
Así pues, pretendemos elaborar un Plan que nos sirva de INSTRUMENTO DE MEJORA, que dé respuesta a la necesidad de conseguir un mayor nivel de satisfacción de los pacientes atendidos, aumentando la Calidad de los cuidados de nuestra Organización, a través de una interactuación entre los diferentes niveles profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro OBJETIVO PRINCIPAL, el PACIENTE. Siempre debe de ser el Centro de Atención.
Procurar una MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.
OBJETIVOS CONCRETOS:
** Implantar estas acciones de mejora en:
- Mejorar la identificación de los profesionales
- Mejorar la información sobre el funcionamiento de la Unidad. - Mejorar la información del proceso asistencial y Confidencialidad a pacientes y familiares.
** Implantar objetivos de Seguridad del paciente:
- Acciones de difusión entre los profesionales del Sistema de Notificación de Incidencias, la existencia de Registros de
Efectos Adversos……
- Explicar al paciente la necesidad de llevar permanentemente la pulsera identificativa.
- Insistir a los profesionales en la necesidad de comprobar siempre
que los datos del paciente son correctos en la petición de Pruebas, resultados….

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
+ ++ Elaboración Reglamento de funcionamiento de la Unidad entre los diferentes profesionales. Establecer horarios de pase de visitas, intercambio de información del estado de los pacientes antes del pase de visitas y después para ser conocedores del planteamiento de actuación para cada paciente.
Reuniones periódicas del Equipo Interdisciplinar para compartir información, valorar y evaluar el funcionamiento de la Unidad en los Cuidados del Paciente.
Promover la participación de los profesionales en Comisiones, programas de Calidad…
Acciones de mejora según las quejas, sugerencias y reclamaciones de pacientes y familiares.
Protocolización de los procesos asistenciales más habituales en la Unidad.
Planificación de los Cuidados de los pacientes según patología de cada paciente, siempre de una forma personalizada, atendiendo al trato, confort, accesibilidad.
Procurar planificar el Alta Médica con 24 h. de antelación para que el paciente y familiares puedan organizarse.
Agilizar los ingresos en planta, con el fin de reducir el tiempo de espera en urgencias pero habiendo sido valorado antes por un médico Especialista en Cuidados Digestivos.
Gestionar nuestros propios recursos.
Autoevaluación.
+++ Elaboración de Guias de Acogida para pacientes hospitalizados.
Favorecer que el paciente esté siempre acompañado pero teniendo en cuenta que en el horario de pase de visitas se permitirá solo un acompañante. Esto repercutirá positivamente en la Calidad de su atención, ya que permite el desarrollo de las funciones de los diferentes profesionales de una manera más eficaz.
Explicar la importancia del silencio en los pasillos.
Adaptarse al horario de visitas establecido, siempre que sea posible.
Establecer horarios y lugar de información de su proceso asistencial, procurando la máxima confidencialidad posible.
Se explicará al paciente que la información de su proceso se le dará a él y al familiar que él designe, dando su consentimiento y figurando en su Historia Clínica.

Proyecto: 2018_1266 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
* Satisfacción del paciente, a través de Encuestas de Calidad Percibida del paciente (Mejoría de su Salud, si responde a sus Expectativas los Cuidados ofrecidos…)
* Disponibilidad del personal y sistema Sanitario.
*% de Guias de Acogida entregadas.
* % de Identificación de los profesionales que lo atienden.
* Continuidad de los mismos profesionales en la Atención a su proceso
* % de reclamaciones de losusuarios relacionados con el personal
* %de pacientes con valoraion al ingreso del paciente y al alta.
* % de complicaciones relacionadas con la hospitalización (Caidas, úlceras por presión, flebitis…)
* % de identificación inequívoca del paciente
* Buena utilización de recursos disponibles.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones del Equipo de Mejora: periodicidad mensual.
Elaboración e Reglamento: 3 meses.
Protocolarización y planificación de cuidados: 12 meses.
Elaboración de Guías de Acogida: 3 meses.
Evaluación: mayo-2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0120 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA PATOLOGIA DE RAQUIS

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMON PORTILLO DEL OLMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION
· GARCIA RUIZ MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION
· CARMEN GARCES MARIA ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION
· LANZUELA VALERO MANUELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION
· MARTIN HERNANDEZ CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ARAGÜES BRAVO CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El dolor de raquis representa un importante problema de salud en el entorno de los países desarrollados por su alta prevalencia y repercusión socioeconómica, generando un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los recursos sanitarios y causa frecuente de absentismo laboral. La prevalencia real difiere según los estudios y existe gran variabilidad en su estimación debido a las diferentes definiciones de dolor lumbar y métodos empleados para la recogida de la información.
Actualmente, en relación con las derivaciones por patología musculoesquelética realizadas desde Atención Primaria a Atención Especializada, el 40% lo son por patología de raquis, existiendo una gran variabilidad no sólo en los criterios de derivación sino también en el manejo de esta patología tanto en su diagnóstico como en su tratamiento por los diferentes profesionales y especialidades (rehabilitación, unidad de columna de traumatología, neurocirugía, unidad del dolor). En el 2017 se realizaron en el HUMS 8500 consultas por patología de raquis en los servicios de traumatología y rehabilitación. Las entradas en el registro de demanda quirúrgica desde los servicios de traumatología y neurocirugía fueron de 1450, con una demora media para intervención quirúrgica superior al año.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la atención que se presta a los pacientes con patología de raquis a través de una vía clínica que establezca el tratamiento más adecuado en el lugar y momento correcto para cada paciente mediante un trabajo colaborativo entre todos los profesionales sanitarios implicados y consensuar criterios de inclusión en el RDQ.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración del mapa de proceso de la patología de raquis.
- Revisión de la cartera de servicios de procedimientos y técnicas de intervencionismo de columna vertebral.
- Constitución de una Comisión de Columna vertebral que valorará todos los casos que sean subsidiarios de precisar tratamiento quirúrgico.
- Favorecer la comunicación entre profesionales a través de la creación de una agenda virtual de recepción de derivación a la comisión y elaboración de una plantilla informatizada de solicitud de colaboración.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % pacientes derivados a la comisión con plantilla de solicitud cumplimentada =20%
- Nº comisiones de columna vertebral anuales =12
- % pacientes intervenidos valorados por la comisión de columna 100%
- % disminución de entradas en Registro de Demanda Quirúrgica respecto al año anterior =10%
- % pacientes intervenidos por patología de raquis en menos de 1 año 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º trimestre 2018: elaboración mapa proceso y constitución comisión
2º- 3º trimestre: revisión cartera procedimientos, elaboración plantilla y agenda virtual. Comunicación a profesionales e implementación
4º trimestre: evaluación de resultados y propuestas mejora

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0120 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA PATOLOGIA DE RAQUIS

Proyecto: 2018_0131 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

2. RESPONSABLE ..... TERESA ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION
· CARMEN GARCES MARIA ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION
· ACHA PEREZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· NOYA CASTRO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Nutrición y Dietética constituye el 1ªpaso en el tratamiento médico de todo pcte, por lo que se requiere una colaboración estrecha con todos los ámbitos sanitarios.
La desnutrición está presente en todos los ámbitos asistenciales, variando su prevalencia según el método empleado para su detección. Afecta al 60% de personas ingresadas en instituciones; al 40% de pacientes hospitalizados; y alrededor del 5% de la población general.
En el estudio PREDYCES7, se evidenció una alta prevalencia de desnutrición al ingreso (23,7%), así como una desnutrición durante el ingreso de un 9,6% de los pacientes que presentaron un buen estado nutricional inicial.
Dentro de este marco conceptual, definimos este proyecto para trabajar en los próximos tres años, ya que creemos importante mejorar la asistencia nutricional en nuestro sector, no sólo desde el punto de vista de la salud de nuestros pacientes, sino también para disminuir estancias medias y gastos indebidos, así como favorecer la continuidad asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General:
Garantizar el soporte dietético y nutricional adecuado y costo-efectivo a la población adulta dependiente SZ II que lo requiera.

Específicos:
Identificar pctes que requieran soporte dietético y nutricional
Asegurar el suministro efectivo y manejo nutricional de pctes
Proporcionar el adecuado aporte dietético nutricional.
Educar en la identificación y manejo de problemas nutricionales
Planificar la nutrición domiciliaria al alta.
Mejorar la continuidad asistencial en el SZII

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actualización del p. nutrición clínica y dietética del SZII

Detección de pctes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE y AP (enfermera)

AE:
- Cribado Nutricional:
Implantación del cribado en las unidades de M.interna del HUMS (10 y 11 HG) y en planta 6º del HQ para el paciente incluido en el p. de cadera.

-Valoración del estado nutricional de los pctes ingresados subsidiarios o no, de recibir una intervención nutricional,así como de los pacientes con cribado nutricional +

AP:
- Seguimiento del pcte que presenta riesgo moderado de desnutrición en su centro de AP
Se pilotará, en un centro de salud del SZII,
Seguimiento del estado Nutricional en aquellos pacientes que
al alta de MI y P. de cadera
presenten riesgo moderado de DRE

Abordaje terapéutico - cuidados de enfermería a los pctes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE/AP

Control, seguimiento y cuidados de pctes con soporte dietético y nutricional AE

Gestión de accesos para la administración de n.artificial (venosos y digestivos) AE

Valoración nutricional previa al alta según criterios establecidos.

Educación sanitaria:
Nutricional y de Manejo de dispositivos para la administración de n. artificial, previa al alta hospitalaria y

Proyecto: 2018_0131 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

domiciliaria AE/AP

Seguimiento del estado nutricional alta AE /AP

Garantizar la continuidad de cuidados (enfermera)

Implantar consulta de enfermería de educación nutricional en AE

Revisión de las dietas codificadas en el HUMS

Mejorar el manejo y control del gestor de dietas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% pctes con cribado nutricional en las 72 primeras h de ingreso en lunidades de M.I y P. de cadera (enfermera) - 90%

% pctes de M.I y P de cadera con (MUST > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional (enfermera) – 95%

% pctes con n. artificial (enteral parenteral) de reciente instauración x endocrino/nutrición que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje (enfermera)- > 95%

% pctes con n. artificial de reciente instauración por endocrino/ nutrición, que completa al alta el programa de aprendizaje satisfactoriamente- 98%

% pctes, del p de cadera, con DRE o en riesgo de padecerla, a los que se les da la hoja con recomendaciones al alta > 95%

% pctes de MI y P de cadera, con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición con informe de continuidad de cuidado enfermero al alta > 95%

Nº pctes con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición en los que contactamos con la coordinadora/ enfermera de AP - 90%

% pctes, del centro de salud a pilotar, que al alta hospitalaria de M.I y de p. de cadera tienen un riesgo moderado de presentar DRE y son reevaluados en su centro de salud. (AE/ AP enfermera) >35%

% de dietas codificadas en el HUMS actualizadas – 85%

Formación gestor de dietas – 2 sesiones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo- junio 2018:
1.Revisión del proceso
2.Elaboración del programa aprendizaje
3.Cribado nutricional + valoración nutricional s/p
4. Informe de continuidad de cuidados
Septiembre- Diciembre 2018
1. Pilotaje centro de salud reevaluación nutricional
2. Actualización dietas codificadas
3. Formacion gestor dieta

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0135 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMON PORTILLO DEL OLMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARMEN GARCES MARIA ESTHER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION MEDICA
· LANZUELA VALERO MANUELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION MEDICA
· LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION MEDICA
· GARCIA RUIZ MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION MEDICA
· ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
· ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION
· NOYA CASTRO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan un elevado número de personas en nuestro medio y son la principal causa de mortalidad y discapacidad. Es frecuente que la respuesta de las unidades de atención especializada (AE) a los pacientes se retrase más tiempo del que se considera óptimo, y se debe, en gran medida, a la sobrecarga asistencial sobre todo por el volumen de revisiones rutinarias en las que el especialista aporta muy poco o nada de valor añadido respecto a la proporcionada por el médico de Atención Primaria (AP). La propuesta esencial es trabajar en equipo con protocolos coordinados para liberar las consultas especializadas de visitas sucesivas de escaso valor, y aumentar la disponibilidad para las visitas más importantes, pacientes nuevos o desestabilizaciones.
El proyecto se plantea a 3 años: 1º: Diagnóstico del paciente 2º: Diagnóstico y tratamiento de paciente, electrofisiología, hemodinámica y trazabilidad. 3º: Cirugía cardiaca, idoneidad del paciente derivado a cirugía, UCI, RHB.
Se debe contar desde el principio con la implicación y colaboración de los profesionales que participan en la asistencia al paciente cardiológico. Son ellos los que deben estar motivados para participar en el rediseño y creación de los circuitos necesarios para mejorar entre todos la asistencia a nuestros pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Fundamental:
Mejorar la atención que se presta a los pacientes cardiológicos, mediante la redefinición de las tareas que los profesionales de AP y AE deben asumir de manera coordinada en la atención a pacientes con sospecha o ECV ya conocida.
Específicos:
- Reducir la demora para primeras visitas en las consultas de Cardiología de los centros médicos de especialidades (CME) de nuestro sector.
- Mejorar la relación AP-AE para la derivación de pacientes con sospecha de enfermedad cardiológica.
- Depurar posibles problemas médicos y administrativos en el curso de las interconsultas virtuales y presenciales.
- Mejorar las indicaciones de pruebas diagnósticas cardiológicas.
- Reducir la demora para la realización de pruebas diagnósticas cardiológicas.
- Revisar los buzones de consultas y pruebas complementarias cardiológicas para depurar redundancias.
- Favorecer el seguimiento del paciente y la continuidad de cuidados por parte de la enfermera.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un grupo multidisciplinar integrado por profesionales de AP y AE que trabajara sobre criterios de derivación de pacientes desde AP a la consulta de Cardiología en distintas situaciones clínicas.
Creación de un grupo de trabajo integrado por cardiólogos especializados en Cardiopatías Congénitas y pediatras de AP para protocolizar los criterios de derivación a estas consultas.
Valoración de la posibilidad de realizar peticiones de determinadas pruebas diagnósticas desde AP para agilizar el proceso diagnóstico.
Designación de médico de AP referente y cardiólogo consultor para cada centro de AP.
Realización de sesiones clínicas equipo AP-cardiólogo consultor sobre casos clínicos.
Organización de dos jornadas anuales sectoriales AP-Cardiología, acreditadas para la asistencia y la docencia.
Revisión y unificación de criterios de derivación a consultas específicas y pruebas diagnósticas y terapéuticas en el servicio de Cardiología.
Depurar repeticiones de citas cardiológicas pendientes en pacientes hospitalizados en Cardiología.
Definición de modelo de consulta de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =7 días =95%
Interconsultas resueltas de forma no presencial =20%
Consultas presenciales desde AP y resueltas en el CME en = 30días =60%
Consultas presenciales en CME y alta a AP con informe de alta en HP-Doctor =60%
Primeras consultas desde AP a Cardiopatías Congénitas con tiempo de espera =50 días =80%

Proyecto: 2018_0135 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

Primeras consultas desde AP a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días =80%
Ecocardiograma transtorácico realizado en <30días desde su petición
=30%
Altas hospitalarias en Cardiología y Cirugía Cardiaca con citación en consulta programada =50%
Aplicación de Checklist de revisión de citas cardiológicas pendientes en pacientes al alta =60%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer semestre:
Constitución del grupo multidisciplinar: marzo-18.
Designación de referentes en Atención Primaria y cardiólogo consultor.
Sesiones conjuntas equipo AP-cardiólogo consultor.
Definición de criterios de derivación de AP-AE y AE-AP.
Revisión del buzón y criterios de indicaciones de pruebas diagnósticas y terapéuticas.
Elaboración de Checklist.
Informatizar lista de espera HD y EFL.
Segundo semestre:
Sesiones clínicas sectoriales AP-AE.
Aplicación de Checklist.
Definición consulta Enfermería.
Difusión a profesionales de AP-AE.
Implantación de los protocolos realizados.
Evaluación continua.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1211 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALIIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ACHA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE DIEGO GARCIA PATRICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· ZAPATA ADIEGO CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· MELCHOR LACLETA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde la puesta en marcha por el SALUD, a finales de septiembre de 2017 de la consulta virtual, la relación entre atención primaria y especializada ha empezado a marcar un nuevo rumbo, que se espera que mejore la eficiencia, rapidez y calidad de la consulta a nuestros pacientes.

Es una gran oportunidad de mejora para nuestro servicio, ya que nos va a facilitar el conocer y cuantificar de una manera más exacta las causas de consulta y poder establecer una vía de comunicación más directa y fructífera entre la atención primaria y especializada.
Asimismo, nos permitirá dentro del servicio establecer criterios de uniformidad en las respuestas para disminuir la variabilidad y conocer más extensamente las causas de derivación, al recabar una información más global y completa

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Conocer el nº de interconsultas virtuales recibidas durante el año 2018
2. Establecer el % de pacientes remitidos por patologías (Diabetes, Tiroides, Hipófisis, Suprarrenales, Obesidad, Nutrición, Miscelanea, Transexualidad).

Dentro de estas:
el % remitido directamente a consulta presencial
el % remitido a consulta monográfica
el % remitido devuelto directamente al MAP
el % remitido por los distintos centros de salud y por patologías
% de consultas cuya derivación es inadecuada

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Se recogerán los datos a través del servicio de admisión.
2. Análisis de resultados trimestralmente.
3. En relación a los resultados obtenidos, realización de propuestas de mejora por los miembros del servicio y comunicación con los coordinadores de los centros de salud

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº total de consultas virtuales realizadas en el año 2018
2. % - Número de pacientes remitidos a las consultas de endocrinología general/ nº total de consultas virtuales
3. % - Número de pacientes derivados a las consultas monográficas/nº total de consultas virtuales
4. % - Número total de consultas devueltas directamente a AP/ nº total de consultas virtuales
5.- %- Nº de consultas por centros de salud/nº total de consultas virtuales.
6.- %- Nº de consultas virtuales por patologías.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Será de un año (2018)
2. Recogida de datos facilitada por el servicio de admisión.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: interconsultas

Proyecto: 2018_1211 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALIIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

Proyecto: 2018_0785 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... VANESA CAÑADA ASENSIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILAR SIERRA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION
· ESTEBAN SOMOLINOS LAURA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VAQUERO LAZARO NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION
· DELGADO CALVO PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. ESTERILIZACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Central de Esterilización, del Hospital universitario Miguel Servet, es el servicio que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles, equipamiento biomédico e instrumental a todos los sectores del hospital, con el fin de proveer un consumo seguro para ser usado con el paciente.
Uno de los aspectos claves en las centrales de esterilización es que hay que asegurar la esterilidad de los productos hasta el momento de ser usados, para lo que se utilizan distintos sistemas cerrados de empaquetado, que intentan garantizarlo, actuando como eficaces barreras contra los microorganismos.
Dentro de los sistemas de empaquetado, los contenedores rígidos son recipientes herméticos, termo resistente y reutilizables, dentro de los cuales se puede esterilizar y transportar el material.
Para asegurar la calidad del producto estéril en un contenedor rígido, es imprescindible, mantener la integridad física de la estructura y de los mecanismos de cierre, así como seguir las instrucciones del fabricante para el uso correcto de los mismos en relación a la colocación de los filtros.
Tras las incidencias recogidas en el servicio de esterilización se ha detectado que diferentes modelos de contenedores han sido distribuidos a quirófano con irregularidades tanto en su estado como en la colocación errónea de los filtros lo que no garantiza el estado de esterilidad del instrumental que servimos.
Dentro de este marco conceptual dirigir estrategias para la reducción de incidencias sobre la esterilidad de instrumentos quirúrgico, es uno de los principales objetivos del servicio de esterilizacion.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
General:
- Proporcionar un producto estéril con la máxima garantía de calidad para los usuarios del hospital
Específicos
- Adquirir la habilidad, el conocimiento y las técnicas necesarias para realizar una inspección eficiente de los contenedores tanto en la central de esterilización como en el bloque quirúrgico que nos permita identificar las características fundamentales que otorgan a un contenedor la condición de estéril
- Reconocer las posibles modificaciones del contenedor que suponen un riesgo en su uso.
- Colocar una barrera más de protección hacia el paciente, mediante la formación del personal de quirófano, siendo posible detectar un error ocurrido durante el proceso de esterilización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El proyecto se iniciará en el año 2018 en el bloque quirúrgico A y el bloque del infantil
• Realizar póster visual informativo para ubicar en los diferentes quirófanos
• Realizar sesiones formativas apoyadas con una presentación visual
• Realizar un calendario para la impartición de estas sesiones
• Realización de la evaluación de adquisición de conocimientos y de su influencia en la práctica habitual

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Nº de poster informativos entregados en bloque quirúrgico -
Durante el año 2018 se entregarán los posters en el bloque A, Quirófanos del infantil y central de esterilización
• Nº de sesiones formativas realizadas
Se realizarán como mínimo 6 sesiones formativas en el año 2018
• Comprobación de adquisición de conocimientos y habilidades previstas
Pre y post test a los participantes de las sesiones formativas. El 80% de los participantes cumplimentarán el test
• Influencia de la formación en la práctica habitual
- Observación directa de la correcta inspección de los contenedores en los quirófanos implantados
- Revisión de incidencias detectadas en la central de esterilización en relación a los contenedores rígidos de los quirófanos donde se ha implantado el proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Realizar póster visual informativo: abril – mayo 2018
• Sesiones formativas: Desde junio 2018 hasta octubre 2018
• Comprobación de adquisición de conocimientos: Desde junio 2018 hasta octubre 2018
• Observación directa de la inspección que se realiza a los contenedores, en los quirófanos donde se ha

Proyecto: 2018_0785 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

implantado el proyecto: Noviembre – Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.
Dado el número total quirófanos existentes actualmente el todo el Hospital Miguel Servet y para poder completar la formación en todas las áreas se considerará un proyecto continuista para los próximos años.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1491 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

2. RESPONSABLE ..... HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABAD SAZATORNIL MARIA REYES. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· ABAD BAÑUELOS BEATRIZ. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· DE LA LLAMA CELIS NATALIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· VINUES SALAS CARLOTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· LARRODE LECIÑENA ITZIAR. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· PINILLA RELLO ANDREA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· MAGALLON MARTINEZ ARANTXA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La unidad de pacientes externos (UPEX) del Servicio de Farmacia (SF) del HUMS atendió a >7000 pacientes/año en 2016 y realizó >56.000 dispensaciones/año con un gasto en medicamentos de > 40 millones €. A pesar del volumen de pacientes atendidos, la complejidad de su atención y el impacto económico no disponía de prescripción electrónica. El médico realizaba la prescripción en papel y es el personal farmacéutico el que trascribe la orden médica con el riesgo de errores que conlleva la transcripción. El horario de atención era 10 a 14h y no se disponía de sistema de gestión de citas, lo que producía aglomeraciones y tiempos de espera excesivos. No se realizaba registro del lote y caducidad del medicamento entregado, excepto en hemoderivados y terapia biológica introducidas manualmente en el sistema. Este hecho impide identificar el paciente en caso de alerta sanitaria. No se medía de manera sistemática la adherencia en el momento de la dispensación, y no es posible identificar la no adherencia primaria.
En este contexto la Gerencia del HUMS tuvo conocimiento del séptimo programa Marco de la Unión Europea y la existencia del proyecto STOPandGo, proyecto piloto de adquisición pública de soluciones innovadoras a través de la utilización de tecnología de telesalud y teleasistencia. La existencia de dicho proyecto y la invitación se consideró por parte del gerente como una oportunidad estratégica de desarrollo de un proyecto que permitiera mejorar la atención en la UPEX. Como consecuencia de esta petición se desarrolló el denominado proyecto SAMPA, cuyas siglas corresponden a Servicio de registro y promoción de la Adherencia a Medicamentos en Pacientes Ancianos y tiene como objetivo general ofrecer un Servicio lntegral para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y asegurar la adherencia de los pacientes ambulatorios crónicos de edad avanzada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Mejorar la seguridad para conseguir una tasa de errores mínima, en los procesos de prescripción médica, validación farmacéutica, dispensación y administración de medicamentos al paciente externo.
• Alcanzar la trazabilidad completa, tanto del paciente como del medicamento.
• Mejorar la adherencia.
• Mejorar la eficiencia en la gestión de medicamentos mediante la automatización de los procesos de almacenamiento y dispensación.
• Minimizar tiempo de espera en farmacia mediante la citación sistemática, la ampliación de horarios y la disponibilidad de un punto de dispensación directa.
• Incrementar la atención individualizada del paciente a través de la creación de consultas específicas por patología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Desarrollo de un módulo de PEA integrado con la aplicación FarmaToolsR, que incorpore las ayudas necesarias para el soporte a la decisión clínica.
• Implantación de un Sistema automatizado para el almacenamiento, gestión y dispensación de medicamentos, que contemple la trazabilidad completa de los medicamentos.
• Instalación de un punto de autorrecogida de medicamentos para aquellos pacientes con un elevado conocimiento y responsabilidad sobre su enfermedad y tratamiento, que previamente han recibido asesoramiento en la Consulta de Atención Farmacéutica (AF).
• Implantación de un sistema de gestión de citas.
• Establecimiento de consultas monográfica, para proporcionar una Atención Farmacéutica especializada.
• Implantación de un programa de adherencia al tratamiento de los pacientes atendidos en la UPEX que permita:
? Conocer la falta de adherencia primaria.
? Calcular el grado de adherencia secundaria de cada paciente externo por registro de dispensaciones.
? Incorporar en el sistema de dispensación cuestionarios específicos de adherencia y del grado de activación del paciente.
? Determinar la persistencia.
? Integrar en la prescripción el grado de adherencia según registros de medicación en cada uno de los medicamentos prescritos y un informe de adherencia.
? Desarrollo de una plataforma (web y app) de información y educación al paciente, con la participación de asociaciones de pacientes.
? Desarrollo de una app que incluya el plan de medicación del paciente y el registro de la adherencia del

Proyecto: 2018_1491 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de Servicios Clínicos con PEA respecto al número de Servicios Clínicos que realizan prescripciones (standard: 5%).
Porcentaje de PE en el área de pacientes externo respecto a la totalidad de prescripciones (standard: 8%).
% de dispensaciones realizadas en las que se registra lote y caducidad (standard 2º semestre: >70%).
Nº de consultas monográficas (standard 3).
Número de pacientes citados respecto al total de pacientes (standard >15%, último trimestre 2018).
La información para estos indicadores se obtendrá del programa de gestión del medicamento FarmatoolsR.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este es un proyecto que se extenderá durante 4 años, habiéndose indicado aquí sólo los hitos a conseguir en 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologías que requieren medicamentos de especial control y dispensaicón hospitalaria.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1551 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM MERCHANTE ANDREU
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE LA LLAMA CELIS NATALIA. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· HUARTE LACUNZA RAFAEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· ARRIETA NAVARRO RAQUEL. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· VINUES SALAS CARLOTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. FARMACIA HOSPITALARIA
· SIMAL GIL ESTRELLA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
· GARCIA LOPEZ SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DIGESTIVO
· GARCIA GONZALEZ ELENA. BIOQUIMICO/A. H MIGUEL SERVET. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La farmacocinética clínica aplica los principios de la farmacocinética para obtener el mejor régimen terapéutico para cada paciente, sugiriendo al médico prescriptor un régimen de dosificación más seguro y efectivo, basado en la interpretación de las concentraciones plasmáticas de los fármacos, en lugar de hacerlo en base únicamente a decisiones empíricas.
Numerosas publicaciones demuestran que la “dosis habitual” de muchos medicamentos puede producir poco efecto en algunos pacientes, en otros puede desarrollar efectos adversos serios, y sólo en una parte de los pacientes se puede lograr el efecto terapéutico deseado. El uso de dosis estandarizadas que producen efectos sub-terapéuticos, puede conllevar la aparición de resistencias, la suspensión o el cambio de tratamiento, con frecuencia por alternativas más costosas.
En nuestro Servicio comenzamos la monitorización de Vancomicina y Gentamicina en enero de 2017, en colaboración con el grupo PROA y el Servicio de Bioquímica. En 2017 se monitorizaron 137 pacientes, el 74% estaban fuera de rango terapéutico antes de la monitorización, tras la monitorización, estaban en rango el 86.4%.
Se ha detectado la necesidad de seguir ampliando la oferta de medicamentos a monitorizar (otros antibióticos, antifúngicos, medicamentos biológicos), así como impulsar la formación y el conocimiento entre el personal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos:
oGeneralizar la monitorización de Vancomicina y Gentamicina.
oImplantar la monitorización de Amikacina.
oDesarrollar una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad.
oFormación del personal implicado
oIncorporar la monitorización de anti-TNF como una herramienta de ayuda en el tratamiento de pacientes con terapia biológica en enfermedades inflamatorias inmunomediadas

Población diana:
oAntibióticos: Pacientes ingresados en el HUMS En especial pacientes ancianos, Críticos, con insuficiencia renal y neonatos.
oMedicamentos biológicos: Pacientes tratados con infliximab, adalimumab y etanercept,a los que se les dispensa medicación desde el S.de Farmacia (Digestivo, Reumatología y Dermatología)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
oIncrementar la interacción con los médicos prescriptores, mediante la notificación de la sugerencia de monitorización a través del programa de prescripción electrónica
oImplantar la monitorización de Amikacina. Actualmente en fase de validación de la técnica
oDiseñar una base de datos que permita facilitar el registro y explotar la información
oFormación al personal de enfermería sobre los puntos clave en el circuito de la monitorización y se les facilitará material explicativo.
oDefinir un procedimiento para la determinación y monitorización de anti-TNF.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores a medir son:
1.% peticiones de niveles de Vancomicina y Gentamicina con informe farmacocinético. Objetivo =90%
2.% pacientes en rango terapéutico tras monitorización/ Nº pacientes monitorizados. Objetivo=70%
3.Elaboración de informe con los criterios para la monitorización de anti-TNF (toma de muestra, niveles en rango, selección de pacientes, etc.). Objetivo: Informe elaborado
4.Nº de unidades con formación al personal de enfermería. Objetivo =8

La información se obtendrá de los registros de Servicio de Farmacia y Bioquímica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
oIncrementar el número de pacientes a los que se realiza monitorización de Vancomicina y Gentamicina? Inicio:

Proyecto: 2018_1551 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Desde momento de aprobación de proyecto. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
oImplantar la monitorización de Amikacina? Inicio: Septiembre 2018. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
oDesarrollo de una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad? Inicio: Septiembre 2018. Finalización: Diciembre 2018.
oFormación del personal implicado (Realización de sesiones formativas): Inicio: Setiembre 2018. Finalización: Mayo 2019.
La responsable de todas las actividades anteriores es Miriam Merchante
oDefinir un procedimiento para la monitorización de anti-TNF: Inicio Septiembre 2018. Fin Mayo 2019. Responsables: Todo el equipo del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1118 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES CLERENCIA SIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANJUAN CUARTERO ROSA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· TORMO BOZAL RAQUEL. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· CONSTANTIN ANCUTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· MARTINEZ LACARRA SANDRA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· ESCABOSA ALEGRE MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· GRACIA CUADRADO LIRIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· GONZALEZ FERNANDEZ MARIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La complejidad que supone el manejo adecuado de los pacientes geriátricos requiere de importantes recursos sanitarios y sociales, por esto consideramos que tenemos el compromiso ético de avanzar hacia modelos de atención integrada que garanticen una coordinación eficaz y una gestión colaborativa entre los diferentes agentes para dar respuestas de calidad y coste-efectivas.
Nuestro proyecto de mejora plantea la utilidad de los sistemas de información como una herramienta fundamental para favorecer la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, permitiendo compartir información clave de los pacientes, ayudar en la toma de decisiones, garantizar la seguridad del paciente y realizar una evaluación continua del modelo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Unificar la transmisión de información al alta hospitalaria de una Unidad Geriátrica de Agudos.
2.- Aumentar la seguridad del paciente, minimizando los errores en la información al alta hospitalaria.
3- .Definir población geriátrica que más precisa la continuidad asistencial.
4.-Compartir información clave en los cuidados del paciente con los profesionales de Atención Primaria, para la ayuda de toma de decisiones en los “pacientes diana”.
5.-Compartir información clave en la atención del paciente con los profesionales de Atención Primaria/SSMM, para la ayuda de toma de decisiones en los “pacientes diana”.
6.-Asesorar en los problemas que surjan en el reacondicionamiento al domicilio o residencia tras la estancia hospitalaria.
7.- Evaluación de la continuidad asistencial mediante encuesta telefónica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Diseñar informe de alta multidisciplinar que contenga plan de atención recomendado al alta hospitalaria.
2.- Elaboración de informe multidisciplinar al alta hospitalaria de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos.
3.- Contacto telefónico para compartir información clave de los cuidados del paciente entre DUE geriatría - DUE primaria, T. Social geriatría-T. Social primaria /SSMM para mejorar continuidad de cuidados de los pacientes diana.
4.- Responder a las interconsultas virtuales derivadas desde Atención Primaria asesorando en los problemas que se puedan plantear en domicilio/residencia.
5.- Seguimiento telefónico al paciente “diana”/cuidador tras alta hospitalaria, para evaluación de continuidad asistencial.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Diseño de informe único multidsciplinar. Resultado: SI
2.- Nº de informes de alta multidisciplinares /nº pacientes dados de alta. Resultado: 70-80%.
3.-Definición de criterios de “pacientes diana”. Resultado: SI.
4.-Nº de contactos telefónicos DUE Geriatría-DUE Atención Primaria/ nº “pacientes diana” dados de alta. Resultado: >60%
5.- Nº de contactos telefónicos Trabajadora Social Geriatría-Trabajador social Atención Primaria y/o SSMM/nº “pacientes diana” dados de alta. Resultado: >60%.
6.- Nº de interconsultas virtuales respondidas/Nº interconsultas recibidas. Resultado: >80%.
7.-Nº de encuestas telefónicas realizadas al paciente-cuidador/nº “pacientes diana”. Resultado: >70%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto comienza en junio/18 con el diseño de informe conjunto multidisciplinar, la definición de “pacientes diana” y el desarrollo de encuesta de evaluación. Se prevé terminar con estas actividades en septiembre/18.
En octubre/18 se pondrán en marcha la elaboración de los informes de alta multidisciplinares, la coordinación Geriatría- Atención Primaria/SSMM y las encuestas al paciente-cuidador.
En mayo /19 se propondrá propuesta de mejora del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_1118 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

El proyecto con las mejoras propuestas continuaría en 2019.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades crónicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1192 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

2. RESPONSABLE ..... MARTA RUIZ MARISCAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· LOPEZ FORNIES ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· GORGAS SORIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· PEREZ RONCERO GONZALO RAMON. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· TORRON MONTERDE NATALIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· DOMINGUEZ BARRIOS PAULA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· ESCABOSA ALEGRE MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el paciente geriátrico, además de los efectos del envejecimiento fisiológico, confluyen otras características como la elevada prevalencia de pluripatología, la presentación atípica de la enfermedad y la tendencia de ésta a causar pérdida funcional. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso interdisciplinar y multidimensional que posibilita la identificación de problemas y necesidades y el desarrollo de una estrategia interdisciplinar de intervención con el objetivo de alcanzar el mayor grado de calidad de vida y optimización de recursos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Diseñar protocolo que guíe al personal en la recogida de datos.
2.- Elección de escalas de valoración validadas que faciliten la detección y seguimiento de problemas según categoría profesional.
3.- Aumentar la seguridad en la atención al paciente mediante la mejora de la valoración geriátrica integral.
4.- Valorar el grado de satisfacción de paciente/familiar mediante una encuesta anónima.
5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Unificación de criterios en la valoración al ingreso de pacientes geriátricos. Todo el equipo de mejora.
2.- Definición de la intervención de cada miembro del equipo multidisciplinar en la valoración al ingreso. Todo el equipo de mejora.
3.- Diseño de documento para recogida de datos durante la valoración integral, donde se contemplen los datos recogidos por cada miembro del equipo multidisciplinar. Todo el equipo de mejora.
4.- Elaboración de un tríptico informativo de la unidad dirigido a pacientes y familia. Todo el equipo de mejora.
5.- Protocolización de la valoración integral. Todo el equipo de mejora.
6.- Identificación del personal responsable al ingreso. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.
7.- Presentación de la supervisora de la unidad al paciente y familia al ingreso. Marta Ruiz Mariscal.
8.- Recogida y registro, de manera estandarizada y estructurada, de la información necesaria para diagnosticar las necesidades del paciente según categoría profesional. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.
9.- Valoración del grado de satisfacción de los pacientes/familiares mediante una encuesta anónima. Un médico y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.
10.- Valoración del grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Un médico y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolo de valoración y documento de recogida de datos: Sí.
Mejora de resultados en cada escala al alta: 50%.
Cumplimentación del protocolo de valoración al ingreso: 65%.
Encuesta de satisfacción al paciente/familia: Sí.
Encuesta de satisfacción al personal sanitario implicado (médicos y enfermería): Sí.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: junio 2018.
Definición de los criterios de valoración según categoría profesional: Junio 2018.
Elaboración del protocolo y del documento: Junio -Septiembre 2018.
Elaboración del tríptico informativo: Junio-Septiembre 2018.
Realización de la valoración integral según categoría profesional: Octubre/18-Junio/19.
Entrega del tríptico informativo al paciente y familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.
Presentación del supervisor/a de la unidad al paciente y a la familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.
Evaluación: satisfacción del personal: Octubre/18-Junio/19.
Evaluación: satisfacción usuario: Octubre/18-Junio/19.
Propuesta de mejora: Junio 2019.

Proyecto: 2018_1192 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1202 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL RODRIGUEZ HERRERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEZA PEREZ CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· CLERENCIA SIERRA MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· DOMINGUEZ BARRIOS PAULA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· RUIZ MARISCAL MARTA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· CATALAN ESTEBANEZ OSCAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· FERNANDEZ CARLOS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El aumento de la esperanza de vida ha propiciado un aumento de la multimorbilidad, en su mayoría, enfermedades crónicas. Este cambio epidemiológico, exige un cambio en nuestra práctica clínica diaria.
El proceso de atención al paciente hospitalizado, y en mayor medida al anciano frágil, requiere de una continua toma de decisiones. Éstas han sido tomadas tradicionalmente por el personal sanitario (según el conocimiento científico y la experiencia de los profesionales), y en menor medida, por las preferencias expresadas por el paciente. Esto último, va tomando cada vez más importancia, especialmente si existen directrices previas, o si el paciente (o familiar) expresan su voluntad durante el ingreso.
En definitiva, es todo ello lo que nos ha motivado a iniciar este proyecto con el que se pretende mejorar la atención al paciente anciano frágil, fomentando el trabajo interdisciplinar y la participación del mismo (o familiar) en la toma de decisiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de agudos(UGA),que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios; en la que se recoja:
-Motivo del ingreso.
-Existencia de voluntades anticipadas.
-Indice frágil-VIG.
-Indicación de reanimación cardiopulmonar o no.
-Indicación de aviso a UCI.
-Indicación de medidas intensivas en planta (Nutrición parenteral/enteral por SNG; Transfusión; Drogas vasoactivas)
-Indicación de medidas conservadoras en planta (tratamiento intravenoso, subcutáneo, antibiótico, exclusivamente sintomático).
2. Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA.
3. Actualización del registro de toma de decisiones, cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería.
4. Revisión mensual de la cumplimentación del documento.
5. Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de agudos (UGA),que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios. Carmen Deza Pérez.
2.- Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA. Todo el equipo de mejora.
3.Actualización del registro de toma de decisiones cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería.El médico responsable y un enfermero/a.
4.- Revisión mensual de la cumplimentación del documento. Todo el equipo de mejora.
5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Raquel Rodríguez, Marta Ruiz, Carlos Fernández.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1 Realización del documento. Si
2. Inclusión del mismo en la Historia Clínica.Sí
3.Cumplimentación del documento durante el ingreso hospitalario, por el médico y enfermero/a responsable, al ingreso del paciente.(>ó=50%).
4.Revisión semanal de los cumplimentados al ingreso, por el médico responsable, hasta el alta o fallecimiento del paciente, o cuando se requiera por cambio significativo del estado clínico del paciente. (>ó=50%)
5.Reunión mensual del equipo de mejora para revisar la cumplimentación del documento. Si
6.. Tras los primeros seis meses del inicio del proyecto, se pasará una encuesta de satisfacción a todos los sanitarios (médicos y enfermería) implicados, de forma anónima para valorar el grado de satisfacción y la utilidad que encuentran (en el caso de que así sea). Si

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Diseñar el documento de la Historia clínica: junio/18.
-Inclusión del mismo en la Historia Clínica: julio-septiembre/18.
-Cumplimentación del documento: septiembre/18-marzo/19.

Proyecto: 2018_1202 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

-Revisión mensual:septiembre/18-marzo/19.
-Encuesta de satisfacción: abril-mayo/19.
-Propuesta de mejora del documento de adecuación del esfuerzo terapéutico.mayo/19.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1295 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ON LINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL PILAR DELGADO BELTRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO MARTINEZ ARACELI. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CABALLERO NAVARRO GONZALO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GODOY MOLIAS ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· RECASENS FLORES VALLE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MONTAÑES GARCIA MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio aragonés de salud ha puesto en marcha recientemente una via de derivación de los pacientes desde Atención Primaria a Atención especializada con el objetivo de aumentar la eficacia y calidad de la asistencia, a través de una interconsulta online. Con objeto de disminuir la variabilidad en las respuestas a los facultativos de Atención Primaria, se propone la elaboración de protocolos de patologías relevantes: hiperferritinemia, linfocitosis, leucocitosis, poliglobulia, trombocitopenia, ferropenia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de hiperferritinemia
2. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de linfocitosis
3. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de leucocitosis
4. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de poliglobulia
5 Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de trombocitopenia
6. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo ferropenia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Constitución de un grupo de trabajo interdisciplinar con Atención Primaria.
Elaboración los correspondientes documentos para el manejo de dichos pacientes, que incluya información precisa sobre indicaciones de canalización a consultas de Hematología, exploraciones complementarias a realizar en Atención Primaria, y pautas de seguimiento recomendado en Atención Primaria.
Implantar dichos protocolos en la plataforma de interconsulta online.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de protocolos consensuados entre AP y Hematología. : elaborar y poner en práctica al menos 2 protocolos anuales.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De junio de 2018 a diciembre de 2018.
Elaboración del documento sobre hiperferritinemia consensuado: julio/agosto 2018. Responsable: Dra Delgado
Elaboración del documento sobre linfocitosis consensuado: julio/agosto 2018. REsponsable Dr. Caballero
Elaboración del protocolo sobre poliglobulia: septiembre/octubre 2018. Responsable: Dra. Recasens
Elaboración del protocolo sobre leucocitosis: septiembre/octubre 2018. Responsable Dra. Rubio
Elaboración del protocolo sobre trombocitopenia. septiembre/octubre 2018 Responsable: Dra. Godoy
Elaboración del protocolo sobre ferropenia. septiembre/octubre 2018. Responsable: Dra. Montañes

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_1349 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA EL 2018-2019 MEDIANTE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... ANA IBORRA MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CALVO VILLAS JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LASALA VILLA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· LATORRE MARCELLAN PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GIMENEZ FORTEA ELENA. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ZORZANO VALERO ANUNCIATA. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PIÑERO PIMPINELA ELIA. TEL. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El laboratorio de hematología del HU Miguel Servet está acreditado según la norma UNE-EN ISO 15189 para laboratorios de análisis clínicos desde el año 2009.Nuestra propuesta como proyecto de mejora y el compromiso del servicio de hematología es el mantenimiento de dicha acreditación para el año 2018 y la ampliación del alcance en el área de la hemostasia especial, incluyendo en el alcance las siguientes determinaciones: Factor VIII, antitrombina y dímero D.Para ello es necesario garantizar un sistema de gestión donde los procesos estén documentados y actualizados.Como oportunidad de mejora también se han ido desarrollando una serie de reglas de validación durante el 2017 que han conseguido un trabajo más eficiente en el área. Estas reglas de validación, ajustadas a nuestra población, consiguen que el trabajo sea más automatizado con lo que se disminuyen errores y se gana en eficiencia. Se mantienen las reglas establecidas en el año 2017 y se ampliarán o adecuarán nuevas reglas de validación durante el 2018.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es el mantenimiento y ampliación de la acreditación del laboratorio de hematología.Como objetivo secundario conseguir los objetivos propuestos por el laboratorio para 2018-2019. En la fase preanalítica: Mejorar la hora de llegada de las muestras desde preanalítica y análisis de datos del diagnóstico del paciente en la petición electrónica.En la fase analítica: Realización de intercomparativos de equipos (semanal) y cumplimiento del control de calidad interno de la VSG (semanal).En fase posanalítica: Registro de la comunicación telefónica de HG < 6.5 en pacientes no hospitalizados. Otros objetivos: ampliar las reglas de validación. Sobre los resultados alterados detectados por el sistema, de una manera automatizada, realizar las acciones necesarias para su corrección o en caso necesario la realización de un frotis para que sea interpretado por el facultativo responsable de la sección.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En relación al Sistema de Gestión de Calidad sistematizar y mejorar la utilización de la información (informes de auditorías, objetivos e indicadores, no conformidades, incidencias) para la mejora continua, mediante un control más directo de las incidencias y no conformidades con reuniones periódicas del personal implicado en la acreditación con el responsable de calidad del servicio, en las que también se realizará el seguimiento trimestral de los objetivos planteados para la acreditación y revisión de desviaciones que se puedan producir en los mismos. Con la ampliación del alcance se realizarán reuniones con el personal de la sección implicada poner en marcha todo el SGC de una manera activa (realización de nuevos procedimientos, objetivos, registro de incidencias, etc) Nº de reuniones trimestrales: mínimo 3. Otros aspectos: mejora y ampliación de las reglas de validación. Mejora de la regla “realización de reticulocitos ante la presencia de hemoglobinas bajas”, para facilitar el diagnóstico al médico peticionario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En la fase preanalítica: Mejorar la hora de llegada de las muestras desde preanalítica. Indicador: Comparación de gráficos de flujo de trabajo de los analizadores a lo largo del año. Pico máximo de trabajo adelantado 15 minutos.Análisis de datos del diagnóstico del paciente en la petición electrónica. Indicador: % de diagnósticos “NO CONSTA” respecto a la totalidad de las muestras. Límite <50%.En la fase analítica: Realización de intercomparativos de equipos (semanal). % de cumplimiento del intercomparativos de equipos. Indicador: nº de intercomparativos realizados respecto al nº de semanas del año. Límite: >90%. Cumplimiento del control de calidad interno de la VSG (semanal)Indicador: % de controles internos realizados respecto al total de semanas del año. Límite > 90%.En fase posanalítica: Registro de la comunicación telefónica de HG < 6.5 en pacientes no hospitalizados.Indicador: % de registro de la llamada telefónica respecto al total de resultados críticos de pacientes no hospitalizados. Límite > 98%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Revisión por la dirección: Mayo 2018.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2018.
Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría interna de Abril 2017: Octubre 2018.
Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría externa de Noviembre 2017:

Proyecto: 2018_1349 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA EL 2018-2019 MEDIANTE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA

Diciembre 2018
Auditoría interna: Octubre/noviembre 2018.
Auditoría externa: 2ª trimestre 2019.
Formación de los profesionales y sesiones del servicio: Tercer trimestre de 2018/ Cuarto trimestre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1378 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CALVO VILLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARTIN-CONSUEGRA RAMOS SOFIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GOMEZ MARTINEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· HERNANDEZ MATA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ZORZANO VALERO ANUNCIATA. TECNICO SUPERIOR LABORATORIO. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PIÑERO PIMPINELA ELIA. TECNICO SUPERIOR LABORATORIO. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hasta hace unos años el seguimiento de pacientes en TAO se realizaba exclusivamente en los hospitales, sin embargo, el cambio en el contexto sociosanitario, junto con el aumento de indicaciones de la anticoagulación, la capacitación y desarrollo de la atención primaria (AP), los avances tecnológicos (coagulómetros portátiles, entre otros) y la necesidad de mejorar la accesibilidad, justifica el progresivo descentralización del control y seguimiento del TAO en pacientes estables desde los servicios hospitalarios a AP.
La tendencia actual se dirige a un modelo mixto donde el seguimiento de los pacientes anticoagulados más complejos lo realicen los servicios de hematología hospitalarios, mientras que los profesionales de AP realizan el control de los pacientes en TAO estables (aproximadamente el 70-80%). El mejor modelo de seguimiento del TAO es el que proporcione mayor accesibilidad, adherencia al tratamiento y aceptación del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Descentralizar el control y seguimiento de los pacientesen TAO y facilitar el acceso a sus controles periódicos.
2. Facilitar la continuidad asistencial del TAO por los profesionales de AP.
3. Consensuar el proceso de control analítico y clínico entre AP y Atención Especializada (AE).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Constituir el grupo de trabajo multidisciplinar del TAO entre el servicio de Hematología (AE) del HUMS y AP del sector sanitario Zaragoza II..
2. Implantar el circuito de descentralización del control del TAO y establecer tareas y responsabilidades a cada miembro del grupo.
3. Evaluación de los resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Realización de protocolos consensuados entre AP y AE, bajo la coordinación del Servicio de Hematología, con el objetivo de establecer pautas normalizadas de manejo de la anticoagulación en procesos diagnósticos/terapéuticos (cirugía menor, salud bucodental, endoscopia,….).
Indicador: Elaborar y poner en práctica al menos dos PROTOCOLOS anuales.
2. Número de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en TAO derivados a Atención Primaria desde el Hospital. Número de pacientes por año derivados desde el servicio de Hematología a los centros de Salud para control del TAO.
Indicador: Porcentaje de visitas de control del TAO realizadas en el servicio de Hematología en pacientes con diagnóstico de ACxFAc y tiempo en rango terapéutico (TRT) estabilizado (>60%) (número de visitas con indicación de descentralización a AP en pacientes con ACxFAc y TRT >60% / Número de visitas totales en pacientes con ACxFAc y TRT >60% en control por el servicio de Hematología). Reducción del 5% anual.
Indicador: Porcentaje de visitas de TAO en el servicio de Hematología en pacientes con el diagnóstico de ACxFAc con TRT estabilizado (>60%) remitido por el servicio de Hematología a AP para el control del TAO (Número de visitas con indicación de descentralización a AP en pacientes con ACxFAc Y TRT >60% / Número de visitas totales en pacientes con ACxFAc y TRT >60% en control de TAO por el servicio de Hematología). Superior al 80%.
3. Descentralización de la extracción y seguimiento en AP. Número de visitas TAO en pacientes con extracción y seguimiento en AP (pero la pauta de dosificación la realiza el hematólogo).
Indicador: Reducción anual del número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT estabilizado (>60%) (número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT estabilizado del año 2018 / número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT del año 2017). Superior a un 5%.
4. Extracción de la muestra para control del TAO mediante punción digital.
Indicador: Porcentaje de visitas en TAO con extracción de la muestra mediante punción digital (Numero de visitas en punción digital/ Numero de visitas total): > 90% de extracciones por punción digital.
5. Programa de autocontrol de TAO en la Unidad de Hemostasia del HUMS.
Indicador: Existencia de un programa de autocontrol de TAO que incluya formación para los pacientes, control del TAO y seguimiento.

Proyecto: 2018_1378 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Consolidación del grupo de trabajo TAO (Responsable: Dirección Asistencial AP y AE). Junio-Julio 2018
2. Distribución de tareas y responsables de trabajo. Junio-Julio 2018
3. Elaboración NUEVOS PROTOCOLOS relacionados con el TAO. Grupo AP/servicio de Hematología. 2º Semestre 2018
4. Difusión a equipos de AP y especialidades de AE implicadas. 2º Semestre 2018.
5. Seguimiento de indicadores. Junio /Diciembre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes en tratamiento anticoagulante con fármacos antivitaminas K (AVK) incluidos en el sector sanitario Zaragoza II.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0153 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U.MIGUEL SERVET)

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO PEREZ POZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE JUAN LADRON YOLANDA. PSICOLOGO/A CLINICO. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION. TCAE. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· CORBERA ALMAJANO MANUEL. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
PARA LA GESTIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DESDE 2016 SE VIO LA NECESIDAD DE ANALIZAR LOS PROCESOS QUE SUCEDEN. INICIAMOS EL ANÁLISIS CON LA VALORACIÓN DE COMO SE PRODUCIA LA DEMANDA DE INGRESO EN LA UNIDAD Y EL PROCESO DE ACOGIDA DE LOS USUARIOS/PACIENTES, DE MANERA GENERAL PARA VALORAR TODOS Y CADA UNO DE LOS ACTOS ASISTENCIALES QUE SUCEDEN EN NUESTRO DISPOSITIVO Y PARA ESO UTILIZAMOS LA TECNOLOGÍA DE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO. SIGUIENDO ESA VIA DE TRABAJO VEMOS LA NECESIDAD DE SEGUIR REALIZANDO UN UNICO DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ACOGIDA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA PERO ANALIZANDO UNA VALORACION NO UNICAMENTE MEDICA SINO MULTIDISCIPLINAR.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
REALIZAR ESTUDIO DEL PROCESO ASISTENCIAL DE TODO EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA ELEBORAR UN DIAGRAMA DE FLUJO DE LA ACOGIDA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA Y EN LOS GRUPOS TERAPEUTICOS PARA CONTRIBUIR DE ESTA FORMA A MEJORAR LA CALIDAD EN LA UNIDAD.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
LOS DIAGRAMAS DE FLUJO PRETENDEN CONVERTIRSE EN EL MECANISMO DE ANALISIS DE LA GESTIÓN DE ESTA UNIDAD.
EL EQUIPO DEBE PLANTEARSE CADA UNO DE LOS SUCESOS QUE OCURREN EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA ACOGIDA DE UN PACIENTE EN SU INGRESO EN HOSPITAL DE DIA. CON ESTO QUEREMOS CONSEGUIR UNA MEJOR EFICACIA Y EFICIENCIA.
DEDICAREMOS UNA REUNIÓN SEMANAL EN HOSPITAL DE DÍA PARA:
. PLASMAR EL TRABAJO QUE REALIZA CADA PROFESIONAL EN EL PROCESO DE ACOGIDA.
. REALIZAR UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EXHAUSTIVA PARA VALORAR, EN CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO, SI LA METODOLOGIA EMPLEADA ES LA NECESARIA Y SI LAS TECNICAS SON SUFICIENTES PARA EL PROCESO EVALUADO Y PARA CONSEGUIR UNA MEJORA COSNTANTE.
. REALIZAR EL DIAGRAMA DE FLUJO CONSENSUADO ENTRE TODOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. REALIZAR ESTE AÑO EL DIAGRAMA DE FLUJOS EN EL PROCESO PROPUESTO ESTE AÑO.
2. CONTRASTAR ESTOS DIAGRAMAS CON EVALUADORES EXTERNOS AL PROCESO.
3. NUEVO EVALUACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO.
4. INCLUIR CORRECCIONES SUGERIDAS.
5. VALORACIÓN FINAL POR EL GRUPO DE CALIDAD DE PSIQUIATRIA.
6. ¿ SE DEBE INTRODUCIR ALGÚN CAMBIO ?
7. SE CONTRASTARA CON ALGUNO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA. YA QUE SON LOS QUE RECIBEN LOS RESULTADOS Y VIVEN LAS DIFICULTADES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA FEBRERO- Marzo
2. REALIZACIÓN DE FLUJOS EN ABRIL- JUNIO.
2. EVALUACIÓN EXTERNA Y POR EQUIPO EN JULIO-SEPTIEMBRE.
3. CORRECCIONES Y VALORACIÓN GRUPO CALIDAD OCTUBRE.
4. INTRODUCIR CAMBIOS DE MEJORA EN NOVIEMBRE
5. VER RESULTADOS FINAL DE AÑO

9. OBSERVACIONES.
SE CONVERTIRA EN NUESTRO MECANISMO DE MEJORA Y CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2018_0153 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U.MIGUEL SERVET)

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0458 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

2. RESPONSABLE ..... MARTA GURPEGUI PUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOMBARTE ESPINOSA EVELYN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· SANTED ANDRES MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· MORON GIMENEZ ALEJANDRA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· ALVAREZ OTAZU ROBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· MARTIN YUS CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La ITU relacionada con sondaje uretral es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos. Su impacto sobre la mortalidad es menor que otras infecciones nosocomiales pero produce un importante incremento de estancias hospitalarias y de costes.

La infección del tracto urinario asociada a sonda uretral (ITU-SU) representa el 20% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).
Los factores de riesgo relacionados son:
- Sondaje vesical
- Calidad de los cuidados del personal sanitario en la inserción y manipulación de la sonda uretral

Epidemiología:
- Las ITU-SU ocurren en 2’6% de los pacientes que permanecen ingresados en UCI > 2 días.
- El 98’4% de los episodios de ITU se asocian al uso de catéter urinario.

Como el resto de las infecciones nosocomiales, es una infección con oportunidad de ser prevenida.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar los correspondientes protocolos y recomendaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Hasta el 65-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

Según el último Estudio Nacional de Vigilancia de Infección nosocomial en servicios de Medicina Intensiva (ENVIN HELICS), el 31’87% de las infecciones nosocomiales correspondieron a ITU-SU.
La tasa de incidencia de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral es del 11%, sin embargo continúa siendo mayor respecto a las tasas publicadas en otros países (3’8% de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral).

Los objetivos son:
- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la densidad de incidencia (DI) de la infección del ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
- Reducir la ratio de utilización (RU) de sonda uretral, expresado como días de sondaje respecto el total de estancias.
- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de protocolo para el procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI
- Valorar la indicación de sonda uretral en cada caso
- Garantizar la calidad de los cuidados. Listado de verificación de inserción de sonda uretral.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la DI de la ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
o DI de ITU-SU por 1000 días de dispositivo

(Nº de episodios de ITU-SU/Nº total de días de sondase) x 1000 días de sondaje uretral

- Ratio de utilización de sonda uretral

Proyecto: 2018_0458 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Días de sonda uretral / Total de estancias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.
Realización de listado de verificación de inserción de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.
Valoración diaria de la indicación de sonda uretral individualizado, retirándole en caso de no ser necesaria.
Garantizar la calidad de los cuidados diariamente, rellenando el listado de verificación de inserción de sonda uretral.

Analisis continuado durante el año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0459 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

2. RESPONSABLE ..... EVELYN LOMBARTE ESPINOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GURPEGUI PUENTE MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· SANTED ANDRES MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· CLARACO VEGA LUIS MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· MARTIN YUS CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA
· YARZA ALONSO MARIA ANTONIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La sedación es necesaria para garantizar el confort y la seguridad de los enfermos con ventilación mecánica (VM).

Sin embargo su uso no está exento de eventos adversos, derivados en su mayoría de su infradosificación y sobredosificación, que pueden prolongar los tiempos de VM, complicar la evolución y el pronóstico del paciente crítico e incrementar el coste sanitario.

La correcta sedación precisa del conocimiento de las distintas opciones terapéuticas, sus indicaciones, sus efectos secundarios y una adecuada monitorización. Las guías de práctica clínica de la mayoría de las Sociedades Médicas de Cuidados Intensivos recomiendan establecer claros objetivos de sedación, variables en función de la evolución del paciente, con estrecha y periódica monitorización.

Existen numerosos métodos para la evaluación del nivel de sedación, sin que se disponga todavía de uno que sirva como referencia y validación para el resto.

Aunque la práctica clínica diaria de la UCI se caracteriza por una estricta vigilancia de un gran número de variables fisiológicas y parámetros del paciente, en el caso de la monitorización del grado de sedación, ésta no siempre se realiza, o a veces resulta insuficiente, de cara a identificar y corregir situaciones de infra o sobresedación, reduciendo así la morbi-mortalidad y el consumo de recursos.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar el uso de escalas de sedación validadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Según algunos estudios entre un 42-72% de los pacientes van a requerir sedación en algún momento de su estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Los objetivos son:

- Monitorizar el grado de sedación en períodos de 8h, a todos los pacientes con VM de más de 12h de evolución y sedación continua (quedan excluídos los pacientes con bloqueo neuromuscular).
- También se monitorizará el grado de sedación en cualquier momento en el que varíe la situación clínica.
- Escalas validadas: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Difusión, conocimiento y aplicación de la escala validada RASS en la Unidad.
- Valoración diaria del nivel de sedación (quedando registrado en la aplicación informática).
- Valorar cada 8h si el paciente presenta sobre o infradosificación, aplicando la escala validada RASS.
- Mantener al paciente con la mínima dosis de sedación que precise en cada momento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Monitorización del grado de sedación:

(nº períodos de 8 horas con sedación monitorizada / nº períodos de 8h con VM y sedación continua *) x 100

*(o días de VM y sedación continua x 3)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0459 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Durante el primer semestre se realizarán:
- Sesiones teorico-practicas con enfermería para dar a conocer la escala validada RASS.
- Implementación en la aplicación informática de sistema de registro.

Valoración diaria del nivel de sedación en pacientes con VM >12h y sedación continua, valorando a su vez la sobre o infradosificación.
Tras la fase de formación e implantación se realizará una monitorización y evaluación de los indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1172 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR FIGUERAS VILLALBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ASIN SAMPER UXUA. MIR. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· ARENAS MIQUELEZ ARANTZAZU INMACULADA. MIR. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· REQUENA CALLEJA MARIA ANGELES. MIR. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GEREZ CARDIEL PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· VIÑUELAS LABURTA ESTHER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La infección urinaria asociada a sondaje vesical es una de las infecciones mas prevalentes en el medio hospitalario. En torno al 18% de pacientes hospitalizados son portadores de sondaje vesical, de los cuales el 25% presentará una infección de tracto urinario asociada a catéter (CAITU).
Un porcentaje importante de pacientes portador de sondaje vesical no presenta indicación para ello.
Hay un número limitado de indicaciones aprobadas para el uso de sondaje vesical:
-Retención aguda de orina.
-Cuantificar diuresis en enfermos críticos
- Úlceras en sacro y región perineal en pacientes seleccionados con incontinencia
-Perioperatorio (Cirugía urológica, cirugía sobre estructuras contiguas, monitorización intraoperatoria de diuresis, infusión de volumen y diuréticos durante la cirugía)
-Inmovilización prolongada: (fractura de pelvis, lesionados medulares…)
-Confort en los últimos momentos de la vida.
El sondaje vesical debería realizarse únicamente cuando esté indicado y ser retirado cuando ya no sea necesario para minimizar el riesgo de colonización e infección urinaria.
El uso inapropiado de antibioterapia en pacientes portadores de sondaje vesical está extendido. El diagnóstico de infección del tracto urinario asociada a catéter requiere una correlación clínica y microbiológica. Evitando así la utilización de antibioterapia en bacteriuria asintomática.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Disminuir el número de pacientes portadores de sondaje vesical:Primer año: reducción del 5%. Segundo año: reducción del 10%
-Disminuir la duración del sondaje vesical. Actualmente no disponemos de datos. Reducción de 2 días en el segundo año
respecto al primero.
-Reducir el número de CAITU: tasa de infección urinaria asociada a catéter no disponible. Disminución del número de infecciones en el segundo año respecto al primero.
-Adecuar la utilización de sondaje vesical.
-Adecuar la solicitud de urocultivo a la presencia de signos/síntomas de infección del tracto urinario.
-Reevaluar de forma diaria la necesidad de sondaje vesical
-Disminuir el uso inapropiado de antibióticos: Antibiótico empírico inadecuado; Duración inadecuada; Antibiótico pautado y no indicado
-Disminuir la estancia media hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna.
-Valorar el riesgo de bacteriemia secundaria a CAITU
- Disminuir el riesgo de complicaciones en pacientes portadores de sondaje vesical (hematuria traumática, CAITU, síndrome confusional, incontinencia posterior a la colocación de sondaje vesical y consumo de recursos asociado a la misma…).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La duración del proyecto se estima en dos años con reuniones cada 3 meses para alcanzar los objetivos anteriormente descritos a través de la formación de facultativos y personal de enfermería.
-Formación de facultativos en relación a las indicaciones estrictas para colocar una sonda vesical.
-Formación del personal de enfermería en la colocación y mantenimiento de sondaje vesical
-Formación del personal de enfermería en la obtención adecuada de muestras para cultivo microbiológico.
-Protocolizar las indicaciones de tratamiento antibiótico en pacientes sondados con sospecha de infección: Valoración clínica (signos/síntomas de infección de tracto urinario (ITU) en pacientes sondados) y criterios microbiológicos.
-Formación de facultativos en situaciones en las que no está indicado el tratamiento antimicrobiano: la existencia de Piuria sin clínica sugestiva de ITU no es indicación de antibioterapia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de pacientes sondados (nº pacientes sondados x 100/nº ingresados)

Proyecto: 2018_1172 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

-Duración del sondaje vesical (días).
-Porcentaje de pacientes sondados que presentan ITU (nº pacientes sondados con
- ITU x 100/nº pacientes sondados). Comparar datos del primer año con respecto al segundo.
-Porcentaje de indicación adecuada de sondaje (Número de sondajes que cumplen criterios x100/Número de sondajes totales).
-Porcentaje de indicación adecuada de urocultivos (Número de urocultivos con clínica de ITU x 100/Número de urocultivos totales)
-Porcentaje de pacientes en los que se reevalúa la indicación de sondaje vesical: (Pacientes revisados x 100/ pacientes sondados).
-Antibiótico empírico adecuado: SI/NO.
-Duración adecuada: SI/NO.
-Porcentaje de antibioterapia indicada en pacientes sondados: nº de pacientes con antibiótico indicado x 100/ nº pacientes con antibioterapia.
-Estancia media pacientes sondados/no sondados.
-Recuento de bacteriemias en pacientes portadores de sondaje vesical con urocultivo positivo
-Complicaciones en relación con sondaje vesical (CAITU, hematuria traumática, síndrome confusional, incontinencia urinaria posterior): presencia/ausencia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto precisara dos años de duración para su realización: de Mayo 2018 a Abril 2020. Reuniones trimestrales para implementar la formación de facultativos y personal de enfermería.Valoración semanal conjunta (facultativa-enfermería) de los pacientes portadores de sondaje vesical y complicaciones asociadas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1261 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLCION. OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

2. RESPONSABLE ..... PIEDAD ARAZO GARCES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROC ALFARO LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· BARBERA GRACIA PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ SAPIÑA ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GIL PEREZ DESIRE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· GOMEZ AURIA MARIA ANGELES. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN. TEL. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se estima que en nuestro país hay en este momento entre 145000/160000 personas con VIH, de las cuales al menos un 18% desconoce el diagnóstico. Este retraso implica no sólo un problema para la salud del paciente ya que se estima que un 46,5% de los diagnósticos son tardíos, sino también un problema de salud pública por la persistencia de la transmisión, en la actualidad más del 76% es por vía sexual.
Ya desde el año 2016 según todas las guías de consenso la terapia antirretroviral (TAR) se debe indicar a todos los pacientes infectados por el VIH y lo más precoz posible. Está ampliamente demostrado que el TAR no sólo tiene un claro beneficio para el paciente, sino también para la comunidad pues con el control de la viremia plasmática del VIH disminuye de forma significativa la transmisión de este virus en los contactos sexuales de ahí la importancia de un diagnóstico y acceso al tratamiento precoz.
Se pretende con esta línea de mejora acortar los tiempos desde el diagnóstico del VIH hasta el acceso al tratamiento. Habitualmente el circuito se desarrollaba de la forma siguiente
•El Médico de Familia solicitaba el estudio serológico
•Si VIH positivo en el impreso se informaba que solicitara nueva analítica para confirmar dicho resultado
•Tras la confirmación el Médico de Familia remitía al paciente como primera visita para ser visto en la consulta de E. Infecciosas.
•En la primera visita se solicitaba el estudio analítico correspondiente al diagnóstico y se citaba de nuevo al paciente en una segunda visita para recoger resultados.
•En la segunda visita ya se indicaba el TAR
Por tanto el tiempo desde el diagnóstico hasta el acceso al TAR estaba entre 45-65 días

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Minimizar los tiempos desde el diagnóstico del VIH hasta el acceso del TAR
Atención médica inmediata para disminuir la ansiedad del paciente recién diagnosticado y realizar asesoramiento al paciente.
Mejora de la derivación desde APS a la consulta de Enfermedades Infecciosas en la atención a los pacientes con VIH.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
•Programar una reunión, desde la dirección de Atención Primaria, una reunión con los coordinadores de los CS para información de esta actividad la mejora.
•Realización por parte del servicio de microbiología del diagnóstico serológico de VIH en todos los pacientes que se ha solicitado y comunicación personal, vía telefónica, con el facultativo solicitante en caso de positividad.
•Por indicación del facultativo de microbiología el paciente será enviado por su MF directamente a la consulta de Enfermedades Infecciosas y contactará con la Enfermera de la Consulta.
•La Enfermera de la Consulta ese mismo día solicitará confirmación de la infección VIH y estudio básico de primera visita, realizará asesoramiento básico sobre la infección (siguiendo las recomendaciones de GESIDA) y además le dará día y hora en la consulta de alta resolución, aproximadamente en tres 3 días.
•En la primera visita el facultativo realizará la historia clínica, como ya se dispone del estudio básico, indicará TAR, completará el asesoramiento iniciado en enfermería, resolverá dudas y completará el estudio de primera visita. Además se ampliará el estudio a los contactos sexuales si están “localizables”.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Proporción de pacientes diagnosticados con anticuerpos VIH positivos, en función a las determinaciones realizadas.

Ratio entre el número de contactos telefónicos con los facultativos responsables del paciente/pacientes que acuden a la consulta.

Tiempo medio desde el diagnóstico serológico y la de recepción de estos pacientes en la consulta de enfermedades infecciosas.

Proyecto: 2018_1261 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLCION. OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Tiempo medio desde que el paciente acude a la consulta de enfermería y el acceso al TAR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio y desarrollo: A lo largo de todo el 2018, en función de los nuevos diagnósticos.
Cumplimiento de los registros : La base de datos y registro en el sistema se irá realizando de forma paulatina y en paralelo al diagnostico de nuevos casos.
Control a los pacientes: Durante todo el período en función de los criterios técnicos que marcan los protocolos.
Evaluación semestral de los resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1045 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL LOPEZ CALLEJA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRER CERON ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ GOMEZ CONCEPCION. FARMACEUTICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GARCIA LECHUZ JUAN MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MARTIN SACO GLORIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VIÑUELAS BAYON JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PALACIOS MIGUEL YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FERNANDEZ ESGUEVA MARTA. MIR. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 por la Entidad Nacional de Acreditación en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación obliga al trabajo según buenas prácticas de laboratorio (norma ISO 15189) reconoce la competencia técnica del laboratorio y garantiza los resultados microbiológicos, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como la realización periódica de auditorías internas y externas.

El mantenimiento del alcance de acreditación es fundamental para garantizar esa competencia técnica y la mejora continua, y repercute directamente en la seguridad del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantenimiento del alcance de acreditación del Servicio de Microbiología, iniciado en el año 2009 y mantenido hasta la fecha con la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio de Microbiología. Se detalla a continuación parte del alcance a mantener (el resto del alcance acreditado del Servicio de Microbiología viene indicado en el Proyecto de ampliación y mantenimiento):

1- Hemocultivos
2- Cultivo de cateter
3- Cultivo de LCR
4- Determinación de antígeno de neumococo y legionella en orina
5- Determinación de la sensibilidad antibiótica en aerobios, anaerobios facultativos
6- Identificación microbiana por EM-MALDI TOF
7- Detección fenotípica de mecanismos de resistencia
8- Detección de S. aureus meticilin resistente por cultivo
9- Detección del estado de portador de bacterias multirresistentes por cultivo
10- Urocultivo
11- Diagnóstico microbiológico de colonización vaginorrectal por Streptococcus agalactiae en embarazadas por cultivo.
12- Cultivo Exudados vaginal, vulvar, endocervical, uretral, rectal, faríngeo, otras muestras genitales
13- Cultivo Leche Materna
14- Cultivo Líquido articular, ascítico, abscesos, tejidos, biopsias, prótesis
15- Cultivo Úlceras, heridas, quemaduras

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis y formatos relacionados.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas
- Mantenimiento y seguimiento del Listado de Equipos por secciones. Cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos.
- Comunicación periódica en sesión del Servicio de los temas/problemas relacionados con calidad.
- Auditorías interna y externa previstas octubre 2018 y junio 2019.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis y formatos relacionados
Nº de documentos actualizados/ Nº de documentos totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito a la sección y cumplimentación ficha cualificación Si/NO

3er indicador: Mantener actualizado listado de equipos y cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos SI/NO

Proyecto: 2018_1045 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4º indicador: Cumplimiento del programa de control interno y externo y evaluación de resultados SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: abril 2018
Fecha de finalización: junio 2019

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: todo el periodo
- Formación y Cualificación del personal implicado: ante nuevo personal, durante todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno y externo de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas las patologías infecciosas-Dx de laboratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1160 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FORTUÑO CEBAMOS BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SAHAGUN PAREJA JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ARIAS ALONSO ANTONINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· EGIDO LIZAN PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MARTINEZ SAPIÑA ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· ROC ALFARO LOURDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.
En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias y Biología Molecular hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.
La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El Servicio de Microbiología inició la acreditación en la NORMA UNE EN ISO 15189 el año 2009. Desde entonces y gracias a la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio, ha ampliado alcances y mantenido las técnicas ya acreditadas
Se detalla a continuación el alcance a ampliar y a mantener
Ampliación
• Sensibilidad antibiótica de Micobacterias en medio líquido BACTEC
• Tipado molecular de Pasmodium spp (prueba en la que HUMS es Hospital de referencia para Aragón)

Mantenimiento
• Detección de Papilomavirus de alto riesgo en el cribado oncológico
• Carga Viral
• Detección de Virus Gastrointestinales (Adenovirus, Astrovirus, Norovirus, Rotavirus) por Inmunocromatografía.
• Detección de Antígenos de Plasmodium spp. en sangre por Inmunografía
• Detección de Antígenos de Plasmodium spp. en sangre por PCR tiempo real
• Detección e identificación de Hongos Dermatofitos en piel, pelo o uñas
• Tinción De Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de Micobacterias en muestras respiratorias de vías bajas y orinas
• Tinción de auramina
• Siembra y cultivo de Micobacterias en medio líquido Bactec MGITT 960 (BD) y pruebas bioquímicas de identificación
• Identificación de Mycobacterium tuberculosis Complex por Inmunoanálisis Cromatográfico
• Análisis genético molecular para identificación de especies micobacterias aisladas en cultivo (Maldi-Tof,Genotype® Mycobacterium AS/ CM/ MTBC)
• Detección molecular de Mycobacterium tuberculosis Complex Mediante técnica Fluorotype®MTB Reacc. en cadena de Polimerasa tiempo real (PCR)
• Tinción de Kinyoun
• Determinación de marcadores serológicos frente a VHB (autonalizador cobas e411)
• Determinación de marcadores serológicos virus VHA, VHB, VHC y VIH por Quimioluminiscencia en analizador Advia Centauro
• Determinación de anticuerpos: a Toxoplasma, Rubeola, Lúes, Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes simple, por quimioluminiscencia en autoanalizador Immulite
• Diagnóstico de infección respiratoria en aspirado traqueal y muestras obtenidas por fibrobroncoscopia
• Coprocultivo
• Diagnóstico microbiológico de la infección del tracto respiratorio superior
• Diagnóstico microbiológico de infección respiratoria en esputo (cultivo)
• Diagnostico microbiológico de infección-colonización respiratoria en pacientes con Fibrosis Quística (cultivo)
• Recepción de muestras en el laboratorio

Proyecto: 2018_1160 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance (R. técnico de micobacterias y R. técnico de PCR)
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis ya acreditados. (R. Técnicos)
- Formación y Cualificación del personal implicado. (R. Técnicos y TEL)
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.(R. Técnicos y Supervisora)
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (R. de Calidad)
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades ya acreditadas. (R. Técnicos)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

1. Realización y difusión en intranet de los procedimientos de las técnicas ampliadas si/no
2. Mantener actualizados los procedimientos relativos a las técnicas ya acreditadas y los registros relacionados. SI/NO
3. Formación del Personal adscrito a las secciones correspondientes Cumplimentación ficha cualificación >95%.
4. Cumplimiento del programa de control interno y externo >90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

inicio: mayo 2018
finalización: mayo 2019

- Realización y difusión en intranet de los procedimientos relativos a los nuevos alcances: junio 2018
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: durante todo el periodo
- Formación y Cualificación del personal implicado: durante todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: durante todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: durante todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1210 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION CUADRO MANDO SERVICIO DE NEFROLOGIA

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARRA MONCASI EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· GUTIERREZ DALMAU ALEX. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· LOU ARNAL LUIS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· CAMPOS GUTIERREZ BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Necesidad de disponer de indicadores de actividad y calidad para establecer comparación interna y benchmarking
Por el momento no se contemplan indicadores de eficiencia económica de los procesos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establcer indicadores de actividad y calidad que permitan medir las principales actividades del servicio, nefrología clínica, actividad de consulta y demoras, diálisis y trasplante renal
Cumplimentación registro renal de la CA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Informtización de la unidad de diálisis
Difusión entre los miembros del servicio

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se incluyen en docuemnto aparte

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La valoración de los indcadores se hará anualmente
Los resyultados se trasladarán a la Memoria del servicio y por extensión a los miembros del servicio y a Dirección.
Por parte del servicio existe la voluntad que los indicadores sean públicos y permita a su vez la comparación con otros servicios de nuestro entorno y de otras C.A.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1246 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION VARIABILIDAD EN LA GESTION DE INTERCONSULTA VIRTUAL

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARRA MONCASI EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA
· BLASCO FORCEN ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La introducción de la interconsulta virtual entre A. Primaria y nuestro servicio configura un nuevo marco de relación profesional.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La información trasmitida y/o los criterios de derivación o visita presencial deben ser conocidos y compartidos por los responsables del servicio para normalizar el manejo de la herramienta y evitar o limitar la variabilidad
La necesidad de responder a la demanda debe acompañarse de unos estandares de calidad de la información y de normalización de documentos informativos que se anexen
Estos puntos son extensivos a toda la población del sector I y II que desde AP se derivan a nuestro servicio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Definición de criterios para visita presencial en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC)
Elaboración de documentos de referencia para información a AP sobre
ERC
Proteinuria
Microhematuria
Anemia en la ERC

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración de documento de unificación de criterios de derivación
Elaboración de documentos informativos sobre ERC / Proteinuria / Microhematuria / Anemia en la ERC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Incio inmediato
Finalización de la elaboración de docuemntos en tres meses
Difusión a tood el servicio

9. OBSERVACIONES.
NO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_1445 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

2. RESPONSABLE ..... ISRAEL LARENA FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEONATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RITE GRACIA SEGUNDO. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· GARCIA ESCUDERO CRISTINA. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· PEÑALVA BORONAT ELISA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· NAVARRO TORRES MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· MARTINEZ HERNANDO LORETO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA
· SUSIN GALAN FERNANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEONATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La evidencia científica muestra que los recién nacidos prematuros y de bajo peso presentan una evolución más favorable si sus padres se integran en sus cuidados. La hospitalización es un factor de desajuste, repercutiendo negativamente en las cargas de trabajo de los equipos neonatales y en sus costes, el estado afectivo-emocional de la familia y en la instauración y prolongación de la lactancia materna. Es necesaria una actuación del equipo de salud para facilitar el vínculo y desarrollar las competencias necesarias para el cuidado de sus hijos. El alta precoz de las Unidades Neonatales se ha postulado como una buena estrategia, en pacientes seleccionados, para reducir los efectos adversos de una estancia hospitalaria prolongada, reforzar las capacidades de los padres en las competencias de cuidados de sus hijos, contribuyendo de este modo al mejor pronóstico de estos pacientes y reducir el coste en sus cuidados. La asistencia domiciliaria forma parte de las nuevas tendencias en la atención neonatal en países desarrollados. Realizando un breve análisis de costes en nuestro medio para justificar el proyecto, hemos analizado los precios públicos por GRD ofrecidos por la Comunidad de Madrid y publicados en su Boletín Oficial ORDEN 727/2017, de 7 de agosto. Se seleccionan los siguientes GRD:
602: “RN peso al nacer <750 g, alta con vida”, coste: 91031 €.
604: “RN peso al nacer 750-999 g, alta con vida”, coste: 68301 €.
607: “RN peso al nacer 1000-1499 g, sin procedimiento quirúrgico”, coste: 29770 €.
Calculamos la estancia media en nuestra Unidad durante el año 2017 de cada uno de estos 3 GRD, obteniendo un coste de estancia por día aproximado y estimamos la minoración del coste, basándonos en una reducción de la estancia media en 7 días respecto a la estancia media del año anterior.
GRD: 602 “RN peso al nacer <750 gr, alta con vida”: Altas 2017: 5; Estancia media 101.4 días; Minoración 7 días; Coste estancia 897,74 €; Objetivo minoración coste/estancia 31420,9 €.
GRD: 604 “RN peso al nacer 750-999 gr, alta con vida”: Altas 2017: 17; Estancia media 70,4 días; Minoración 7 días; Coste estancia 970,18 €; Objetivo minoración coste/estancia 115451,24 €.
GRD: 607 “RN peso al nacer 1000-1499 gr, sin procedimiento quirúrgico”: Altas 2017: 48; Estancia media: 44 días; Minoración 7 días; Coste estancia 676,59 €; Objetivo minoración coste/estancia 227334,24 €.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
PRINCIPAL
Instaurar un programa de alta precoz en prematuros de bajo peso y seguimiento a través de la unidad de hospitalización domiciliaria.
ESPECÍFICOS
•Normalizar la situación familiar y promocionar el vínculo paterno-filial
•Disminuir los efectos derivados de la hospitalización neonatal prolongada
•Favorecer la lactancia materna prolongada
•Mejorar la continuidad asistencial e integración entre los distintos niveles asistenciales (paso de la asistencia especializada a atención primaria)
•Disminuir los costes hospitalarios al disminuir la estancia hospitalaria, optimizando recursos materiales y humanos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de protocolo multidisciplinar, desarrollando todas las funciones de cada profesional
- Creación de registros necesarios para la recogida de datos antes, durante y después de la visita domiciliaria
- Creación de una encuesta de satisfacción y un tríptico para padres
- Organización de actividad de enfermería. Solicitar la posibilidad de disponer de una enfermera especialista en pediatría para desarrollar el programa
- Cómo funcionaría: Tras una valoración del pediatra se plantearía a los padres la posibilidad de incluir en el programa a aquellos niños que cumplan los criterios de inclusión. Posteriormente la trabajadora social y la psicóloga tendrían una reunión con los padres para confirmar la inclusión en el programa. La enfermera responsable realizaría la formación de los padres mediante la escuela de padres, confirmando su capacitación. Posteriormente se encargaría de realizar el seguimiento domiciliario de estos niños, basándose en los registros de datos de visita domiciliaria, concretando las citas que sean necesarias.
Antes del alta hospitalaria, la enfermera contactará con el equipo del centro de salud para informar sobre la situación del neonato, asegurando una continuidad de cuidados adecuada.
- Creación de un circuito en caso de urgencia

Proyecto: 2018_1445 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración de protocolo con criterios de derivación a atención domiciliaria: SI
Elaboración del protocolo de actividades de enfermería al alta de la Unidad, en la visita domiciliaria y alta del programa: SI
Formación al personal de la Unidad: SI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación del grupo de trabajo- Sept/Oct 18
Elaboración de documentos- Nov/Dic 18
Formación del personal de enfermería implicado- Enero/ Marzo 19

9. OBSERVACIONES.
La implantación del programa estará sujeta a la concesión de una enfermera especialista en pediatría

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Recién nacidos pretérmino y/o bajo peso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1233 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

2. RESPONSABLE ..... ELISA MINCHOLE LAPUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· MARQUEZ MEDINA DIEGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· ARTAL CORTES ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ONCOLOGIA MEDICA
· VENGOECHEA ARAGONCILLO JOSE JAVIER. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GARCIA FAU PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· ALBERICIO GIMENO ASUNCION. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· HERRERO VILLALON ALEJANDRO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los derrames pleurales malignos (DPM) son una complicación común en la enfermedad maligna avanzada. Se ha estimado que hasta un 15% de los pacientes con cáncer de pulmón presentará inicialmente un DPM y hasta el 46% desarrollará un derrame pleural en algún momento de su enfermedad. Lamentablemente, la presencia de un DPM augura un mal pronóstico. La supervivencia media se encuentra entre 3-12meses.
El síntoma más importante asociado con el DPM es la disnea. Esta generalmente es subaguda, progresa durante días y semanas y puede asociarse con molestias en el pecho o tos.

Cuando el tratamiento no es curativo, el objetivo principal es proporcionar a nuestros pacientes el mejor de los cuidados para mantener una calidad de vida aceptable, centrando el tratamiento en la paliación de los síntomas.

Se deben favorecer, si es posible, los procedimientos mínimamente invasivos, con pocos efectos secundarios y ambulatorios, reduciendo al mínimo el tiempo de hospitalización para estos pacientes.

La toracocentesis terapéutica es el tratamiento inicial que consigue el alivio rápido de los síntomas. La recurrencia es muy probable a corto plazo por lo que se recomienda un plan de tratamiento. Recientemente, se ha desarrollado el uso de catéteres pleurales permanentes para el drenaje continuo del derrame pleural. Después de su colocación, se logra mejorar la disnea manteniendo la expansión pulmonar mediante el drenaje repetido en el domicilio a través del catéter y el uso de frascos de plástico desechables (550 ml a 1 L). Los catéteres se pueden insertar de forma ambulatoria bajo anestesia local. El cuidado del catéter se enseña a los pacientes y familiares aprendiendo el procedimiento de drenaje según síntomas en su domicilio. Enfermería participa en el cuidado y enseñanza del drenaje, y el especialista participa en la colocación, evaluación inicial y el seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Implantar una nueva técnica enfocada a pacientes sintomáticos con derrame pleural maligno recidivante
- Disminuir los síntomas de estos pacientes mejorando su calidad de vida
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores
- Disminuir el número de reconsultas por este motivo
- Fomentar la investigación clínica y terapéutica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Colocación del catéter pleural permanente en pacientes sintomáticos con derrame pleural maligno recidivante
- Enseñar el manejo del drenaje con catéter pleural permanente a los pacientes y sus familiares.
- Realización de un informe del procedimiento y seguimiento por parte del Servicio de Neumología dirigido a otros servicios médicos que atiendan a estos pacientes.
- Realizar una encuesta de satisfacción, incluyendo escala de síntomas del paciente y familiares
- Realizar un protocolo junto con el Servicio de Oncología para la derivación y seguimiento de estos pacientes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Total de pacientes atendidos
- Modificación de la escala de medición de síntomas antes/después del procedimiento
- % de pacientes que manejan de manera autónoma el catéter pleural permanente
- Número y tipo de complicaciones
- Tiempo (mediana) de supervivencia
- Desarrollo de un protocolo para atención y seguimiento de estos pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Junio de 2018
Fecha para la primera evaluación: 6 meses desde el inicio del proceso
Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación

Proyecto: 2018_1233 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1265 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA . SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... ELISABET VERA SOLSONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN CARPI MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GOTOR LAZARO MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· SANCHEZ BARON ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· ARRIBAS BARCELONA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Asma es una enfermedad crónica prevalente, afecta a 3 millones de personas en España (5% en adultos y 10% en niños).
En España, los costes se cifran en el 2% del gasto sanitario (1480 millones) de los cuales, el 70% se atribuyen a un mal control. En estudios en vida real, los asmáticos que alcanzan un buen control no llegan al 30%, y además, un 30% de pacientes diagnosticados de asma, no lo son. Es necesario realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados, sobre todo los que presentan un Asma Grave (AG) y de Control Difícil (ACD), sobre los que recae el mayor consumo de recursos sanitarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Desde la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y desde la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), se ha potenciado la creación y acreditación de Unidades Monográficas para la atención integral de pacientes con Asma (UMA), sobre todo con AG y ACD cuyos objetivos son: 1) mejorar el nivel de cuidado de los pacientes, asegurando un marco de calidad asistencial, 2) establecer los recursos y facilitar la gestión de los mismos, 3) Impulsar el desarrollo de planes formativos en asma y avanzar en el concepto de acreditación del conocimiento, 4) favorecer la colaboración con profesionales de otras disciplinas clínicas y 5) promover la investigación en asma.
En España, la creación de UMA ha resultado ser costo- efectiva. Parece razonable pensar que su puesta en marcha en el Hospital Miguel Servet (HMS), puede contribuir a mejorar el control de los pacientes con Asma, evitar diagnósticos erróneos, mejorar la satisfacción del paciente y disminuir el consumo de recursos sanitarios. Es fundamental que desde Atención Primaria se realice un diagnóstico adecuado y en caso de que no exista un buen control del paciente asmático, y siguiendo los criterios consensuados, se derive a las UMA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Durante 2014 y 2015 se elaboró un protocolo para Aragón de Derivación de pacientes asmáticos desde AP a AE en el que participaron Neumólogos, Alergólogos, Médicos de Atención Primaria (AP) y personal de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud. A través de la implantación de la Interconsulta Virtual (ITV) en el sector II se quiere desarrollar el Proyecto IMPRODA definido por el conjunto de actuaciones por las que se le presta atencio´n a personas que consultan por si´ntomas sugestivos de asma, se establecen mecanismos para la deteccio´n precoz, diagno´stico, clasificacio´n de gravedad, tratamiento ajustado, actividades educativas en prevencio´n y estrategias de automanejo y seguimiento. Todo ello encaminado a asegurar una calidad de vida o´ptima, garantizar la continuidad asistencial, la coordinacio´n entre los diferentes profesionales y la corresponsabilidad de los éstos y el paciente.
a) Entrada al proceso a través de ITV. Criterios de derivación: diagnósticos, terapeúticos, circunstancias especiales, relacionados con el tratamiento actual.
b)Li´mite final: Exclusio´n del diagno´stico de asma; Asma controlado, paciente asintoma´tico y con funcio´n pulmonar normal, sin tratamiento, al menos 2 an~os.
HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTE ASMÁTICO DESDE AP A AE
Datos de filiación:
Motivo de derivación
1.Problema diagnósticos
-No confirmación con medios disponibles
-Posible componente alérgico
-Sospecha de asma ocupacional
-Sospecha de pseudoasma
-Sospecha de enfermedad agravante
2.Problemas terapéuticos
-Mal control sintomático
-Exacerbaciones frecuentes (= 2 tandas de corticoides/año, visita a urgencias o ingreso hospitalario)
-Riesgo futuro incrementado (FEV1 < 80%)
-Necesidad de tratamientos especiales (biológicos, termoplastia, antibioterapia prolongada)
-Efectos secundarios graves del tratamiento
-Rinosinusitis y poliposis nasal graves

Proyecto: 2018_1265 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA . SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

3.Circunstancias especiales
-Sindrome de solapamiento (ACO)
-Asmática embarazada
-Antecedentes de asma de riesgo vital
-EREA
-Asma corticodependiente y corticoresistente
-Alergia alimentaria
-Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA)
4.Tratamiento actualizado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La utilidad de este protocolo va a ser evaluada mediante indicadores de calidad y así determinar el número y características de los pacientes que, estando en tratamiento por Asma, no son realmente asmáticos y, por otro la mejoría en el grado de control del Asma.
Cabe remarcar la necesidad de difundir este protocolo de Asma bronquial a los médicos de AP, mediante la realización de un programa formativo y así desarrollar el proyecto con garantías y dentro de los criterios de calidad expresados anteriormente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones Atención Especializada-Atención Primaria: tercer trimestre de 2018.
Difusión del protocolo a los Médicos de Atención Primaria: cuarto trimestre de 2018.
Implementación del protocolo: Año 2019.
Evaluación de resultados: cuarto trimestre de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_1270 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA MARTIN CARPI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOTOR LAZARO MARIA ANGELES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· VERA SOLSONA ELISABET. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· SANCHEZ BARON ANDRES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· ARRIBAS BARCELONA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· CARRIZO SIERRA SANTIAGO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA
· BELLO DRONDA SALVADOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública: enfermedad altamente prevalente con repercusión en la calidad de vida. En relación al diagnóstico hay que hacer frente tanto al problema del infradiagnóstico como al derivado de las listas de espera para realización de pruebas. El papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial para identificar casos sospechosos. Por otra parte, es imprescindible la priorización previa identificación de los pacientes con clínica de SAHS severo. Los cuestionarios son una herramienta eficaz para ello, ya utilizados en nuestras consultas de Neumología con excelentes resultados. Además de la clínica de ronquidos y apneas objetivadas incluyen una serie de factores predictivos, la edad y la obesidad, medida por Índice de Masa Corporal (IMC) y/o perímetro del cuello (STOP-Bang) y/o perímetro de la cintura (OSA50).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con ocasión de la implementación en el Sector II de Zaragoza de las Consultas Virtuales, como herramienta de gestión de procesos entre Atención Primaria (AP) y Especializada (AE), nace este proyecto de diagnóstico y tratamiento de SAHS. Actualmente, a través de esta plataforma, entre 20-25% de las consultas procedentes de AP solicitan estudio de los trastornos respiratorios del sueño. Por lo tanto, nuestro objetivo es, a la vez que se mantiene la calidad de la asistencia, agilizar la toma de decisiones y evitar cierto número de consultas presenciales que menoscaban la actividad laboral del paciente e incrementan las listas de espera.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desde el ámbito de AP se debería seleccionar previamente a los pacientes para el estudio domiciliario de la patología:
1. Edad <55 años
2. Ausencia de comorbilidades: EPOC, Insuficiencia Respiratoria, Enfermedades Neurológicas o Cardiopatía (isquémica, valvulopatía, MCD, arritmias).
3. Estaría indicado cumplimentar el cuestionario STOP-Bang . En caso de mujeres, recomiendo valorar el perímetro de la cintura (si >88 cm añadir un punto en el ítem de cuello N).Informando del valor de cada ítem.
4. Solicitud de estudio de patología del sueño por parte de AP a través de la Plataforma. En el momento de que llegue esta solicitud a la Consulta Virtual se debería haber realizado y revisado ECG, Espirometría (historia de tabaquismo) y Rx de tórax (ésta debería estar realizada e informada en el momento de contestar a esta consulta porque, al existir demora en la realización del estudio, existe el riesgo de que ningún facultativo la valore).
5. Validación de la recepción y aceptación por parte del Servicio de Neumología (Poligrafía Respiratoria).
6. Creación de un repositorio con las peticiones, buzón, al que se puede acceder para conocer el estado de la solicitud. Priorización según el cuestionario.
7. Realización del estudio. Informe del mismo en Historia Electrónica.
8. Remisión al paciente al Centro de Salud o Centro Médico de Especialidades según resultados a través de la Consulta Virtual.
CUESTIONARIO STOP-BANG
Este cuestionario presenta diferentes ítems, se añade 1 punto por cada respuesta positiva.
STOP:
-Snore: hace referencia al ronquido. ¿Ronca alto (más que el tono de voz o suficiente para ser oído a través de puertas cerradas?
-Tiredness: hace referencia al cansancio o somnolencia.
-Apneas Observadas. ¿Ha observado alguien que deje de respirar durante la noche?
-P: Tensión arterial. Tiene HTA o está siendo tratado de HTA
Se completa con otra serie de ítems que son sociodemográficos: se añade 1 punto por cada criterio cumplido.
Bang:
-B: BMI. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) >35 Kg/m2
-Age: edad >50 años
-N: Neck, circunferencia del cuello >40 cm.
-G: gender, masculino.
Se considera un punto de corte de =3 como valor predictivo de la existencia de SAHS moderado o severo. A mayor puntuación, más probabilidad de SAHS.
CUESTIONARIO OSA 50

Proyecto: 2018_1270 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

Utiliza como puntos de corte de perímetro de cintura los utilizados para definir el síndrome metabólico (cintura >102 cm en hombres y >88 cm en mujeres).
También presenta alta sensibilidad en el caso de puntuación mayor o igual a 5. En caso de respuesta positiva a cada cuestión se añade la puntuación siguiente:
-Obesidad: perímetro de cintura >102 en hombres y >88 cm en mujeres -- 3
-Snore (ronquido) -- 3
-A: apneas visualizadas-- 2
-50: edad =50 años-- 2
-TOTAL --/10

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
RESULTADOS ESPERADOS
-Mejora continua de la comunicación
-Derivación con el menor número de consultas presenciales
-Priorización atendiendo a grado de severidad de los síntomas
-Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes
-Conocer el grado de satisfacción de los facultativos.
No disponemos de experiencia en las Consultas Virtuales ni en la implementación de las mismas en la patología del sueño. Tras un año de implantación se valorarían los resultados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Reunión AP-AE: tercer trimestre de 2018.
-Reunión con Médicos de Atención Primaria: cuarto trimestre de 2018
-Implementación del proyecto: año 2019
-Evaluación de resultados: cuarto trimestre de 2019

9. OBSERVACIONES.
Las consultas en Centro Médico de Especialidades para el diagnóstico de SAHS constituyen 1 /3 de las primeras visitas. Existe un número considerable de pacientes para atender. Debido a ello, las listas de espera son importantes y con largas demoras. Hay que añadir que el abandono del formato de papel en beneficio de plataformas digitales nos obliga a una vigilancia extrema y cuidadosa. Es por ello, que la implantación de este proyecto debe realizarse con cautela y progresivamente. Para ello proponemos comenzar a implementarlo progresivamente.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_0628 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE NEUROQUIRURGICO CON DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE ..... JUAN CASADO PELLEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ MARTINEZ LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· FERNANDEZ DE LETAMENDI NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· MOLES HERBERA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· FUENTES ULIAQUE CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· BARRERA ROJAS MIGUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El daño cerebral sobrevenido (DCS) hace referencia a un conjunto de entidades etiológicamente heterogéneo, que tiene como característica común la de provocar una lesión cerebral que irrumpe el desarrollo vital. Las secuelas provocadas por el DCS son muy diversas y dependen del área cerebral afectada y de la gravedad de las lesiones, así como de la patología concomitante. Las alteraciones pueden comprender trastornos de la movilidad, déficit cognitivo, afectación del lenguaje y trastornos emocionales y de la conducta. Las complicaciones tanto neuroquirúrgicas como generales en estos pacientes son muy frecuentes y habitualmente graves
Es conocida la necesidad de que los pacientes que sufren una lesión cerebral sean sometidos a un intenso y exhaustivo proceso de rehabilitación para la recuperación de sus capacidades, siendo fundamental para ello tanto el inicio precoz de la rehabilitación, como el disponer de unidades específicas en las que se aborde el daño cerebral de una forma integral y por equipos multidisciplinares.

En la planta de Neurocirugía del HUMS ingresan pacientes con DCS causado principalmente por traumatismo craneoencefálico grave o tras una hemorragia cerebral que haya requerido intervención. La mayoría de estos pacientes son jóvenes y la estancia media del ingreso suele ser elevada. Requieren un manejo en planta específico, complejo y multidisciplinar, que comprende a diversas especialidades médicas y quirúrgicas, así como a la unidad de enfermería neuroquirúrgica.

En el momento actual el manejo de estos pacientes es deficitario, basado en la realización de hojas de consulta una vez que se han desarrollado complicaciones y no en la prevención de las mismas. Además, existe una alta variabilidad tanto en las terapias médicas, quirúrgicas y físicas empleadas como en los tiempos en los que las mismas se inician y desarrollan.

Consideramos por ello que la creación de un protocolo de manejo de estos pacientes será extremadamente útil para llevar a cabo un acto médico basado en la prevención y/o diagnóstico temprano de complicaciones, así como en actuaciones basadas en la evidencia científica disponible y consensuadas por un equipo multisiciplinar.

De esta forma y de una manera resumida, destacamos la necesidad de incluir en dicho protocolo a las siguientes unidades:

- Neurocirugía: Manejo de la hidrocefalia aguda y crónica, manejo específico de la craniectomía descompresiva y craneoplastia, manejo de la patología de raquis asociada…

- Unidad de enfermería de Neurocirugía: Manejo de drenajes ventriculares, drenajes lumbares, alimentación enteral y parenteral, cánulas de traqueostomía, prevención de úlceras…

- Rehabilitación: Rehabilitación de déficits motores, psicomotricidad, manejo de disfagias (SNG, gastrostomía, nutrición…), alteraciones de la conducta, del lenguaje, terapia ocupacional…

- Medicina Interna: Manejo de las frecuentes complicaciones médicas (infecciosas, alteración iones…) que acompañan a estos pacientes.

- Neurología: Manejo de la epilepsia.

- ORL: Manejo de traqueostomía.

- Psiquiatría: Manejo de la agitación psicomotriz, alteraciones del estado de ánimo…

- Geriatría y UVSS: Valoración funcional del paciente y adecuación de las necesidades específicas de cara a un posible traslado a otro centro o unidad.

Proyecto: 2018_0628 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE NEUROQUIRURGICO CON DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Crear un protocolo clínico multidisciplinar para la mejora del manejo médico, quirúrgico y de enfermería de los pacientes con daño cerebral sobrevenido ingresados en la planta de neurocirugía.

Los objetivos de dicho protocolo serán:

1) Llevar a cabo revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible acerca del manejo de pacientes con daño cerebral sobrevenido.

2) Definir guías de actuación específicas para cada una de las diferentes unidades involucradas, basadas en dicha revisión bibliográfica y adecuadas a los recursos disponibles, que impliquen tanto un seguimiento periódico de los pacientes como las medidas terapéuticas que sean necesarias.

3) Crear un mecanismo de activación del protocolo, de forma que cada paciente que ingrese en planta pueda recibir la atención temprana de todas las unidades implicadas.

4) Definir reuniones multidisciplinares periódicas para la toma común de decisiones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Creación de un protocolo clínico multidisciplinar para el seguimiento y tratamiento de todos los pacientes con daño cerebral sobrevenido ingresados en la planta de Neurocirugía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Puesta en marcha de las reuniones necesarias para la creación de un Protocolo Clínico (sí/no).

- Publicación del Protocolo Clínico y presentación a las unidades involucradas (sí/no).

- Puesta en marcha del Protocolo (sí/no).

- Evaluación del seguimiento de dicho protocolo (sí/no).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Junio de 2018: inicio de las reuniones multidisciplinares para la realización del Protocolo.

- Septiembre de 2018: Finalización del protocolo y presentación a las distintas unidades involucradas.

- Octubre de 2018: Puesta en marcha del protocolo hospitalario.

- Marzo de 2019: Primera evaluación del grado de seguimiento del Protocolo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1070 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUZ NAVARRO INUÑEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASADO PELLEJERO JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GERIATRIA
· MARTINEZ MATILLA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· NOVO GONZALEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· MOLES HERBERA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· ORDUNA MARTINEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde la puesta en marcha de la colaboración entre Neurocirugia y Geriatria en el años 2015, se ha establecido una dinámica de trabajo global, basada en el trabajo en equipo interdisciplinar, que ha redundado en una mejora de la atención de estos pacientes, con disminución de las estancias medias y mayor preocupación general por el control de complicaciones y la recuperación funcional y cognitiva de este perfil de pacientes.
Sin embargo, esta filosofía de trabajo todavía no se ha hecho extensiva a todo el grupo de profesionales que intervienen en el cuidado del paciente Neuroquirúrgico en especial entre DUEs y TCAEs. Entre las posibles causas puede estar la variabilidad de profesionales no adscritos de manera habitual al Servicio, que pueden intervenir en el cuidado de un paciente con necesidades tan especificas.
Este modelo propuesto permitirá globalizar un enfoque unificado desde el momento del ingreso para identificar y cuantificar problemas, evaluar aspectos funcionales y psicosociales, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales, además de analizar el grado de satisfacción tanto del paciente/familiar como de los profesionales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Formar grupo de trabajo interdisciplinar: médicos, DUEs y TCAEs

Elaborar una matriz DAFO (análisis interno: fortalezas y habilidades; y un análisis externos: oportunidades y amenazas) con los problemas clínico detectados en los pacientes inmovilizados ingresados en el Sº de Neurocirugia

Establecer las estrategias a desarrollar mediante análisis CAME: Corregir las debilidades, Afrontar las amenazas, Mantener las fortalezas y Explotar las oportunidades.

Elaboración de una encuesta de satisfacción del paciente y otra para los profesionales implicados que albergue las variables sobre las que vamos a trabajar

Puesta en practica y registro electrónico mediante base de datos excell de las variables determinadas para conocer la incidencia real de dichas complicaciones médicas en estos pacientes y la satisfacción de los mismos/sus familiares y el personal

Análisis de la incidencia de las variables detectadas y de las encuestas de satisfacción del paciente y profesionales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar: Neurocirujanos, Supervisora enfermería de Neurocirugía, DUE, TCAE y Geriatra de la U.de Geriatria- Unidad de Valoración Sociosanitaria HUMS. Responsable: Supervisora de Neurocirugia
2.- Reuniones semanales para elaborar una matriz DAFO, estrategias CAME y elaborar base de datos excell con las variables elegidas asi como las encuestas de satisfacción. Responsables: FEAs Neurocirugia-Geriatra- Supervisora-DUEs de Neurocirugía
3.- Puesta en marcha del proyecto con registro excell
(a partir de Noviembre de 2018), sesiones formativas al personal de la planta sobre las variables detectadas y pase de encuestas de satisfacción. Responsable: Geriatra- Supervisora-DUEs
4.- Análisis de los datos y de las encuestas de Satisfacción (Mayo 2019) y propuesta de mejora. Responsable: Supervisora Neurocirugia.- FEAs Neurocirugia- FEA Geriatría

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Formacion de un Grupo de trabajo interdisciplinar: SI/NO

Proyecto: 2018_1070 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Elaboración de Matriz DAFO: SI/NO
Elaboración de análisis CAME: SI/NO
Elaboración de encuestas de satisfacción: SI/NO
Puesta en marcha y registro en excell: SI/NO
Análisis: SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
FORMACION DEL GRUPO, DETECCION DE VARIABLES A REGISTRAR: JUNIO 2018 A OCTUBRE 2018
INICIO DE CHARLAS DE FORMACION, REGISTRO Y PASE DE ENCUENTAS: NOVIEMBRE 2018
MAYO 2019: ANALISIS DE RESULTADOS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1206 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ NOVO GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIVERO CELADA DAVID. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA. MIR. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
· HERRANZ ANDRES PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· OLIDEN GUTIERREZ LETICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ANESTESIA Y REANIMACION
· SAENZ DE CABEZON ALVAREZ ALICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· SIERRA MARTINEZ ESTER. PSICOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. PSICOLOGIA CLINICA
· GARCIA RUBIO MARIA JOSE. PSICOLOGO/A. H MIGUEL SERVET. PSICOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La cirugía “awake” es un procedimiento quirúrgico en el cual el paciente permanece despierto, y que permite el mapeo neurofisiológico y control clínico durante la resección. El mapeo intraoperatorio de las funciones cerebrales utilizando estimulación eléctrica en pacientes despiertos permite, no solo la extirpación del tumor a la vez que se preserva el estado funcional de los pacientes, sino que abre una ventana a la neurociencia cognitiva. Lo que se observa durante estas intervenciones y su correlación con los exámenes neuropsicológicos pre y postoperatorios conducen a nuevos conocimientos sobre la compleja anatomía funcional del cerebro humano. Además, amplía nuestro conocimiento sobre la reorganización de la red cerebral en presencia de enfermedades, con implicaciones para todas las disciplinas de la neurología.
El Servicio de Neurocirugía lleva haciendo cirugías con paciente despierto desde hace tiempo, en los últimos años se ha mejorado el manejo de estos pacientes con la ayuda de otros Servicios, que como un puzzle, se complementan para que la cirugía sea un éxito. Consideramos por todo ello, que la creación de un protocolo de actuación mejorará aún más dicho manejo, además de mejorar la eficiencia y la calidad asistencial y disminuir los elementos adversos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Formar grupo de trabajo multidisciplinar
-Creación de un protocolo de actuación multidisciplinar para mejorar el manejo médico y quirúrgico
-Revisión bibliográfica del manejo de estos pacientes.
-Registro electrónico mediante base de datos excel de los casos seleccionados
-Definir guías específicas para cada Servicio implicado: Anestesia, Neuropsicología, Neurofisiología y Neurocirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Formar grupo de trabajo multidisciplinar: Neuropsicólogos, neurofisiólogos, antestesistas y neurocirujanos.
2. Creación de un protocolo multidisciplinar para la detección, manejo y seguimiento del paciente candidato a cirugía “awake”, que contenga guías específicas de actuación por parte de cada Servicio implicado.
3. Revisión bibliográfica y creación de registro excel.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Formación del grupo de trabajo multidisciplinar (si/no)
-Elaboración de las guías específicas de cada servicio (si/no)
-Revisión bibliográfica (si/no)
-Inicio del registro de casos mediante hoja de cálculo excel (si/no)
-Formación de protocolo de actuación en cirugía “awake” (si/no)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Formación del grupo, revisión bibliográfica y creación de registro: Junio-Julio 2018
-Creación de guías específicas: Julio-Diciembre 2018
-Realización de protocolo en cirugía awake: Enero-Marzo 2019
-Presentación del protocolo: Mayo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1206 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0487 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA HADDAD GARAY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOLZ ZAERA MARIA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· ALMARCEGUI LAFITA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Al analizar la gran prevalencia del STC con la consiguiente repercusión sobre los recursos sanitarios y las diferentes vías de procedencia se intenta concretar la derivación de los pacientes a los distintos especialistas: Atención primaria, rehabilitación, traumatología.
Con ello se pretende que cada paciente reciba el tratamiento adecuado según su grado de afectación con el menor número de visitas especializadas.
Tras una reunión con los diferentes especialistas involucrados en el proceso del túnel carpiano se llegó al acuerdo de clasificar según el grado de afectación neurofisiológica en el STC.
En función de los distintos grados se derivarán los pacientes a distintos especialistas
Para ello es necesario la unificación de criterios de los especialistas de neurofisiología clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los pacientes con síndrome de túnel carpiano serán clasificados en tres niveles de gravedad: leve, moderado y severo.
Con ello el paciente será derivado por el médico que solicitó la prueba a los diferentes especialistas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha consensuado con todos los facultativos el protocolo de exploración del síndrome del túnel carpiano. Al final de la exploración se emitirá un informe en el cual se especificará el grado de afectación: leve, moderado, grave.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes con diagnóstico neurofisiológico de STC clasificado en : leve, moderado o grave.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio de las actuaciones Abril 2018.
Duración indeterminada

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_1242 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

2. RESPONSABLE ..... JORGE ARTAL ROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TEJADA MEZA HERBERT DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· SERRANO PONZ MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· MARTA MORENO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· PUERTO BARNETO YOLANDA. ENFERMERO/A. CME RAMON Y CAJAL. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La utilización del ecodoppler carotideo en el diagnóstico de las enfermedades cerebrovasculares se realiza desde principios de los años 90. La neurosonología ha demostrado ser una herramienta eficaz para la detección de patología cerebrovascular convirtiéndose en un recurso básico en la práctica clínica diaria evitando la utilización de otras técnicas diagnósticas como la arteriografía, angioTAC o angioRNM cerebral y de troncos supra-aórticos que son de mayor complejidad, requieren más medios técnicos, tiempo, suelen requerir la utilización de contrastes y en ocasiones resultan cruentas (como es el caso de la arteriografía) . Dicha técnica ha ido desarrollándose en los últimos años apareciendo gran cantidad de aplicaciones que requieren una formación adecuada del profesional para su correcta interpretación. Desde el comité del Programa de Atención al Ictus de Aragón (PAIA), promovido por el SALUD y en el que participan neurólogos de todos los sectores sanitarios, se están promoviendo acciones encaminadas a mejorar su utilización por parte de los Neurólogos de nuestra comunidad que, por otra parte,encuentran dificultades para obtener formación en este campo.
Desde nuestro Servicio de Neurología y en concreto desde la Unidad de Patología Vascular Cerebral y en colaboración con el resto de hospitales de Aragón hemos elaborado un proyecto de mejora para la utilización de dicho recurso basado en una oferta de formación de calidad y homogeneización de procedimientos y criterios diagnósticos. Está sería la tercera edición, con éxito de asistencia y resultados en las dos anteriores. se propone promover este curso cada 2 años desde el PAIA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es mejorar la formación en esta área de los Neurólogos de Aragón, unificar criterios diagnósticos entre los distintos hospitales de nuestra región,consensuar los protocolos de actuación en las distintas patologías y ampliar las aplicaciones de la neurosonología a otras patologías en las que actualmente no se utiliza a pesar de su indicación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los neurólogos del equipo de Ictus del Hospital Universitario Miguel Servet hemos realizado un programa formativo sobre neurosonología en el que participarán profesionales del Hospital de San Jorge de Huesca y del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. El curso irá dirigido a Neurólogos que desarrollen su ejercicio profesional en Aragón. Se contará con 10-12 plazas para el curso que se desarrollará en dos semanas consecutivas. Los jueves se realizarán charlas teóricas de formación y los viernes se realizarán las jornadas prácticas . Para las prácticas, los alumnos serán divídos en grupos de 2 que se distribuirán entre el hospital Clínico Universitario y Hospital Universitario Miguel Servet. Además de la disponibilidad de los ecógrafos de los dos servicios de Neurología, se ha conseguido la cesión de tres ecógrafos para que los alumnos puedan realizar las prácticas de manera más eficiente.
Por otro lado se aportará un libro que recoge los protocolos para una correcta exploración en función de la patología estudiada. El libro ha sido editado por el HUMS con participación de neurólogos de otras áreas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Con respecto al curso se realizará una encuesta de satisfacción por parte de los alumnos y un examen para ver los conocimientos adquiridos. En la encuesta de satisfacción se considerará un resultado favorable la obtención de un 90% o más de valoraciones positivas de los distintos items.
La formación se considerará realizada si el alumno supera el 80% del tiempo de asistencia y el examen teórico .

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El curso de realizará en dos fases que tendrán lugar en dos semanas consecutivos, las jornadas de formación teórica serán los jueves y las jornadas prácticas los viernes. El examen y la encuesta de satisfacción se realizarán el último día del curso.
Se aportará libro de neurosonología editado por nuestro hospital y manual de procedimientos de nuestra Unidad.

Proyecto: 2018_1242 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1257 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO

2. RESPONSABLE ..... HERBERT DANIEL TEJADA MEZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTA MORENO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· SERRANO PONZ MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ARTAL ROY JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· SERAL MORAL PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· GROS BAÑERES BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· BARRENA CABALLO MARIA ROSARIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· AURE VILLALBA ALBERTO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El tiempo es un componente fundamental en la atención al ictus isquémico hiperagudo, a nivel hospitalario, esto implica demorarse no más de 60 minutos (45 minutos de forma optima) entre que el paciente llega a Urgencias y se le administra la fibrinolisis intravenosa (tiempo puerta-aguja) como tratamiento reperfusor y menos de 120 minutos hasta que se inicia el tratamiento endovascular. Para lo cuál es importante una adecuada planificación y monitorización de todos los pasos que se realizan en dicha atención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Instaurar un sistema optimo de monitorización automática de los tiempos de atención al ictus isquémico hiperagudo (todo código ictus) en el HUMS
Mejorar los tiempos puerta-aguja a una mediana de 45 minutos o menos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reuniones con el equipo de atención al códgio ictus (061, enfermería, urgencias, radiología, neurología...) para exponer resultados, reforzar conceptos y proponer mejoras.
- Cursos de capacitación a lo largo del año para el personal que interviene en la atención del ictus hiperagudo.
- Implementación de sistema de sensores y balizas para la detección automática de los tiempos de atención en las distintas instalaciones del hospital por las que pasa un paciente durante la atencion al ictus hiperagudo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tiempo puerta-TC (< o =25 minutos)
Tiempo puerta-aguja (< o = 45 minutos)
Tiempo puerta-ingle (< o = 120 minutos)
Número de códigos ictus reperfundidos registrados por sensores y balizas (= o >80)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones semestrales con el equipo de atención al códgio ictus (061, enfermería, urgencias, radiología, neurología...) para exponer resultados, reforzar conceptos y proponer mejoras --> (SEMESTRALMENTE)
Cursos de capacitación a lo largo del año para el personal que interviene en la atención del ictus hiperagudo--> inicios de JUNIO 2018, mediados de JUNIO 2018, NOVIEMBRE 2018)
Implementación de sistema de sensores y balizas para la detección automática de los tiempos de atención en las distintas instalaciones del hospital por las que pasa un paciente durante la atencion al ictus hiperagudo --> (JUNIO 2018).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1309 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD DE RESOLUCION EN INTERCONSULTA TELEMATICA DE NEUROLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JESUS MANUEL MARTIN MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARA CALLIZO JOSE RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· ERREA ABAD JOSE MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· GAZULLA ABIO JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· GARCIA RUBIO SEBASTIAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· MONZON MONGUILOD MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· MODREGO PARDO PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA
· VELILLA MARCO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En septiembre del 2017, la Dirección General de Asistencia Sanitaria dirigió a las direcciones de los hospitales las instrucciones que regulan "la relación y comunicación entre los profesionales de atención primaria (AP)y de los hospitales para la atención a los pacientes" con el objetivo de "mejorar la continuidad asistencial, priorizar las actuaciones clínicas según la necesidad asistencial de cada paciente, evitar visitas innecesarias de los pacientes al hospital, compartir criterios clínicos comunes entre profesionales". Para ello, se estableció el procedimiento telemático (ICT) para: "todas las colaboraciones que soliciten los facultativos de AP a los profesionales del Hospital para la realización de consultas presenciales, conocer la opinión o valoración sobre diagnóstico, seguimiento". El procedimiento se describió en la instrucción general.
A finales de octubre el procedimiento de la ICT se hizo efectivo en las consultas de neurología de los CME. Siguiendo las directrices de la instrucción general, se habilitó tiempo para su realización, se asignaron Centros de Salud (CS) específicos por consulta de los CME y se comunicaron los criterios generales de actuación. La asignación de los CS a cada consulta de neurología se estableció en función de la demanda semanal media de cada uno de ellos. Según los datos disponibles sobre la resolución de ICT entre noviembre de 2017 y marzo de 2018, la ITC resolvió sin necesidad de atención presencial el 23,5% de la demanda solicitada por AP en el CME Ramón y Cajal y el 19% en el CME San José. En el CME Ramón y Cajal, donde se ha podido valorar la resolución por consultas, el porcentaje de resolución varía desde 28±4,8% al 9 ±7%.
Los datos evidencian por un lado la eficacia de la ICT y por otro, que existe una variabilidad importante entre los facultativos en la resolución de la ITC.
De los factores que limitan la eficacia de la respuesta, tales como información escasa proporcionada por AP, ausencia de datos accesibles de las consultas realizadas por Atención Especializada (AE), falta de consenso con AP sobre procesos específicos, variabilidad de la resolución de la ITC, es este último en el que consideramos que podemos actuar de una forma rápida y eficaz permitiendo la normalización de actuaciones y aportando seguridad a los médicos de AP.
En conclusion, la ICT constituye un instrumento rápido de transmisión de información y resolución de los problemas de salud, entre AP y AE. El proyecto propuesto debería aumentar la resolución de la demanda asistencial al 25% de forma global, lo que incrementaría la cobertura de la demanda, por encima del 85%.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la respuesta a la demanda de atención neurológica de la población adulta del Sector II.
Mejorar la adecuación de la demanda de atención neurológica de la población adulta del Sector II.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesiones de servicio sobre casos de ICT reales
- Desarrollo por las Unidades Específicas de pautas de actuaciones basadas en "rigth care"/"not to do".
- Plan consensuado de actuaciones en patologías prevalentes que pueden resolverse aumentando la solicitud de información: sincope, cefaleas, temblor, inestabilidad, lumbalgia otras.
- Establecimiento de un archivo de guías de manejo clínico en patología prevalente de baja complejidad que permitan una respuesta normalizada de la ICT.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los datos se solicitarán a control de gestión de forma trimestral. No hay estándares para la ICT, partimos de los datos actuales.
- Resolución de la ICT del 23%.
Contestación Telemática/Derivación especializada) x 100 =23%
- Diferencias en resolución de ICT entre CME no significativas al 0,05%. Análisis de la varianza mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Witney-Wilcoxon.
- Diferencias en resolución de ICT entre consultas de neurología no significativas al 0,05%. Análisis de la varianza intragrupo mediante prueba ANOVA.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto tiene una duración de un año, (junio 2018-junio 2019)
1.En junio, septiembre y diciembre (2018) se realizará una sesión sobre casos de ICT en el que se discutirán las actuaciones propuestas y se planteara su normalización. Coordinador. J. Martín. Ponentes: FEA de neurología.

Proyecto: 2018_1309 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD DE RESOLUCION EN INTERCONSULTA TELEMATICA DE NEUROLOGIA

2.De junio a diciembre (2018): documento de pautas específicas de "no hacer". Coordinador JR. Ara.
3.De septiembre (2018) febrero (2019). Documento de consenso sobre actuaciones ante solicitudes de: cefalea, deterioro cognitivo, pérdida de conciencia. Coordinador J. Martín. Patología específica por orden: Dra Mª J Monzón, Dra I Velilla, Dr. S. García.
4.De septiembre (2018) a febrero (2019): documento de consenso sobre actuaciones ante solicitudes de: temblor, patología periférica, inestabilidad. Coordinador J. Martín. Patología específica por orden: Dr. JM Errea, Dr. P. Modrego, Dr. J. Gazulla.
El proyecto y plan de actuación se comunicará en sesión clínica la primera quincena de junio
La evaluación de resultados se realizará de forma semestral.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_0015 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DE GINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS Y RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN CONSULTA

2. RESPONSABLE ..... LAURA BAQUEDANO MAINAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JOSE GUTIERREZ YASMINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NEGREDO QUINTANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALCASAN JUAN JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LANZON LAGA ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ADIEGO CALVO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· YAGÜE MORENO HORTENSIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La información médica a las pacientes es esencial en cualquier proceso, máxime cuando se trata de una patología grave, como lo es un cáncer ginecológico. Las pacientes buscan muchas veces por internet y se apoyan en informaciones no del todo contrastadas tomadas de fuentes no siempre médicas ni con rigor científico.
Cuando se diagnostica un proceso oncológico ginecológico el shock al recibir la noticia hace que la explicación del mismo y muchas de las recomendaciones que damos a pacientes y familiares pasen desapercibidas.
Es preciso mejorar la información que se da a las pacientes y sus familias y hacerlo por escrito contribuirá a asentar las indicaciones y consejos que el médico expresa verbalmente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: pacientes oncológicas del Servicio de Ginecología.
Intervenciones a realizar: ofrecer un folleto informativo editado por el Servicio de Ginecología acerca de cada uno de los procesos oncológicos ginecológicos: Vulva, cervix, carcinoma de endometrio, sarcoma uterino, ovario.
En dicho folleto constará: epidemiología, clínica, diagnóstico, opciones terapéuticas, cuidados tras los mismos y posibles reacciones adversas, planificación del seguimiento así como normas de estilo de vida saludable para las pacientes supervivientes. Todo ello basado en las guías nacionales e internacionales más importantes de cáncer ginecológico. Asímismo se expondrán las normas y funcionamiento de la Oncología Ginecológica del HUMS con respecto a la consulta, hospitalización, comité de tumores y seguimiento ambulatorio. También se facilitará la manera de ponerse en contacto con los profesionales en caso de que existan dudas o surja un problema médico promoviendo así un mejor acceso de la paciente hacia los servicios sanitarios y optimización de los mismos.
Se espera promover el conocimiento de las pacientes y sus familias de la patología oncológica diagnosticada para así poder afrontarla de forma más positiva evitando el miedo a lo desconocido e involucrar a unos y otros en los cuidadso postoperatorios y de salud en general de dichas pacientes. Asímismo se pretende mejorar la relación médico paciente en aras a favorecer la asistencia médico quirúrgica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión de los integrantes del grupo de trabajo y reparto de tareas.
Busqueda bibliográfica en las principales guías Nacionales e Internacionales de cáncer ginecológico: SEGO; EORTC, SEOM, GEICO, IGCS, NCCN,ESGO, ASCO, ESGO, GCIC.
Elaboración de folletos informativos.
Edición de la información.
Impresión de los folletos.
Reparto de los folletos en consulta y/o planta de Ginecología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Ofrecer información por escrito al 95-100% de las pacientes oncológicas diagnosticadas y/o tratadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet y sus familiares.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril- Mayo 2018: Reunión de los integrantes del grupo de trabajo y reparto de tareas.
Junio 2018: Elaboración, edición e impresión de los folletos informativos.
Julio-Agosto de 2018: reparto de la información en Consultas externas y hospitalización de la planta 2ª de Ginecología del HMI HUMS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres

Proyecto: 2018_0015 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DE GINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS Y RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN CONSULTA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0223 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ENVID LAZARO BLANCA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FRANCO ROYO MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TEJERO CABREJAS EVA LUCIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La preeclampsia es una de las enfermedades más graves y de mayor repercusión para la madre y el feto, del embarazo. El tratamiento es complejo y paliativo. Cuanto más precoz sea su aparición, sus efectos son más demoledores, centrados fundamentalmente en las alteraciones del crecimiento y bienestar intraútero por parte del feto, y del riesgo de morbilidad severa y mortalidad por parte de la madre. Esta última se fundamenta en la severa alteración cardiovascular, con repercusión a nivel renal, cardiaco, hepático y cerebral.
Aunque existen medidas de prevención basadas en la toma diaria de ácido acetil salicílico a dosis bajas, ésta debe iniciarse antes de la semana 15 de la gestación, según demostró el estudio ASPRE.
La posibilidad de encontrar a la población tributaria de este tratamiento preventivo, haría que las cifras de preeclampsia, sobre todo la precoz, disminuyeran en un futuro, con todo lo que esto supone en la morbimortalidad tanto fetal como materna

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es seleccionar una población diana por sus antecedentes clínicos y familiares, y por su presión arterial media, que fuera tributaria de inicio del tratamiento preventivo antes de la semana 15 de gestación

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas son:
* Elaboración de documento que recoja los factores de riesgo que deben ser investigados en la historia de primer día y que clasificados como mayores o menores, con su puntuación seleccionen al grupo de riesgo
* Establecimiento de límite superior de la presión arterial media, por encima del cual la paciente es encuadrada en grupo de riesgo
* Elaboración de documento informativo sobre las condiciones en que se debe encontrar la paciente para que la toma de la presión arterial media sea totalmente fiable
* Reunión con los responsables de las consultas de Obstetricia para la exposición del proyecto, recogiendo propuestas
* Reunión con supervisoras de Enfermería de consultas para valorar la toma correcta de la paresión arterial media
* Establecimiento de fecha de inicio del proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Pacientes con preeclampsia que cumpliendo criterios no hayan sido cribadas en en primer trimestre
Pacientes con preeclampsia que cumpliendo criterios hayan sido cribadas y no hayan sido tratadas profilácticamente antes de la semana 15
El valor a alcanzar, siempre que las pacientes hayan sido vistas durante el primer trimestre, debería acercarse al 0%
Durante el primer año, el límite inferior de calidad no debería ser inferior al 20%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
MARZO-ABRIL 2018: elaboración de documentos
ABRIL-MAYO: reuniones con el Servicio y con los especialistas que pasan de forma habitual la consulta. Resolución de dudas, recogida de propuestas.
reuniones con las supervisoras de consultas para coordinar actuaciones en la medición de la presión arterial media y disponibilidad de documentación en las consultas
MAYO: inicio del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_0223 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0497 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN LAS PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD

2. RESPONSABLE ..... AMPARO BORQUE IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAMARCA BALLESTEROS MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MOROLLON LORIZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGO CONDE CESAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROY RAMOS VIRGINIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· YAGÜE MORENO HORTENSIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Entre las lesiones precursoras de cancer del tracto genital inferior figura la neoplasia intraepitelial de vagina. Dicha patología aparece en las pacientes que padecen o han padecido una infección por el virus del papiloma humano VPH, con persistencia y ausencia de aclaramiento de la misma, y especialmente en aquellas que han sido sometidas a cirugía ginecológica, histerectomía con o sin anexectomía bilateral por una lesión precursora de cancer de cervix uterino. En dichas pacientes la persistencia viral, especialmente de los tipos 16 y 18 tras la cirugía, condiciona la eventual aparición de lesiones precursoras e incluso de carcinoma invasor de vagina.

Hasta la fecha, el establecimiento de dicho diagnóstico: VaIN 3, suponía la reintervención quirurgica mediante colpectomía parcial o total, siendo esta en algunas ocasiones técnicamente dificultosa y con pobres resultados funcionales en pacientes jóvenes o de edad intermedia con actividad sexual regular en las que el acortamiento de la vagina podría mermar notablemente su bienestar físico y psicológico en materia de salud sexual. Si bien la prevalencia de dicha patología no es muy alta en nuestro medio los estudios recientes aportan resultados exitosos en el tratamiento tópico intravaginal con inmunomoduladores como el imiquimod, incluso con regresión de la lesión y aclaramiento de la infección por VPH.

En la actualidad en nuestra area se viene aplicando dicho tratamiento en regimen ambulatorio a un grupo previamente seleccionado de pacientes con lesiones vaginales intraepiteliales diagnosticadas a lo largo del seguimiento clínico o a aquellas con afectación de márgenes quirurgicos tras exéresis de la lesión en las que se ha descartado la existencia de invasión oculta, y que pueden beneficiarse de un tratamiento medico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Protocolizar el manejo terapeutico de las pacientes con VaIN 3-H-SIL sometidas a tratamiento tópico: pautas de dosificacion y seguimiento en consultas externas de Ginecologia.

Establecer un registro informatizado de las mismas al objeto de confirmar la eficacia del mismo, y mejorar el control de posibles efectos adversos asociados al uso de un inmunomodulador.

Lugar de intervención: Combinación de administración del fármaco en consultas externas por un facultativo y autoaplicacion en domicilio por la propia paciente según pautas indicadas en la fase de adiestramiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Difusión del programa de manejo terapeutico y de seguimento de las pacientes con VaIN susceptibles de tratamiento tópico a todos los miembros del Sevicio de Ginecología en Sesión Clínica.
2-Elaboración de un breve resumen de información e instrucciones para la paciente en materia de autoaplicación.
3- Registro de las pacientes y resultados de las pruebas diagnósticas de control y seguimiento.
4- Elaboración de un documento de Consentimiento Informado para la administración de dicha opción terapeutica.
5- Elaboración de una encuesta de valoración- evaluación de la satisfacción, a responder por parte de las pacientes una vez finalizado el proceso de seguimiento inicial y tras el ciclo de tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes con VaIN3-H-SIL sometidas a tratamiento tópico inmunomodulador en la que se consigue el aclaramiento de la infección viral o regresión de la lesión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1-Elaboración del protocolo de manejo terapeutico conservador con imiquimod tópico del VaIN 3: Mayo2018.
2-Difusión del mismo en el Servicio: Mayo 2018.
3-Aplicación y recogida de datos: Mayo- Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0497 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN LAS PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0526 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA RUBIO CUESTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE GOMEZ ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ORTEGA MARCILLA SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BAQUEDANO MAINAR LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FRANCO JIMENEZ LORENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LABORDA GOTOR RAMIRO. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BENITO VIELBA MARTA. MIR. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es la técnica universalmente aceptada para el estadiaje axilar en el contexto de un cáncer de mama sin afectación ganglionar establecida mediante exploración clínica y radiológica. Este procedimiento se ha ido depurando hasta hacerse asequible a todos los centros que dispongan de un servicio de medicina nuclear. Así mismo, desde su implementación, se han ido ampliando las indicaciones y reduciendo las contraindicaciones, limitadas en la actualidad al carcinoma inflamatorio y la axila positiva al diagnóstico. Otro de los grandes avances ha sido el momento de realización del estudio axilar, reconociéndose como válida la aplicación del la BSGC antes y después de la administración de terapia sistémica primaria (TSP), con la misma tasa de detección y mismo grado de correlación histopatológico.
La neoadyuvancia en el cáncer de mama localmente avanzado es una estrategia terapéutica ampliamente establecida. Consiste en la administración de un tratamiento sistémico con quimioterapia (QT), asociando o no inmunoterapia, o con hormonoterapia (HT) antes de completar la cirugía locorregional. El objetivo es doble; por una parte permite valorar la quimiosensibilidad real del tumor, factor predictivo de suma importancia, y por otro, hace asequibles a cirugía conservadora un porcentaje de tumores que de otro modo exigirían un tratamiento mutilante.
El reto de nuestros días pasa por actualizar el manejo de la axila con afectación tumoral confirmada mediante biopsia con aguja gruesa (BAG). Cabe plantear que, al igual que la mama respondedora, la axila con regresión completa de enfermedad tras la TSP también sería susceptible de una actitud conservadora. Para ello, resulta perentorio establecer la estrategia que permita valorar la respuesta axilar a la neoadyuvancia, lo cual haría posible evitar la realización de una linfadenectomía a aquellas pacientes con respuesta axilar completa a terapia primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OBJETIVO PRINCIPAL:
-Valorar la conveniencia de la técnica de BSGC para la identificación de pacientes susceptibles de un manejo conservador de la axila por respuesta patológica completa tras neoadyuvancia.
OBJETIVOS SECUNDARIOS
-Determinar tasa de identificación del ganglio centinela tras administración de TSP en pacientes con afectación axilar en el momento del diagnóstico.
-Determinar tasa de correlación entre ganglio biopsiado y ganglio identificado como centinela

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las pacientes candidatas a la inclusión en el estudio son convenientemente informadas del procedimiento y de los objetivos que persigue, aceptando mediante la firma de un consentimiento elaborado con este fin.
Como parte de la rutina habitual, en el servicio de radiología mamaria se marca mediante un clip metálico la adenopatía biopsiada con resultado positivo en el momento del diagnóstico.
Al finalizar el tratamiento primario se programa la cirugía locorregional que, según los protocolos vigentes, debe incluir la linfadenectomía axilar completa. Previamente, se lleva a cabo la identificación y disección del ganglio centinela, el cual se remite para la realización de una radiografía intraoperatoria buscando el clip metálico. De este modo, es posible establecer el índice de correlación entre el ganglio inicialmente positivo y el ganglio identificado como centinela.
En el estudio anatomopatológico, que en nuestro caso se realiza en diferido, podremos extraer conclusiones respecto a la tasa de respuesta axilar a TSP bien en el ganglio centinela, en caso de coincidir con el inicialmente afectado por carcinoma, o en su defecto, en la pieza de linfadenectomía reglada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para la consecución de los objetivos emplearemos las placas intraoperatorias y los informes definitivos de la anatomía patológica del ganglio independiente y de la disección axilar completa.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La evaluación inicial será realizada al completar un año de cirugía en cáncer de mama en la Unidad de Patología

Proyecto: 2018_0526 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

Mamaria del HUMS.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0762 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES

2. RESPONSABLE ..... PILAR TAJADA CEPERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JOSE GUTIERREZ YASMINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NEGREDO QUINTANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BORQUE IBAÑEZ AMPARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGO CONDE CESAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LANZON LAGA ALBERTO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BOLEA TOBAJAS RAUL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las masas?anexiales?constituyen un problema frecuente en la consulta ginecológica.?Dada la gran variedad histológica y su aparición en cualquier edad,?en muchas ocasiones?es difícil hacer un pronóstico preoperatorio de benignidad o?malignidad.Otra?de las dificultades?diagnósticas?que entraña una masa?anexial, es la clínica tardía con la que se presentan, importante en los tumores malignos.?
Estas dificultades llevan en muchos casos, a solicitar pruebas de estudio adicionales, que un alto porcentaje, no modifican la conducta clínica ni el pronóstico.
Los tumores benignos de ovario representan el 75% del total de tumoraciones ováricas.La correcta caracterización de estas tumoraciones?es de gran importancia, ya que tiene como objetivo evitar intervenciones innecesarias en los quistes?funcionales o?benignos,así como?ofrecer a la paciente la mejor opción terapéutica?en aquellos casos que lo precisen,con la mínima morbilidad.?
La ecografía?transvaginal?es la técnica de primera línea diagnóstica.Actualmente se recomienda la utilización de los criterios de riesgo IOTA,estandarizando la descripción de los hallazgos morfológicos para el diagnóstico y clasificación de las masas?anexiales.?
?Aplicando estas?reglas,se?pueden clasificar el 76% de tumoraciones bajo la realización de la ecografía en manos expertas.A pesar de ella e independientemente del método utilizado, existen alrededor de un 25% de masas?anexiales?de difícil caracterización.?
En estos casos, en los que se considera que existe un riesgo de malignidad intermedio (5-25%)?asi?como en las masas clasificadas como masas?de? riesgo?de malignidad alto,?deben considerarse una serie de pruebas adicionales entre las que se encuentran los MT y otras pruebas de imagen(RNM o TAC)?que permitan orientar de una manera más precisa la?conducta clínica más adecuada,en el menor tiempo posible.Del mismo modo cuando una masa es ecográficamente clasificada como masa de aspecto claramente benigno (endometrioma, teratoma,quiste?simple,quiste?hemorrágico…) no precisa ningún otro test diagnóstico?adicional y?deberemos decidir cuál es la conducta más adecuada a seguir en función de los datos?clínicos, optando?por una actitud?expectante versus quirúrgica.?

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Identificar y diferenciar aquellas masas?anexiales?que requieren un estudio y seguimiento??con marcadores tumorales.Un adecuado protocolo de actuación en este sentido permitiría:? -Evitar determinaciones analíticas innecesarias.-Evitar ?consultas? de?revisión y consultas de resultados.-Agilizar el diagnóstico de aquellas masas?anexiales?de riesgo intermedio y alto de malignidad y derivarlas con carácter?preferente? a?la consulta de referencia para poner en marcha el proceso diagnóstico-terapeútico?apropiado.-Disminuir?la morbilidad, al reducir el nº de analíticas y?la?preocupación que supone al paciente estar pendiente de un resultado,especialmente cuándo?los mismos no van?a modificar la actitud a seguir.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Establecer un protocolo de diagnóstico y seguimiento de las masas?anexiales?que permita a toda la unidad actuar de manera homogénea y llevar a cabo una?conducta? con intervalos de tiempo similares y adecuados. 2-Solicitar el estudio adicional de las masas anexiales que lo precisen con Marcadores tumorales, según protocolo.3-Definir el intervalo de tiempo de control justo en el manejo de las masas anexiales,4-Presentación a los integrantes de dicho servicio. 5-Implantación del protocolo.6-Evaluación de los resultados,modificación de aquellos apartados que se consideren mejorables,y seguimiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mediante una revisión de las historias clínicas,podremos?valorar, si?desde la implantación del proyecto,se consigue una reducción de estudios analíticos, y de las consultas necesarias de revisión y resultados, sin que esto modifique el pronóstico clínico,así como un menor intervalo de tiempo para iniciar el estudio complementario y derivar las masas de riesgo intermedio y alto, a la consulta de referencia del Hospital. Indicadores:1-Comparar nº analíticas con MT,realizadas previa y posteriormente a la implantación del protocolo en cada paciente. 2-Comparar nº de consultas necesarias en el seguimiento y manejo de las masas anexiales.3-Comparar el intervalo de tiempo transcurrido entre dichas consultas de revisión y resultados.4-?Comparar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial de sospecha de una masa anexial de riesgo intermedio y alto de malignidad hasta su estudio en la consulta de referencia. ?

Proyecto: 2018_0762 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de?inicio:Julio 2018.Elaboración del protocolo:Mayo 2018.
Presentación a los integrantes del servicio:Junio 2018.Aplicación del protocolo:Junio 2018.Evaluación:Septiembre/18,Diciembre/18,Marzo/19.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1011 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA DE LA PEÑA DIESTE PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TAJADA DUASO MAURICIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTI GAMBOA SABINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PARIS BOJ VIRGINIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PASCUAL MANCHO JARA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ PEREZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PALACIOS LAZARO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARRIDO FERNANDEZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Pese a ser una de las condiciones más relevantes en términos de morbilidad y mortalidad perinatal, no existe consenso internacional en relación con el diagnóstico y manejo del retraso de crecimiento intrauterino (RCIU). Actualmente el único tratamiento eficaz demostrado consiste en la elección del momento más oportuno para finalizar la gestación, considerando los riesgos de la prematuridad y la propia inducción del parto frente a la morbimortalidad a corto y largo plazo de la insuficiencia placentaria. Por ello es sumamente importante poder diagnosticarlos correctamente. La detección de los fetos PEG independientemente del protocolo de conducta produce una disminución relevante en la mortalidad fetal (del 20 %0 al 10 %0) asociada a una edad gestacional 10 días menor al nacimiento. La tasa de detección PEG estándar es mayor del 35%, alcanzando en algunos centros más del 50%. Y con respecto al CIR, una tasa estándar de detección en torno al 75%. Nuestras tasas de detección se sitúan por debajo, siendo del 30% y 68% respectivamente. Por otro lado, se han publicado peores resultados perinatales, mayor riesgo de mal resultado neurológico a largo plazo y desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas (hipertensión, diabetes o dislipemia) en los nacidos por debajo del percentil 10 con o sin alteraciones en el flujo vascular uterino y fetoplacentario. Con respecto al PEG, se considera que la muerte fetal está multiplicada por 3.9, detectándose en nuestro hospital, dentro de las muertes fetales, un 38% de PEG.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Resultados que se esperan conseguir:
- Implantar nuevo protocolo de diagnóstico y manejo de fetos CIR.
- Aumento de las tasas de detección de fetos PEG y CIR.
Población diana:
- Gestantes que acuden para control de su embarazo a las consultas de Ecografía Obstétrica de nuestro centro. (HUMS), de la cuales estimamos serán diagnosticadas un 7-8% de PEG/CIR y aplicadas el presente proyecto.
Servicios a los que se dirige el proyecto:
- Servicios implicados en el diagnóstico y manejo de fetos PEG/CIR (Obstetricia, Pediatría, Genética, Microbiología).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Consenso con el resto de los servicios implicados en el nuevo protocolo.
- Reuniones con Tocólogos de ambulatorios de área para informar de nuevo protocolo.
- Reevaluación ecográfica de fetos con peso fetal estimado entre percentil 10-15 detectados en ECO de semana 35 de gestación. (Biometría y valoración Doppler).
- Ampliación de rango de EG para citación de ECO de III Trimestre hasta semana 36+6.
- Oferta de diagnóstico genético e infeccioso a través de técnicas invasivas en fetos con CIR precoz y severo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Protocolo diagnóstico y manejo fetos CIR aceptado por UCA.
- Tasa de detección fetos PEG superior a 31%.
- Tasa de detección fetos CIR por encima del 68%.
- Ofrecimiento de técnica de diagnóstico invasiva al 100% de fetos CIR precoz y severo.
- Tasa de repetición de ECO de III Trimestre menor del 7%.
- Tasa de ECO contingente menor del 5%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Implantación protocolo CIR en Mayo 2018.
- Reunión informativa con Tocólogos de ambulatorio de área en Junio 2018.
- Puesta en marcha protocolo de Calidad en Julio 2018.
- Estimación provisional indicadores de calidad del proyecto en Enero 2019.
- Finalización protocolo de calidad en Julio 2019.

9. OBSERVACIONES.
No existe disponibilidad de ecógrafo en las consultas de Tocología de los ambulatorios del Área II y V de Zaragoza. Se trata de un recurso de gran utilidad para el obstetra de área con funciones específicas muy

Proyecto: 2018_1011 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

relevantes en la mejora de la calidad asistencial como son la datación de la edad gestacional previa a la ecografía de la semana 12, la detección de latido cardiaco fetal sin posibilidad de confusión con pulsos maternos, el diagnóstico de la posición fetal, la valoración de líquido amniótico y placenta y, sobre todo, la detección de fetos con retraso de crecimiento (con una sensibilidad y especificidad mucho mayor que la medición de la altura del fondo uterino). No solo en nuestra comunidad se dispone de ecógrafo en la mayoría de las consultas de control prenatal de bajo riesgo, si no lo es en todas, (Área III dependiente del Hospital Clínico, Hospitales Comarcales de Barbastro, Huesca, Calatayud, Alcañiz y Teruel) así como en prácticamente todo el territorio de salud pública nacional. Se da incluso la circunstancia paradójica de centros de salud con disponibilidad de ecógrafo por el médico de primaria y la matrona que solicitan consulta al especialista en obstetricia del ambulatorio por una duda diagnóstica ecográfica que éste no puede resolver sino derivando al hospital de referencia, en este caso el Hospital Miguel Servet. Dicho todo esto, la dotación de ecógrafos en las consultas de Tocología del Área II y V no es un recurso que se solicita a través de este proyecto de mejora de calidad pero que actualizaría e implementaría notablemente la calidad asistencial e indudablemente contribuiría a una mayor tasa de detección de fetos con retraso de crecimiento intrauterino.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1083 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ..... BELEN RODRIGUEZ SOLANILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ BALLANO ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ANDRES OROS PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MARTINEZ SUÑER SILVIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RODRIGUEZ LAZARO LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LASIERRA BEAMONTE ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CRESPO ESTERAS RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CASTAN MATEO SERGIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El parto es el proceso asistencial más frecuente de los que suceden en un hospital. Los dos GRD más frecuentes en el Hospital Miguel Servet son “Parto vaginal sin complicaciones” y “Parto vaginal con complicaciones”. Por lo tanto, es imprescindible una correcta planificación y adecuada gestión de recursos.
Tras el parto, la mujer ingresa en la planta de puerperio, donde recibirá los cuidados del personal de enfermería y será valorada por la matrona y el facultativo especialista responsable.
La ausencia de un protocolo de asistencia o una vía clínica para este periodo justifica una cierta variabilidad en la práctica clínica y un “solapamiento” de funciones del personal sanitario.
Es fundamental coordinar las actividades a realizar entre los diferentes profesionales (enfermería, matronas, obstetras) y definir cuáles son las que debe realizar cada uno en relación a la asistencia de la mujer.

Un protocolo de atención mejoraría la eficiencia de nuestra actuación y posibilitaría al personal destinar parte de su tiempo a otro tipo de funciones: charlas de información a las pacientes, revisión ambulatoria de puérperas…

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: todas las mujeres ingresadas en las plantas de puerperio del Hospital Universitario Miguel Servet tras parto vaginal o cesárea.
El objetivo del proyecto es sistematizar las actividades del proceso de puerperio en el marco de un grupo de trabajo multidisciplinar (enfermera/matrona/ obstetra). De esta forma se apuesta por el trabajo en equipo, evitando acciones innecesarias y duplicidad de procedimientos, buscando una mejora en la eficiencia y efectividad de las actuaciones de este proceso.
Al sistematizar las actuaciones trabajaremos en la mejora de seguridad de la paciente y el aumento de su satisfacción.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
* Formación de equipo multidisciplinar, constituido por representantes de enfermería, matronas, pediatras y obstetras.

* Revisión de la evidencia científica disponible.

* Diseño de un protocolo multidisciplinar de asistencia al puerperio hospitalario.

* Establecer colaboración con otros servicios: urología, hematología…

* Sesiones informativas para presentar el documento al personal sanitario implicado.

* Implementación de protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Seguimiento protocolo puerperio tras parto vaginal = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal con seguimiento de protocolo/ puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal.
Objetivo > 90 %
- Seguimiento protocolo puerperio tras cesárea = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea con seguimiento de protocolo / puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea.
Objetivo > 90 %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Responsables del proyecto: Dra. Rodríguez Solanilla/ Dra. González Ballano.
- Abril 2018: formación del equipo multidisciplinar de trabajo.
- Abril-Junio 2018: revisión de la evidencia científica.
- Junio-Octubre 2018: diseño del protocolo de asistencia de puerperio.

Proyecto: 2018_1083 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

- Octubre-Noviembre 2018: sesión para presentación del protocolo al personal implicado.
- Noviembre 2018: implementación del protocolo.
- Abril 2019: evaluación del protocolo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0736 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELAJANTES CORNEALES EN CIRUGIA DE CATARATA

2. RESPONSABLE ..... GLORIA LOPEZ VALVERDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DEL PRADO SANZ EDUARDO. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. OFTALMOLOGIA
· MATEO OROBIA ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· IDOIPE CORTA MIRIAM. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· ALMENARA MICHELENA CRISTINA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· HERNANDEZ VIAN RUBEN. OPTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· SORIANO PINA DIANA. OPTICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· SANCHEZ PEREZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La catarata consiste en una pérdida progresiva de la transparencia del cristalino. Con la facoemulsificación se ha conseguido solucionar este problema, y mediante las mejoras en la implantación y desarrollo de las lentes intraoculares (IOLs), el objetivo es alcanzar la emetropía. Con la implantación de las IOLs monofocales, se consigue que el defecto esférico residual para visión lejana fuese el mínimo, sin embargo no corrigen los defectos refractivos cilíndricos ni la presbicia.
El astigmatismo es una ametropía por la que el sistema óptico de un ojo es incapaz de formar imágenes puntuales de un punto objeto. En un sistema astigmático, la potencia es diferente según el meridiano que se considere, siendo los principales los de máxima y mínima curvatura. Puede clasificarse de diversas formas; atendiendo a su regularidad podemos diferenciar el astigmatismo regular e irregular. El astigmatismo regular es aquel en el que los distintos puntos de un mismo meridiano del sistema astigmático tienen el mismo poder refractivo. En el irregular los distintos puntos de un meridiano tienen diferente poder refractivo y los rayos refractados no presentan planos de simetría.
En pacientes que presentan astigmatismos corneales de escasa cuantía la realización de incisiones, simples o enfrentadas en el meridiano más curvo ha sido muy extendida por su facilidad, complicaciones escasas y no requerir instrumentación añadida a la cirugía de facoemulsificación convencional. En el caso de astigmatismos de mayor número de dioptrías, su corrección mediante el implante de lentes intraoculares tóricas resulta más predecible y menos traumática para la estructura ocular que los anteriormente citados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Comprobar la eficacia de la realización de incisiones relajantes corneales en la corrección del astigmatismo durante la cirugía de cataratas en el programa ARCCA del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
Acercarnos lo más posible a la emetropía post-quirúrgica sin añadir costes adicionales.
Mejorar la agudeza visual sin corrección de los pacientes al disminuir su defecto refractivo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
A partir de un estudio de cohortes prospectivo evaluaremos la eficacia de las incisiones relajantes corneales durante la cirugía de catarata para alcanzar la emetropía. La realización de las incisiones dependerá del criterio del cirujano durante la cirugía de catarata y su seguimiento se realizará en las consultas post-operatorias de la unidad ARCCA del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
-Criterios de Inclusión
- Pacientes adultos entre 18 y 90 años
- Catarata de más 2 grados en LOCS
- Agudeza Visual (AV) = 0.4
- Astigmatismo Corneal entre 0.50 y 1.5 dioptrías

-Criterios de exclusión
- Alteración corneal (Leucomas, guttas, cirugía refractiva previa, pterigium, ojo seco, queratitis…)
- Ejes curvos cuya situación resulte incómoda para el cirujano.
- Ojos con pronósticos visuales reservados como membranas epi-retinianas (MER), retinopatía diabética (RD), atrofias maculares o glaucomas severos en los que sutiles cambios refractivos no van a ser tan acusados por parte del paciente.

Se incluirán en el estudio, de manera secuencial, los pacientes que cumplan los criterios anteriormente nombrados.
El tamaño muestral será el suficiente para el estudio de la evolución de la enfermedad, siendo no inferior a 100 sujetos.
En astigmatismos inferiores a 0.50 dioptrías, se realizará la incisión principal en el eje 0-180 º.
En astigmatismos entre 0,50 y 1,00 dioptrías la incisión principal se realizará en el eje corneal más curvo.
En aquellos astigmatismos entre 1,00 y 1,50 no sólo se realizará la incisión principal en el eje corneal más curvo sino que se añadirá una incisión enfrentada a la principal.
En casos de astigmatismos de más 1,50 dioptrías se procederá a la implantación de LIOs tóricas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a. Variación de las dioptrías cilíndricas en el Auto-refractómetro respecto al previo a la cirugía medida por

Proyecto: 2018_0736 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELAJANTES CORNEALES EN CIRUGIA DE CATARATA

el Auto querato-refractómetro KR8900 de Topcon.

b. Variación de las dioptrías cilíndricas en la refracción subjetiva respecto a la previa a la cirugía comprobadas en las consultas pre y post-operatoria.

c. Máxima agudeza visual (AV) sin corrección y con corrección pre y post-cirugía. La AV se toma mediante optotipos Snellen a 6 metros de distancia. Se relacionará si las mejores AV sin corrección se asocian a menor refracción cilíndrica residual.

d. Variaciones en la queratometría y ejes astigmáticos de las topografías de los pacientes a estudio realizadas con Pentacam pre y post quirúrgicas.
Se analizarán mediante pruebas t-Student a través del programa estadístico SPSS 21 considerándose estadísticamente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre de 2018 hasta Junio de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1136 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL UVEITIS NO INFECCIOSAS. OBJETIVO: INDEPENDENCIA DE FARMACOS CORTICOESTEROIDEOS

2. RESPONSABLE ..... NIEVES PARDIÑAS BARON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENDEZ MARTINEZ SILVIA. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· RUIZ MORENO OSCAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· CALVO PEREZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· LECIÑENA BUENO JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· PABLO JULVEZ LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las uveítis no infecciosas de causa autoinmune, no se deben considerar una patología oftalmológica aislada, por lo que es oportuno establecer una colaboración entre los servicios médicos pertinentes para su correcto manejo.
Con dicha colaboración, se puede realizar un abordaje general de la patología y de las consecuencias que suponen sus tratamientos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Consolidar una unidad multidisciplinar de uveítis, donde se establezca una colaboración estrecha entre oftalmólogos y reumatólogos, dirigida a los pacientes con uveítis no infecciosas autoinmunes, con la intención de valorar a dichos pacientes de forma simultánea, compartiendo un mismo espacio, evitando duplicar visitas para una misma patología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Valoración del paciente en una única consulta conjunta, explorando características de la uveítis, grado de actividad y necesidad de tratamiento sistémico, junto con la exploración reumatológica, donde se tendrá en cuenta el grado de afectación extraocular, si lo hubiera, y el control de fármacos inmunomoduladores, incluyendo efectos secundarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El objetivo principal con dicha colaboración es disminuir el número de pacientes con uveítis autoinmunes dependientes de tratamiento córticoesteroideo, mediante el uso de fármacos inmunosupresores clásicos o terapias biológicas, para evitar efectos secundarios, reducir las recidivas y obtener remisiones a largo plazo, en una población que, habitualmente está en edad laboral.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comienzo en septiembre de 2018. Duración 1 año.
Se programan 3 consultas multidisciplinares mensuales
Se elaborará una base de datos de los pacientes remitidos a la unidad, desde las consultas generales de oftalmología y reumatología.
Se prepararán los pacientes que lo precisen, para sustituir los glucocorticoides por los inmunosupresores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. enermadades autoinmunes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1216 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TOXICIDAD OCULAR POR EL USO DE HIDROXICLOROQUINA Y CLOROQUINA. MANEJO MULTIDISCIPLINARPARA EL CRIBAJE DE LA RETINOPATIA ASOCIADA AL USO DE ANTIPALUDICOS EN EL HOSPITALUNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... SILVIA MENDEZ MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ MORENO OSCAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· MIÑANA BEAMONTE MARIA ISABEL. MEDICO/A. H NTRA SRA DE GRACIA. OFTALMOLOGIA
· LESTA ARNAL ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· ZUBIRI ARA MARIA LUISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. DERMATOLOGIA
· ESCOBEDO PALAU JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. ENFERMEDADES AUTOINMUNES
· RODRIGUEZ MARCO NELSON ARTURO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA
· CALVO PEREZ PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los antipalúdicos son fármacos ampliamente usados en enfermedades autoinmunes, reumatológicas y dermatológicas. La retinopatía es el efecto secundario más peligroso, porque puede dar lugar a una pérdida de visión irreversible.

En el 2014 se publicó una prevalencia del 7,5% de los pacientes a los 5 años, mayor al 2% descrito con anterioridad. La toxicidad es predecible al ser dosis dependiente, aunque hay factores que aumentan la susceptibilidad individual. Por ello, la clasificación correcta para el riesgo de retinopatía al inicio del tratamiento es fundamental para realizar un seguimiento más adecuado. En el 2016, la Asociación Americana de Oftalmología (AAO) actualizó las guías de consenso sobre el tema. Nuestro objetivo es actualizar los actuales protocolos para evitar ceguera irreversible iatrogénica.

Las dificultades observadas en nuestra práctica clínica habitual son las siguientes:

Derivación de pacientes a oftalmología sin la información necesaria para el cribaje: Esta es una dificultad inherente al manejo interdisciplinar de estos pacientes. En numerosas ocasiones, los pacientes vienen derivados desde los CME sin una información clara sobre la dosis acumulada cuya recopilación se ve dificultada por la presencia de historia clínica en papel.

Gestión de las pruebas complementarias para ahorrar visitas de atención especializada puramente burocráticas. . El paciente viene sin haberse realizado ninguna prueba a la consulta oftalmológica. Por lo tanto, el paciente debe acudir a varias revisiones evitables con mayor gasto sanitario y dificultades en actividad asistencial y en pacientes en edad laboral.

Necesidad de una consulta especializada en toxicidad retiniana por antipalúdicos para un manejo adecuado de los pacientes acorde a las guías de práctica clínica más actuales.

Necesidad de un protocolo que clasifique a los pacientes en función del riesgo de desarrollo de retinopatía para la realización de un protocolo de seguimiento más adecuado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es la creación de un protocolo consensuado entre Autoinmunes de Medicina Interna, Dermatología y Reumatología para el seguimiento de los pacientes con tratamiento con antipalúdicos.

Proyecto: 2018_1216 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TOXICIDAD OCULAR POR EL USO DE HIDROXICLOROQUINA Y CLOROQUINA. MANEJO MULTIDISCIPLINARPARA EL CRIBAJE DE LA RETINOPATIA ASOCIADA AL USO DE ANTIPALUDICOS EN EL HOSPITALUNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Se pretende con dicho protocolo:

Facilitar la información clínica básica entre el equipo multidisciplinar.

Mejorar la atención a los pacientes, clasificando el riesgo de desarrollar toxicidad retiniana, para el control de las revisiones necesarias y disminuir la necesidad de las pruebas complementarias.

Crear de un grupo de trabajo, con reuniones periódicas para la comunicación interdisciplinar, discutir los casos clínicos y las imágenes en las sesiones clínicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se creará un grupo de trabajo para:

la revisión bibliográfica sobre la retinopatía por fármacos antipalúdicos,

el consenso de la definición de los factores de riesgo y gestión de pruebas complementarias, de cara a la primera visita y revisiones,

la escritura del protocolo,

el diseño de los algoritmos de trabajo,

la comunicación eficiente de los resultados de la visita oftalmológica,

manejo multidisciplinar del paciente a tratamiento con fármacos antipalúdicos, discutiendo los casos en las sesiones clínicas de dermatología, reumatología y autoinmunes, en conjunto con otros servicios como hematología, nefrología, farmacia…

la comunicación del protocolo a nivel de toda el área sanitaria, incluyendo CME, para que llegue a la mayor cantidad de pacientes posibles en riesgo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Indicadores de calidad:

Disminuir la carga asistencial en un 80% (límites 60-100%) en el grupo de pacientes clasificados en la primera visita como “sin factores de riesgo de desarrollo de retinopatía” durante los 5 primeros años.

Conseguir que el 80% de los pacientes (límites 60-100%) acudan a la primera consulta de oftalmología con el CV 10.2, de manera que mejore la eficiencia de la primera consulta.

Conseguir que los CME deriven a los pacientes de manera ajustada al protocolo (al hospital para poder realizar las pruebas y con la información adecuada para la clasificación del paciente) en un 80% de los casos (límites 60-100%).

Realización de al menos una reunión trimestral para comentar los casos dudosos (límite de calidad entre 1 y 3 sesiones mensuales multidisciplinares donde el servicio de Oftalmología esté presente).

Proyecto: 2018_1216 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TOXICIDAD OCULAR POR EL USO DE HIDROXICLOROQUINA Y CLOROQUINA. MANEJO MULTIDISCIPLINARPARA EL CRIBAJE DE LA RETINOPATIA ASOCIADA AL USO DE ANTIPALUDICOS EN EL HOSPITALUNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto: Septiembre del 2018.

Reuniones de consenso: Septiembre-octubre 2018

Redacción del protocolo: noviembre 2018.

Reuniones de aceptación del protocolo: diciembre 2018.

Correcciones: diciembre 2018.

Presentación y comunicación del protocolo a los diferentes centros involucrados: enero 2019.

Protocolo funcionando correctamente: enero 2019.

Evaluación de los resultados preliminares: junio 2019.

Correcciones a nivel de comunicación o gestión: junio 2019.

Reevaluación del proyecto: diciembre 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0796 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... JOSE JAVIER RIVARES ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ LIESA RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· PEREZ DELGADO LAURA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· TERRE FALCON RAMON. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· URPEGUI GARCIA ANGEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo por la incorporación de nuevas técnicas quirúrgicas en nuestra cartera de servicios y dado que tienen más de diez años de antigüedad.
Así mismo se pretende redactar nuevas pautas de recomendaciones al alta, enfocadas al bienestar y a la pronta recuperación de los pacientes operados.
Con el avance en las técnicas endoscópicas y rinoplásticas se requiere la descripción de nuevos procedimientos, dato importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tener disponibles unos nuevos informes de alta del paciente ingresado o intervenido.
Disponer de unas pautas postquirúrgicas a seguir acordes con la realidad quirúrgica actual de nuestra sección de Rinología, que ha incorporado algunas técnicas quirúrgicas.
El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de Rinología de nuestro hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En breve convocaremos una reunión para presentar los objetivos a conseguir en este proyecto.
Repartir las actualizaciones de alta y recomendaciones entre los componentes de la sección.
Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales.
Contactar con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático disponible en ORL.
Implementación en la práctica cotidiana.
Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
Aplicación definitiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores que queremos valorar serán:
Número de informes de alta modificados.
Número de nuevos informes de alta diseñados.
Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presntados.
Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados.

Pretendemos conseguir, como mínimo, en este periodo de tiempo un 50% de actualizaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primera reunión de los componentes de la sección: 31 de Mayo: Presentación de objetivos y reparto del trabajo entre los componentes de la sección.
Segunda reunión: últimos días de Junio, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados.
Tercera reunión: últimos días de Octubre, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados
Última reunión: últimos días de Noviembre, pendiente de fijar fecha: Discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los documentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

9. OBSERVACIONES.
Se solicitará la colaboración del Servicio de Informática para la implementación de los documentos

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología relacionada con fosas nasales, senos paranasales, rinofaringe, hipófisis y base de cráneo.

Proyecto: 2018_0796 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0811 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL H.U. MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

2. RESPONSABLE ..... JORGE SEVIL NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE MIGUEL GARCIA FELIX. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· EL UALI ABEIDA MAHFOUD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ADIEGO LEZA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CORTIZO VAZQUEZ ELOY. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La introducción de nuevas técnicas diagnósticas y quirúrgicas en nuestro medio, hacen necesario la revisión de las plantillas de alta existentes en nuestra sección, asi como de las hojas informativas de cuidados postoperatorios del paciente intervenido.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejora de la Calidad Asistencial.
Mejora de la Información del paciente.
Mejora en la Creación de Protocolos de Tratamiento
Mejora en la Seguridad del Paciente.
Disminución de la Variabilidad en el Seguimiento postquirúrgico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Reunión de la Sección para determinar el trabajo a realizar, distribuir a cada miembro los procesos a evaluar, busqueda de bibliografía y determinar reuniones a realizar.
2- Reuniones mensuales de evaluación del trabajo.
3- Reunión final para valorar resultados.
4- Puesta en contacto con el Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de informe de alta actualizados y rediseñados
Número de documentos de información al paciente creados.
Porcentaje de altas actualizadas de la Sección de Cabeza y Cuello

Se considerará alcanzao el objetivo si:
Plantillas de Alta evaluadas (Valor a alcanzar: > 50%)
Hojas de Información evaluadas (Valor a alcanzar: > 50%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1- Reunión de la Sección para determinar el trabajo a realizar, distribuir a cada miembro los procesos a evaluar, busqueda de bibliografía y determinar reuniones a realizar. (junio 2018)
2- Reuniones quincenales/mensuales de evaluación del trabajo.
3- Reunión final para valorar resultados. (octubre 2018)
4- Puesta en contacto con el Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente. (octubre-noviembre 2018)

9. OBSERVACIONES.
Nos pondremos en contacto con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología congénita, infecciosa, funcional o tumoral que afecte a Vías Aerodigestivas superiores
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0887 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

2. RESPONSABLE ..... FELIX DE MIGUEL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ADIEGO LEZA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· EL UALI ABEIDA MAHFUD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· SEVIL NAVARRO JORGE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El cáncer de Cabeza y Cuello requiere un tratamiento en el estado más precoz posible. Los pacientes diagnosticados y tratados en estadios tempranos en estadios tempranos tienen una supervivencia libre de enfermedad, a los 5 años, de un 90-95%, frente a un 40-50 % de los tumores más avanzados

Procede, por tanto, garantizar unos tiempos de:
- primeras consultas,
- diagnostico patológico,
- diagnóstico de extensión,
- tratamiento inicial y
- tratamiento complementario,
que no contribuyan a un avance de la enfermedad y empeoramiento del pronóstico de estos pacientes

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Revisar el tiempo de primeras consultas: desde que el paciente es enviado por el ORL del CME, o consulta de MAP hasta que es visto en la consulta del Hospital. Este tiempo debe de ser inferior a 7 días
-Revisar el tiempo diagnóstico: desde que el paciente es visto el primer día, en la consulta del Hospital, hasta tener el diagnostico patológico de la biopsia y las pruebas de imagen (TC, PET-TAC, RM) que se hayan solicitado y se incluye el paciente en la lista de espera quirúrgica o se indica el tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello. Este tiempo debe ser inferior a 20 días
- Revisar el tiempo de tratamiento: Desde el día que se entra el paciente en el Comité de tumores indicando el tratamiento hasta el día que comienza el tratamiento. Este tiempo debe ser inferior a un mes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Realización de una ficha de recogida de datos. donde conste la ha de los pacientes, el tipo de tumor, el tratamiento indicado por el Comité de tumores y los tiempos referidos.
-Revisión de las historias clínicas de los pacientes y recogida de datos

-Revisión de los datos recogidos
-Valorar en que parte del circuito no se cumplen los tiempos y analizar sus causas, y proponer medidas orientadas a subsanar el retraso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes con cáncer de faringe y laringe que cumplen los tiempos del circuito.
-Valorar en que parte del circuito no se cumplen los tiempos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Divulgación entre los profesionales de la sección el plan asistencial durante el mes mayo 2018
Realización de la ficha de recogida de datos durante el mes de mayo de 2018.
Evaluación al final del año 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cancer de Cabeza y cuello
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0887 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2018_0920 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... JESUS FRAILE RODRIGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LLORENTE ARENAS EVA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LEACHE PUEYO JAIME. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GIL PARAISO PEDRO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GUALLAR LARPA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo con la incorporación de nuevas técnicas quirúrgicas en nuestra cartera de servicios ya que tienen más de una decada de antigüedad.
Así mismo se pretende redactar pautas de recomendaciones al alta por escrito, enfocadas al bienestar y a la pronta recuperación de los pacientes operados.
Con el avance de las técnicas quirúrgicas e incoporación de nuevas cirugías otológicas, se requiere la descripción de estos nuevos procedimientos, dato que es importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tener disponibles unos nuevos informes y actualizar los existentes del paciente ingresado o intervenido.
Disponer de unas pautas postquirúrgicas a seguir acordes con la realidad quirúrgica actual de nuestra sección de Otología, que ha incorporado algunas técnicas quirúrgicas.
El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de Otología de nuestro hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En breve convocaremos una reunión de todos los miembros de la sección para presentar los objetivos a conseguir con este proyecto.
Repartir las actualizaciones de alta y recomendaciones entre los componentes de la sección.
Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales.
Contactar con el Servicio de Informática del hospital para la incorporación al sistema informático disponible en ORL.
Implementación en la práctica cotidiana.
Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
Aplicación definitiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores que queremos valorar serán:
- número de infomes de alta modificados
- número de nuevos informes de alta diseñados
- número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados
- porcentaje de informes de altas del Sección revisados y actualizados.
Pretendemos conseguir, como mínimo, en este periódo de tiempo un 50% de actualizaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primera reunión de los componentes de la Sección: 7 de junio: presentación de objetivos y reparto del trabajo entre los miembros de la Sección.
Segunda reunión: últimos días de junio, pendiente de fijar fecha: consenso de las propuestas y discusión de resultados
Tercera reunión: mediados de octubre, pendiente de fijar fecha: discusión de resultados.
última reunión: últimos días de noviembre, pendiente de fijar fechas: discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los docmentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0920 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0947 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE ..... EUGENIO VICENTE GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUALLAR LARPA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· CARMEN SAMPERIZ LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LLORENTE ARENAS EVA MARIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo por el cambio en las indicaciones quirúrgicas de adenoamigdalectomía. Actualmente la principal indicación de la misma es la apnea obstructiva del sueño en niños.

Además, con el avance en las técnicas quirúrgicas y sobretodo en el manejo postoperatorio de estos pacientes, se requiere la descripción detallada de la situación preoperatoria del paciente, dato importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Tener disponibles unos nuevos informes de alta del paciente ingresado o intervenido.

El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de ORL infantil de nuestro hospital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En breve convocaremos una reunión para presentar los objetivos a conseguir en este proyecto.
Repartir las actualizaciones de alta entre los componentes de la sección.
Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales.
Contactar con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático disponible en ORL.
Implementación en la práctica cotidiana.
Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
Aplicación definitiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores que queremos valorar serán:
Número de informes de alta modificados.
Número de nuevos informes de alta diseñados.
Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presntados.
Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados.
Pretendemos conseguir, como mínimo, en este periodo de tiempo un 50% de actualizaciones.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primera reunión de los componentes de la sección: 31 de Mayo: Presentación de objetivos y reparto del trabajo entre los componentes de la sección.
Segunda reunión: últimos días de Junio, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados.
Tercera reunión: últimos días de Octubre, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados
Última reunión: últimos días de Noviembre, pendiente de fijar fecha: Discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los documentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

9. OBSERVACIONES.
Se solicitará la colaboración del Servicio de Informática para la implementación de los docummentos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología del oído, nariz, faringe y laringe en pacientes pediátricos.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1068 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ..... PAULA MADURGA REVILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL HERNANDEZ IRENE. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· FUERTES ARAGÜES ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN. PEDIATRA. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ GOMEZ CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PALACIOS MIGUEL YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patología infecciosa constituye tanto un importante motivo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) como una de las causas más frecuente de complicación durante el ingreso en UCIP (infecciones nosocomiales). La cobertura antibiótica adecuada y su inicio precoz (en la primera “hora de oro” en la sepsis) es fundamental para conseguir un ttº efectivo y la curación del paciente. Por ello es fundamental la elección de antibioterapia de amplio espectro en el momento inicial, que asegure la cobertura de la flora habitualmente implicada en cada foco y en cada paciente.
Uno de los problemas más importante al que nos enfrentamos hoy por hoy en las UCIP es el de las resistencias a antibióticos principalmente a Gram(-) que genera un aumento de mortalidad. El trabajo en equipo entre las unidades de UCIP, Preventiva y Microbiología es fundamental para minimizar ambos problemas: la optimización de la recogida y análisis de muestras microbiológicas permite, por un lado, confirmar de forma precoz que el germen causante de la infección está adecuadamente cubierto por la ABterapia elegida de forma empírica; y por otro lado, permite desescalar la cobertura antibiótica, restringiendo espectro de forma adecuada, evitando así la generación de resistencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Principal:
• Optimizar la elección del tratamiento antibiótico empírico en el paciente pediátrico crítico, desescalando y recortando el espectro antibiótico y ajustando la duración de la antibioterapia en UCIP.
- Secundarios:
• Mejorar la recogida, transporte y cumplimentación de volantes de las muestras para estudio microbiológico.
• Implementar el Gram en orinas cuando se considere importante, realizando antibiograma directo de orina cuando esté indicado.
• < la transmisión entre pacientes de gérmenes multirresistentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Multidisciplinar: elaboración de protocolos de diagnóstico y ttº de infecciones en la UCIP

- Sº Microbiología:
• Formación, por parte de enfermería de Microbiología a la enfermería de UCIP, para optimizar la recogida, conservación y transporte de muestras microbiológicas
• estudio de Gram de LCR siempre, y de orina en casos seleccionados (sólo en turno de mañana)
• antibiograma directo a las 24 horas del envío de la muestra (sangre, LCR, que servirá como información preliminar
• Antibiograma directo orina y aspirado bronquial (cuando esté indicado), que servirá como información preliminar
• Vigilancia de multiresistentes y otras bacterias de interés epidemiológico. Cultivo de Frotis de control semanales para su detección y para la orientación del tratamiento empírico de las infecciones.

- Servicio UCIP:
• Solicitud de las muestras adecuadas en cada momento, por parte del personal médico de UCIP, en busca de la mayor eficiencia:
• Ajuste de la antibioterapia en función de los resultados microbiológicos (estudio preliminar de antibiograma directo, y estudio definitivo posterior): completar la cobertura antimicrobiana o reducción del espectro, en función de la situación. Minimizar la duración de la antibioterapia.

- Servicio Medicina Preventiva:
• Formación en medidas básicas de Prevención y Control de las infecciones nosocomiales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº historias en las que conste la comunicación con Microbiología para recortar espectro y duración de la ABterapia/total historias de pacientes con ttº antibiótico empírico de amplio espectro

Proyecto: 2018_1068 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

2. Nº enfermeras de UCI Pediátrica que han sido formadas para la adecuada recogida de hemocultivo por parte de enfermería de Microbiología/total de enfermeras que forman parte de la UCI Pediátrica
3. Nº historias en las que consta la adecuada recogida de hemocultivo de sangre periférica y de catéter venoso central/total historias de pacientes con sospecha de bacteriemia relacionada con catéter en UCIP
4. Nº hemocultivos contaminados/total de hemocultivos extraídos
5. Nº volantes con adecuada cumplimentación de datos clínicos/Total de volantes microbiológicos recibidos en Microbiología por parte de UCIP
6. Nº muestras de orina en las que se hace estudio Gram y antibiograma directo/Total de pacientes en los que se considera indicado el estudio microbiológico urgente de orina
7. Nº muestras de frotis epidemiológico/ Total de pacientes-semana en los que se considera indicado

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Todo el año: formación:
  - o En la recogida y transporte de muestras por parte de enfermería de microbiología a enfermería de UCIP. 1 taller cada 3 meses o a demanda o si se detectan incidencias (cada taller se repetirá en varias ocasiones para que sea asequible a la mayor parte de personal de enfermería y TCAEs), que se impartirán de forma práctica en UCIP.
  - o En higiene de manos y precauciones basadas en la transmisión. 1 taller anual que se podrá repetir a demanda si se detectan carencias en la formación en este ámbito.
- Mayo-Julio: elaboración de protocolos.
- Julio- Diciembre 2018: Instauración de protocolos y resto de actividades del proyecto.
- Enero-Marzo 2019: Primera evaluación del cumplimiento.
- Marzo 2019: Establecer conclusiones y propuestas de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1176 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA GOMEZ BARRENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTEJON PONCE ESPERANZA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· PEREZ DELGADO RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MIRALBES TERRAZA SHEILA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MONGE GALINDO LORENA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· BUSTILLO ALONSO MATILDE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· CAMPOS CALLEJA CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tras la instauración de un sistema de registro de eventos adversos en la unidad de Urgencias de pediatría en 2015, y observar que la mayoría de los eventos notificados tienen relación con errores en la medicación, hemos decidido difundir este sistema de registro a las unidades de hospitalización pediátrica anteriormente mencionadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conseguir aumentar la cultura de seguridad en el personal de las plantas de hospitalización pediátrica
Promover el cambio en la actuación del personal ante situaciones de riesgo.
Los objetivos finales son:
- Fomentar la implicación de todos los profesionales que trabajan en la atención sanitaria al paciente pediátrico hospitalizado mediante la implantación de un sistema de notificación anónimo de los eventos detectados.
- Promover la cultura de seguridad dentro del equipo ofreciendo información y promoción de nuevas actividades.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1ª FASE: Presentación del proyecto junto con una serie de conceptos básicos de seguridad del paciente que informen al personal sanitario de las plantas de hospitalización de la necesidad y beneficios de registrar los errores que tienen lugar en el proceso de solicitud-prescripción-administración de fármacos a los pacientes ingresados tanto si han producido como si no daños a los mismos.

2ªFASE: Implantación de una hoja de registro similar a la que se utiliza en urgencias de pediatría que se encuentra accesible tanto en formato papel como electrónico en la intranet del sector (localizada en una pestaña en la página de inicio) que no exige la identificación del personal y por tanto mantiene el anonimato del declarante. Para utilizar el formato papel será necesario situar un buzón donde recoger las hojas cumplimentadas.

3ª FASE: Análisis de los resultados obtenidos a los 6 meses y un año de implantación

4ªFASE: Aplicación de medidas correctoras que pudieran ser útiles en diferentes plantas de hospitalización y en la sala de Observación de Urgencias

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de personal sanitario de la planta que ha recibido la información básica durante el primer mes: estándar 80%
% de registros de eventos adversos relacionados con la medicación sobre el total de pacientes ingresados en la planta: estándar 1%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1ª FASE: Sesión clínica en la unidad: conceptos básicos y sistemas de registro. Duración 15 minutos, repetida varias veces durante un mes (distintos turnos de enfermería) Junio 2018
Responsable: un pediatra de cada planta junto con la supervisora
2ª FASE: Colocación de buzón para recogida de datos en cada planta e inicio de recogida de registros Julio-agosto 2018.
Responsable: supervisora de enfermería
3ª FASE: 1ª valoración de datos obtenidos Diciembre 2018-enero 2019.
Responsable: Coordinador del proyecto
4ª FASE: A partir de febrero 2019, aplicación de medidas correctoras sugeridas tras el análisis de datos y el feed back al personal de la planta
Responsable: Pediatra responsable de cada planta

Proyecto: 2018_1176 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS

9. OBSERVACIONES.
Sería recomendable que un porcentaje de al menos 10% del personal participante en el proyecto tuviera facilidades para realizar talleres de formación en seguridad del paciente ofrecidos por el sector sanitario

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología infantil que implique ingreso hospitalario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1245 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES EN PEDIATRIA: TRABAJO MULTIDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE ..... PAULA MADURGA REVILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL HERNANDEZ IRENE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· FUERTES ARAGÜES ELENA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· REZUSTA LOPEZ ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LOPEZ GOMEZ CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PALACIOS MIGUEL YOLANDA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LAPRESTA MOROS CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patología infecciosa constituye tanto un importante motivo de ingreso en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) y oncopediatría como una de las causas más frecuente de complicación durante el ingreso (infecciones nosocomiales). La cobertura antibiótica adecuada y su inicio precoz (en la primera hora "hora de oro" en la sepsis) es imprescindible para conseguir un tratamiento efectivo y la curación. Por ello es fundamental la elección de antibioterapia de amplio espectro en el momento inicial.
Uno de los problemas más importante al que nos enfrentamos actualmente es el de las resistencias a antibióticos, principalmente a gram negativos, generando aumento de mortalidad. El trabajo en equipo entre las unidades de UCIP-Oncopediatría, Medicina Preventiva y Microbiología es fundamental para minimizar ambos problemas: la optimización de la recogida y análisis de muestras microbiológicas permite, por un lado, confirmar precozmente que el germen causante está adecuadamente cubierto por la antibioterapia empírica elegida; y por otro lado, permite desescalar la cobertura, restringiendo espectro adecuadamente, evitando generación de resistencias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Objetivo principal:
• Optimizar la elección del tratamiento antibiótico empírico en el paciente pediátrico, recortando el espectro antibiótico y ajustando la duración de la antibioterapia en UCIP.
- Objetivos secundarios:
• Mejorar la recogida, transporte y cumplimentación de volantes microbiológicos.
• Implementar el Gram en orinas cuando se considere importante; realizando antibiograma directo de orina cuando esté indicado.
• Disminuir la transmisión de gérmenes multirresistentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Multidisciplinar: elaboración de protocolos diagnóstico-terapéuticos de infecciones en UCIP-oncopediatría.

- Servicio Microbiología:
• Formación, por parte de enfermería del servicio de Microbiología a la enfermería de UCIP-oncopediatría, para optimizar la recogida, conservación y transporte de muestras microbiológicas.
• estudio de Gram de LCR siempre, y de orina en casos seleccionados (sólo turno de mañana).
• antibiograma directo a las 24 horas del envío de muestra (sangre, LCR); y orina y aspirado bronquial cuando esté indicado, que servirá como información preliminar.
• Vigilancia de multiresistentes y otras bacterias de interés epidemiológico. Cultivo semanal de frotis rectales, para su detección y para la orientación del tratamiento empírico de las infecciones.

- Servicio UCIP-Oncopediatría:
• Solicitud de las muestras adecuadas en cada momento, por parte del personal médico de UCIP-oncopediatría, buscando la mayor eficiencia:
• Ajuste de la antibioterapia en función de resultados microbiológicos (estudio preliminar de antibiograma directo, y estudio definitivo posterior): completar la cobertura antimicrobiana o reducción del espectro, en función de la situación. Minimizar la duración de la antibioterapia.

- Servicio Medicina Preventiva:
• Formación en medidas básicas de Prevención y Control de las infecciones nosocomiales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de enfermeras que forman parte de la plantilla de UCI-Pediátrica/Oncopediatría que han recibido la formación para la adecuada recogida de cultivos por parte de enfermería de Microbiología/ total de enfermeras que forman parte de la plantilla (Estándar 70%).
2. Número de historias en las que consta la adecuada recogida de hemocultivo de sangre periférica y de catéter venoso central/ total historias de pacientes con sospecha de bacteriemia relacionada con catéter (Estándar 75%).
3. Número de muestras de frotis epidemiológico/ Total de pacientes-semana en los que se considera indicado

Proyecto: 2018_1245 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES EN PEDIATRIA: TRABAJO MULTIDISCIPLINAR

(Estándar 75%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Todo el año: formación:
o En recogida y transporte de muestras por parte de enfermería de microbiología a enfermería de UCIP-Oncopediatría. 1 taller cada 3 meses o a demanda o si se detectan incidencias (cada taller se repetirá en varias ocasiones para adaptarse a la mayor parte de personal de enfermería y TCAEs), que se impartirán de forma práctica en UCIP.
o En higiene de manos y precauciones basadas en la transmisión. 1 taller anual que se podrá repetir a demanda si se detectan carencias en la formación en este ámbito.
- Mayo-Julio: elaboración de protocolos.
- Julio- Diciembre 2018: Instauración de protocolos y resto de actividades del proyecto.
- Enero-Marzo 2019: Primera evaluación del cumplimiento.
- Marzo 2019: Establecer conclusiones y propuestas de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1356 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS PEÑA SEGURA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· LOU FRANCES GRACIELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· ROS ARNAL IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· GARCIA ROMERO RUTH. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· ROMERO SALAS YOLANDA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA
· JIMENEZ MONTAÑES LORENZO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las enfermedades crónicas requieren un enfoque multidisciplinar para su correcto manejo sobre sus implicaciones psicológicas, físicas y sociales y suponen un desafío para los servicios de salud. La adolescencia es una fase compleja que dificulta el control de las enfermedades crónicas. Los adolescentes con enfermedades crónicas (EC) y sus padres pueden percibir la transferencia desde las Unidades de Pediatría a los servicios de adultos como una brusca interrupción en su régimen de tratamiento. Está constatado que este proceso supone un riesgo de empeoramiento del control de la enfermedad, abandono de seguimiento, incremento de la morbilidad, peor control de la enfermedad y deterioro de la salud. Frente al concepto de transferencia como proceso administrativo, las sociedades científicas defienden el concepto de transición como un proceso planificado y consensuado entre el paciente, la familia y los equipos asistenciales pediátricos y de adultos, que permitan minimizar el impacto negativo. La transferencia se suele realizar de manera variable entre los 15 – 18 años y cuando no se hace de manera planificada impacta negativamente en la salud, menor adherencia al tratamiento y menor índice de asistencia a las consultas programadas.

En la actualidad no todos los pacientes con enfermedades crónicas siguen un protocolo definido de actuación y existe una variabilidad importante. Es frecuente que el adolescente con EC deje de asistir a las visitas programadas (automedicación y autocotrol). Muchos pacientes son remitidos con un informe de alta pero sin establecer un consenso previo con el servicio de adultos. Es necesario establecer protocolos de actuación en cada Unidad de Pediatría para definir las patologías que son subsidiarias de entrar en un protocolo específico de actuación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal
1. Optimizar la transición de pacientes con enfermedades crónicas complejas desde las Unidades de Pediatría del HUMS a los servicios de adultos.
Objetivos secundarios
1. Promover la comunicación y colaboración entre los equipos asistenciales pediátricos y de adultos.
2. Minimizar el riesgo de impacto negativo que la adolescencia supone sobre la salud en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas.
3. Evaluar los resultados y conocer la satisfacción de los pacientes y los profesionales tras su implantación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Generales a nivel de todo el Servicio
1. Información detallada y progresiva a lo largo de 1-2 años al paciente y a la familia sobre la futura transición y de cómo se va a realizar.
2. Establecer un rango de edad en el cuál se debe realizar el proceso de transición.
3. Realización de informe de alta que figure en la Intranet.
4. Presentación en sesiones del Servicio las actividades que se realizan.
Específicos para cada Unidad de Pediatría
1. Definir qué enfermedades crónicas requieren un protocolo específico de transición (en base a gravedad, impacto sobre la salud del paciente y sobre la familia, complejidad)
2. Elaboración de protocolos específicos de transición en cada Unidad en función de la patología.
3. Elaboración de un registro de pacientes transferidos.
4. Programación de consultas de transición con la participación conjunta del pediatra y del médico del servicio de adultos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Presentación en el Servicio del proyecto en el calendario de sesiones clínicas (si / no)
2. Definición por cada Unidad de las EC complejas que deben seguir un protocolo específico de transición (si / no)
3. Pacientes con EC complejas con constancia en la historia clínica de la realización de informe de alta y presentación del caso al servicio de adultos (>80%)
4. Elaboración de un listado de consultas conjuntas de transición para EC complejas (si / no)

Proyecto: 2018_1356 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2 años de duración (Mayo 2018 a Mayo 2020)
Año 1
Mayo 2018 a Diciembre 2018.
Presentación en Sesión del servicio del proyecto.
Consensuar objetivos y criterios mínimos a nivel del servicio para cualquier paciente con EC antes de ser transferido.
Enero 2019 a Junio 2019.
Definición por parte de cada Unidad de qué EC deben seguir un protocolo específico de transición.
Elaboración de protocolos específicos
Año 2
Junio 2019 a Diciembre 2019
Implantación de las consultas de transición conjuntas
Elaboración de un registro de pacientes transferidos a nivel de cada Unidad
Enero 2020 a Mayo 2020.
Evaluación de encuestas de resultados de satisfacción a nivel de profesionales y pacientes transferidos

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES CRONICAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1410 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

2. RESPONSABLE ..... MATILDE CAMPO SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IGUACEL ACIN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· GARCES FUERTES PAULA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· TERREN MARCO NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· GIL NAVARRO SABRINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· EZPELETA ASCASO IGNACIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· LATORRE MOSTEO CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SIMON CLEMENTE SALOME. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El objetivo de la UBPRL es velar por la seguridad y la salud individual y colectiva de los trabajadores.

El consumo de alcohol es un riesgo para el trabajador y para terceras personas, por ello es imprescindible detectar este consumo antes que aparezcan repercusiones adversas.
La mayor parte de los problemas relacionados con el consumo de alcohol se centra en bebedores ligeros o moderados.
Según las ultimas encuestas nacionales de salud la prevalencia del consumo de alcohol en la población trbajadora supera la propia población general.

Según la recomendación de la PAPPS (2016) (programa de actividades preventivas y promocion de la salud.
El cribado del consumo de alcohol debe realizarse como minimo cada dos años en toda persona de mas de 14 años sin limite superior de edad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Detectar trabajadores con consumo abusivo del alcohol.
2- Consensuar implicaciones practicas,tanto preventivas como terapéuticas para reducir el consumo abusivo de alcohol en los trabajadores del Sector sanitario Zaragoza II.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Ofrecer la realización del test a todos los trabajadores que acudan a La Unidad Basica de Prevencion de riesgos Laborales.
Establecer un programa de reuniones formativas de los componentes del grupo de trabajo.(20.06.2018)

Consensuar las actuaciones

Realizar los impresos de los test de Cage.

El personal de enfermería explica al trabajador la realización del test, según las pautas de resultado se pasaran al medico para darle la información y determinar el consumo.

Establecer y acordar la pauta de actuación Individualizada con el Servicio de drogodependencia para el seguimiento del tratamiento y apoyo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de screening en el abuso de alcohol realizados / numero de reconocimientos realizados .

Nº de screening positivos / nª de screening realizados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se realizara una evaluación y un nuevo reajuste del proyecto ante cualquier deficiencia detectada.

Se Planificara una pre evaluación a los 6 meses del inicio.y al final del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1410 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1442 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES. DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO EZPELETA ASCASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCES FUERTES PAULA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· TERREN MARCO NOELIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SIMON CLEMENTE SALOME. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· IGUACEL ACIN MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· CAMPO SANZ MATILDE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· GIL NAVARRO SABRINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· LATORRE MOSTEO CARMEN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Hospital Universitario Miguel Servet pertenece a la red europea de Hospitales sin Humo. Entre sus l objetivos está que todos los trabajadores y usuarios del centro no fumen en las instalaciones sanitarias y su perímetro, tal y como obliga la ley.
La Diputación General de Aragón ha suscrito la Declaración de Luxemburgo de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST), la cual consiste en aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo.
La unidad básica de prevención de riesgos laborales del sector Zaragoza II es un activo para la promoción de la salud en el trabajo fomentando la salud y los hábitos saludables en el entorno laboral

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Conocer la prevalencia de tabaquismo en los trabajadores que acuden a vigilancia de la salud individual
- Clasificar a los trabajadores fumadores según su motivación para dejar el hábito tabáquico
- Oferta derivación de forma eficiente a la consulta de deshabituación
- Introducir el consejo mínimo en los consejos a dar en trabajadores fumadores con motivo de vigilancia de la salud

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Registro dehábito tabáquico: fumador, no fumador exfumador
- Determinación del nivel de motivación con laaplicacióndel test de Richmond. Registro
- Oferta de derivación a deshabituación aquellos trabajadores con test de Richmond mayor o igual a 9. Registro
- Reunión de equipos sanitario Medicina-Enfermería, parapresentación del proyecto, definición de líneas de trabajo.
- Registro delConsejo mínimo en historia clínica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Globalmente buscamos un clarificar qué situación tenemos, para ello:
- proporción detrabajadores fumadores/ no fumadores y exfumadores
Clasificación deacuerdo con el test de Richmond:
0 a 3: nulo o bajo
4 a 5: dudoso
6 a 7: moderado
8 a 10: Alto.
-
- Derivaciones a consulta de deshabituación
- Muestro aleatorio para verificar en historia clínico-labora se ha aplicado metodología del consejo mínimo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio 01.07.201815/0672017 hasta 31.12.2018
Evaluación a fecha 31.12 2018 de desarrollo del proyecto. En función de los resultados continuidad en su aplicación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

Proyecto: 2018_1442 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES. DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0136 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U. MIGUEL SERVET)

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA DE JUAN LADRON
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ POZA ALFONSO. PSIQUIATRA. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION. TCAE. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SIGUENZA ARNEDO MARIA DOLORES. TRABAJADOR/A SOCIAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde la apertura del recurso (Hospital de Día de Psiquiatría del HUMS) en el año 2014 hemos sido conscientes en el equipo de la importancia de poder trabajar el proceso de alta de cara a favorecer la continuidad de cuidados psicoterapéuticos y asistenciales en la red de Salud.
Siendo conocedores de la relevancia de este aspecto y de la idoneidad de poder hacer un buen cierre de los casos atendidos, velando por la óptima continuidad del trabajo realizado en un dispositivo de hospitalización parcial nos planteamos en 2017 la necesidad de realizar un diagrama de flujo para abordar el proceso de alta del paciente que finaliza el programa teerapéutico en Hospital de Día desde una perspectiva multidisciplinar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar estudio del proceso de alta desde un enfoque multidisciplinar para elaborar un diagrama de flujo de dicho proceso en Hospital de Día para contribuir de esta forma a mejorar la calidad en la continuidad de cuidados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los diagramas de flujo preteneden convertirse en el mecanismo de análisis de la gestión de esta Unidad.
El equipo debe plantearse cada uno de los sucesos que ocurren en el proceso de alta de los pacientes que concluyen su programa terapéutico en Hospial de Día. Con este queremos conseguir una mayor eficacia y eficiencia.
Dedicaremos una reunión semanal en Hospital de Día para:
- Plasmar el trabajo que realiza cada profesional en el proceso de alta.
- Realizar una revisión bibliográfica exhaustiva para valorar, en cada uno de los miembros del equipo, si la metodología empleada es la necesaria y si las técnicas son suficientes para el proceso evaluado y para conseguir una mejora en la continuidad asistencial.
- Realizar el diagrama de flujo consensuado entre todos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.-Realizar este año el diagrama de flujos en el proceso propuesto este año.
2. Contrastar estos diagramas con evaluadores externos al proceso.
3. Nueva evaluación por parte del equipo.
4. Incluir correcciones sugeridas.
5. Valoración final por el grupo de calidad de Psiquiatría.
6. ¿Se debe introducir algún cambio?
7. Se contrastará con alguno de los usuarios del Programa, ya que son los que reciben los resultados y viven las dificultades.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Búsqueda bibliográfica en febrero-marzo
2. Realización de flujos en abril-junio
3. Evaluación externa por equipo en julio-septiembre
4. Correcciones y valoración grupo de calidad en octubre
5. Introducir cambios de mejora en noviembre
6. Ver resultados final de año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0136 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U. MIGUEL SERVET)

Proyecto: 2018_0189 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA GRACIA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SOLER GONZALEZ CRISTINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· LISO BANDRES ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS REBOLERIA. PSIQUIATRIA
· AIBAR LUIS MARIA JOSE. PSICOLOGO/A. CS REBOLERIA. PSIQUIATRIA
· PASCUAL OLIVER MIGUEL. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SALVADOR COSCUJUELA SONIA. PIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El colectivo de personas mayores (en general, a partir de los 65 años) es considerado como población vulnerable en materia de Salud Mental (Ley General de Salud Mental, 1986). Sin embargo, hasta la fecha, y salvo programas concretos que parten de la iniciativa de algunos profesionales, la red de salud mental no cuenta con dispositivos específicos para la atención de esta población más allá de las unidades psicogeriátricas de larga estancia; de accesibilidad limitada y que no cubren la demanda asistencial para determinados perfiles de pacientes psicogeriátricos.

El borrador del Plan de Salud Mental 2017-2021 incluye como línea estratégica la PSICOGERIATRIA. La asistencia psicogeriátrica va dirigida a la atención a las personas mayores que presentan enfermedades mentales activas, así como a su entorno. Se caracteriza por ser comunitaria, global, interdisciplinar, integral, atendiendo también a las actividades preventivas, la formación y la investigación.

El Plan de Salud Mental reconoce como dispositivos asistenciales básicos para la atención al paciente psicogeriátrico los Centros de Atención Primaria (AP) y las Unidades de Salud Mental (USM); y plantea como primeras actividades a desarrollar: 1) un programa de atención a mayores de 65 años con enfermedad Mental y 2) un protocolo de actuación coordinado (AP y USM) para residencias y centros de día de mayores.

Según los datos de población por sectores sanitarios y zonas de salud (www.aragon.es), correspondientes al año 2016, la Unidad de Salud Mental (USM) de Rebolería tiene una población de referencia de 73631 habitantes, correspondientes a las Zonas Básicas de Salud: Almozara, San Pablo, Independencia y Rebolería. De los cuales, 16133 habitantes (21,9 %) son mayores de 65 años. La carga de sujetos mayores de 65 años en el ámbito de influencia de otras USM en nuestro sector (II) es incluso mayor, alcanzando un 27,9% en la USM de San José.

El análisis de la demanda y necesidades de los pacientes psicogeriátricos atendidos en las USM, y de las necesidades de los médicos de AP en la atención a estos pacientes, puede facilitar posteriormente el desarrollo de acciones estratégicas para optimizar su atención, adaptadas a las necesidades reales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1) Evaluar la carga asistencial correspondiente a pacientes mayores de 65 años en la USM Rebolería y el porcentaje de estos pacientes con necesidades específicas.
2) Comparar los parámetros anteriores con la actividad en otras USM de nuestro sector, concretamente en la USM San Jose, con mayor porcentaje de población mayor de 65 años en su ámbito de influencia.
3) Evaluar las necesidades percibidas de los Médicos de AP que derivan pacientes a ambas USM respecto a la asistencia del paciente psicogeriátrico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaboración de encuesta de evaluación de necesidades en AP en relación a la asistencia del paciente psicogeriátrico.
2. Presentación del proyecto y envío del enlace a la encuesta de evaluación a los coordinadores de los diferentes centros de AP, para su distribución entre los facultativos.
3. Elaboración de registro de asistencia y necesidades específicas de pacientes mayores de 65 años atendidos en la USM.
4. Periodo de evaluación/ registro.
5. Análisis de resultados y evaluación de los mismos en reunión de equipo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes mayores de 65 años atendidos en USM durante un periodo de 6 meses.
- Porcentaje de pacientes mayores de 65 años respecto al total de pacientes atendidos en USM.
- Número y porcentaje (respecto al numero de pacientes mayores de 65 años y al total de pacientes atendidos) de pacientes que cumplen criterios de población diana para asistencia en programa específico de psicogeriatría (según se describen en el borrador del Plan de Salud Mental 2017-2021).

Proyecto: 2018_0189 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

-Porcentaje de respuestas a la encuesta de evaluación de necesidades en AP en relación con la asistencia al paciente psicogeriátrico. (Número de respuestas/ Total de Facultativos de AP que derivan pacientes a las USM Rebolería y San Jose) (Estándar> 50%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Elaboración de encuesta de evaluación de necesidades en AP (Responsable, con aprobación miembros del equipo; marzo 2018)
2. Envío del enlace a la encuesta de evaluación a los coordinadores de los diferentes centros de AP (Responsable; abril 2018)
3. Elaboración de registro de asistencia a pacientes mayores de 65 años en la USM (Responsable, con aprobación miembros del equipo; marzo 2018)
4. Periodo de evaluación/ registro (cada uno de los miembros del equipo; abril-septiembre 2018)
5. Análisis de resultados (responsable; octubre 2018)
6. Evaluación de resultados en reunión de equipo USM (todos los miembros del equipo; noviembre 2018)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0382 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ASENSIO MANERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CEREZO SERRANO FRANCISCA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· NOVELLA NEBREDA SUSANA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· AZNAR ANADON ANA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CUADRADO MARTIN ANA ISABEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· RIPALDA ROVIRA DOLORES. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ALAYETO ADIEGO GLORIA PATRICIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Cuando ingresa el paciente en la UCE del Hospital que da desvinculado de su medio y debe adaptarse a un espacio nuevo y desconocido. Es una evidencia que el colectivo de personas que padecen patologías psiquiátricas graves no solo precisa de una atención sanitaria, sino de otras actuaciones como la educativa, rehabilitadora y potenciadora de su reinserción social.
Estas personas constituyen un colectivo muy vulnerable con escasos recursos, con alto riesgo de marginación y muchas veces bajo un estigma social que dificulta su integración social y la de sus familias. La enfermería de salud mental, conocedora de esta situación, realiza actuaciones encaminadas a cubrir las necesidades básicas y además de procurar un soporte y acompañamiento a retomar o cambiar hábitos potenciando los recursos personales y la capacidad ante las dificultades.
El taller es la herramienta de transmisión de información y adquisición de capacidades de La persona. El integrar talleres educacionales en el periodo de convalecencia en el hospital es un recurso asistencial-terapéutico que pretende ser una herramienta facilitadora de la recuperación del paciente. Así mismo estos talleres aumentan el grado de motivación, satisfacción y de enriquecimiento individual.
Desde el taller se trabaja activa y específicamente para asegurar la adecuada adherencia del paciente, desarrollando actividades que resulten más beneficiosas, buscando siempre la progresiva implicación y participación activa en el proceso del desarrollo personal y de rehabilitación social.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Promover la salud mental en los pacientes a través del aprendizaje de técnicas de autocuidado y habilidades sociales que permitan mejorar su bienestar y calidad de vida.
- Promover factores protectores que se integren a los ya existentes, principalmente orientados al manejo de emociones y situaciones difíciles, ansiedad, integración de los estados físicos, psicológicos y espirituales, a través del aprendizaje y practica de técnicas simples de relajación y/o contención mental
- Fomentar la comunicación, cooperación y armonía, aumentando el nivel de conciencia sobre su enfermedad y las consecuencias que desencadenen en sus hábitos cotidianos.
- Ofrecer un espacio de contención y estructura, y a la vez de acogida y acompañamiento durante su ingreso en la UCE.
- Permitir la expresión personal de cada paciente y fomentar la parte sana y sus recursos personales de cada paciente.
- Facilitar el establecimiento y el desarrollo de relaciones nutricias y estructurantes entre los miembros del grupo.

La población diana: serán los enfermos ingresados en la UCE del HUMS, y que deseen acudir de forma voluntaria y cuando su situación física y mental lo permitan.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Metodología del trabajo:
- Formación del equipo de trabajo
- Los talleres serán diarios, en horario de mañana y tarde, basados en los Patrones de cuidados de M. Gordon
- Número de participantes en cada taller
- Información a los pacientes, de forma individualizada, de la existencia de estos talleres y de los requisitos que deben cumplir para asistir a ellos.
- Las actividades serán participativas y dinámicas.

Se priorizan y jerarquizan los talleres de EPS (Educación para la Salud) y Psicoeducación.
Reunión de los pacientes en el aula taller:
- Establecimiento de un ambiente terapéutico, así como de confianza entre paciente y equipo
- Informar de forma sencilla, clara y precisa de cómo se va a realizar el taller.
- Se realizarán exposiciones concretas, cercanas y fácilmente identificables utilizando ejemplos de la vida diaria, que les permitan adquirir conocimientos para desarrollarlos de forma eficaz en las tareas cotidianas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Porcentaje de pacientes que acuden a los talleres organizados al menos de un 50%. La medición se realizara mediante registro de asistentes tras cada taller.

Proyecto: 2018_0382 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

2- Porcentaje de pacientes que participan de forma activa en el taller, de al menos el 50%.
3- Porcentaje de pacientes satisfechos o muy satisfechos con los talleres organizados de al menos el 70%. Se medirá al alta del paciente, mediante la Escala de Lickert, con estos 5 ítems:
*Muy satisfecho.5
*Satisfecho.4
*Aceptable.3
*Insatisfecho.2
*Muy insatisfecho.1

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio del proyecto……Mayo 2018
Elaboración y desarrollo de talleres……..Mayo, Junio, Julio, Agosto del 2018
Dar a conocer los talleres a los miembros de la UCE……..….Septiembre 2018
Implementación de los talleres en UCE……Octubre, Noviembre, Diciembre 2018
Recogida y análisis de datos……Enero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1111 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION. INTERVENCIONES ESPECIFICAS

2. RESPONSABLE ..... JAIME DOMPER TORNIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ GONZALEZ EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· GONZALEZ MAISO ANGELA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ROMANCE ALADREN MARINA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SALVADOR COSCUJUELA SONIA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En Aragón no se dispone de un Sistema de Información de Salud Mental, aunque se haya contemplado como necesidad en los diversos Planes de Salud Mental, incluido el actual 2017-21 (Proyecto 18, Línea Estratégica 4).
La “complejidad” terapéutica y asistencial (seguimiento cli´nico-terape´utico-rehabilitador) de los pacientes con un Trastorno Mental Grave (TMG), aconseja poder disponer de información personalizada adecuada y actualizada.
Con esta intención se ha elaborado el registro de personas con TMG, incluido en la Historia Clínica Electrónica (HCE) y supeditado a las normas de accesibilidad y trazabilidad de la misma.
El registro de TMG tiene como objetivos principales: (1) disponer de un Conjunto Mínimo de Datos de los pacientes con TMG atendidos en los dispositivos asistenciales y rehabilitadores de Aragón; (2) permitir una planificación y gestión de recursos adecuada a la demanda; (3) facilitar la coordinación entre los profesionales de los diferentes recursos asistenciales; (4) facilitar la continuidad asistencial de los pacientes, minimizando el riesgo de desvinculación terapéutica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Aclarar dudas ético-legales para facilitar la participación de todos los profesionales y elaborar el registro con las máximas garantías para nuestros pacientes.
2. Consensuar con los profesionales del Servicio los casos de TMG que pueden beneficiarse de forma más inmediata y clara de su inclusión en el registro.
3. Familiarizar a los profesionales del Servicio con el uso de esta herramienta de registro.
4. Facilitar la continuidad asistencial y un abordaje integral en la asistencia del paciente con TMG: Mediante la coordinación entre las Unidades de Salud Mental (USM) con los recursos de rehabilitación psicosocial, así como con las comisiones técnicas de acceso a los mismos; y con los profesionales de Atención Primaria en los Centros de Salud (CS).
5. Documentar la carga asistencial de TMG en cada Unidad del Servicio de Psiquiatría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaboración y difusión de una encuesta de opinión respecto a las ventajas y limitaciones del registro entre los Facultativos del Servicio.
2. Definición de las dificultades concretas planteadas por los facultativos y consulta a los organismos oportunos para tratar de minimizarlas.
3. Reunión del equipo de trabajo para consensuar qué casos podrían beneficiarse de forma inmediata de su registro en el programa.
4. Reunión de los facultativos del servicio para facilitar la máxima participación; aclarar dudas respecto al proceso de registro; informar de los criterios de TMG que van a ser incluidos en el registro de forma prioritaria y de los indicadores de actividad.
5. Reuniones con los profesionales de los CS del Sector II para realizar formación respecto al concepto de TMG y facilitar un buen uso de la información incluida en el registro, que permita mejorar la asistencia del paciente en el ámbito de primaria y la coordinación USM-CS.
6. Reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM para facilitar la coordinación en la asistencia del paciente.
7. Registro gradual de casos TMG, comenzando por los casos acordados “prioritarios”, y de la carga asistencial referente a TMG en la actividad diaria de las USM.
8. Registro de todos los pacientes con TMG que se presentan en las Comisiones técnicas de ingresos (subcomisión del sector y comisión central), para facilitar la toma de decisiones por parte de sus miembros.
9. Análisis de resultados y evaluación del estado de registro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Tasa de respuesta entre los FEA del Servicio a la encuesta. (>50%)
2. Consulta de dudas ético-legales de los FEA respecto al registro TMG. (si)
3. Reunión con los FEA del Servicio. (si)
4. Reuniones con los CS. (>25% CS del Sector II)
5. Número (Nº) de reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM. (1

Proyecto: 2018_1111 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION. INTERVENCIONES ESPECIFICAS

por semestre)
6. Nº de pacientes con TMG registrados respecto a la población de referencia mayor de 18 años. (0,5 ‰)
7. Nº y % de pacientes con TMG subsidiarios ó usuarios de recursos de rehabilitación psicosocial registrados. (150-200/ año y 100%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividades (1) y (3): abril 2018
Actividades (2) y (4): abril- mayo 2018
Actividades (5) y (6): septiembre-noviembre 2018
Actividades (7) y (8): junio-noviembre 2018
Actividad (9): diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.
Como se refiere en el formato original adjunto, cocoordina el proyecto la Dra Patricia Gracia García, para implantarlo en las seis Unidades de Salud Mental del sector (Sº Psiquiatría del HUMS).

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_1203 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA GESTION DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PRIMEROS EPISODIOS. APLICACION EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA SIERRA ACIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALDA PEYRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· ROMERO GALLARDO MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· SANZ CARRILLO CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· CAUDEVILLA SOLER CLARA. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· PASCUAL OLIVER MIGUEL. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
· NAVARRO AZNAR JAVIER. MIR. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Este proyecto supone potenciar la intervención comunitaria desde las USMs con los pacientes de mayor gravedad y menor vinculación con los dispositivos asistenciales. Pacientes mayores de 18 años que presentan un TMG o Primer Episodio Psicótico (independientemente de cuál sea su origen: psiquiátrico, médico, tóxico, etc…) con dificultad para su abordaje en la USM.
Además de ampliar la dotación de las USM exige la implicación y participación activa de los profesionales actualmente destinados en las USM del Sector Sanitario Zaragoza-II

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
A-PRINCIPAL: Atención intensiva y coordinada a pacientes con enfermedad mental grave que presentan dificultades para un correcto seguimiento desde la USM
B- ESPECIFICOS:
- Promover el “Dialogo Abierto” con el paciente, tal y como viene definido en el Boletín AMSM núm. 39 (Modelo Finlandés) potenciando su autonomía.
- Que el paciente conozca sus tratamientos, citas, profesionales y centros.
- Psicoeducación.
- Reducir las hospitalizaciones generadas por la falta de continuidad asistencial
- Favorecer el acceso, uso y vinculación a los recursos comunitarios
- Asegurar la conexión entre profesionales, equipos y recursos, el trabajo en red
- Proporcionar apoyo, cuidados de enfermería, intervenciones sociales en su entorno, habitualmente el domicilio.
-Constituirse en referente para el paciente y su familia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Ambito de actuación será en las USM siguiendo un Modelo de Atención Multidisciplinaria y Estructurada de Salud Mental. Serán necesarios Dos Equipos Gestores de Casos (2 Enfermeros SM y 2 TTSS).Cada Equipo tendrá vinculación con tres de la seis Unidades de Salud Mental de Adultos: Rebolería, Torrero- La Paz y San José Norte (Subsector II-A); y Casablanca, Sagasta, y Fuentes Norte (Subsector II-B).
Uno de los psiquiatras participará en este programa a tiempo parcial y se coordinará con el resto de profesionales de USM. El ACCESO será a propuesta de los Psiquiatras/Psicólogos Clínicos de las USM, Ocasionalmente por los Médicos de Familia y desde la Unidad de Corta Estancia (UCE-HUMS) o desde el Hospital de Día Psiquiátrico (HD-HUMS), siempre de acuerdo con el Psiquiatra responsable en la USM. El paciente se adscribirá a la USM donde le será asignado FEA-Psiquiatra/ FEA Psicólogo Clínico, de Referencia.
Aunque el Equipo de Gestión de Casos se concibe como recurso de enganche, incorporación y transición de los pacientes hacia la USM/Dispositivos de Rehabilitación, es indispensable elaborar un Plan Individualizado de Intervención (PII) para concretar las actuaciones y evaluar la evolución y consecución de objetivos con cada uno de ellos.
CRITERIOS ENTRADA AL PROGRAMA
Pacientes con TMG que presentan
1.- Dificultades en la continuidad asistencial, absentismo a citas y falta de adherencia terapéutica
2.- Inestabilidad clínica
3.- Dos o más ingresos hospitalarios anuales y reiteradas demandas de atención al Servicio de Urgencias
Incorporación progresiva, no superior a un paciente a la semana en el Equipo Gestor hasta un mínimo de una 90% de la demanda. En el caso de Primeros Episodios incorporación restrictiva y limitada a aquellos con falta de adherencia a la USM
ACTIVIDADES: Posibilidad desplazamiento domicilio, entrevistas paciente y familiares, coordinación con otros dispositivos asistenciales, petición pruebas complementarias, intervenciones farmacológicas, familiares, psicoeducativas y sociales
CRITERIOS SALIDA DEL PROGRAMA
1.- Clínico: Mejoría y estabilización psicopatológica.
2.- Vinculación a la Red de Salud Mental.
3.- Familiares y cuidadores de Referencia han mejorado en conocimiento y manejo de la patología del paciente y pueden colaborar con el equipo de la USM
4.- Abandono Voluntario del Programa por parte del paciente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes en el programa (anual)

Proyecto: 2018_1203 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA GESTION DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PRIMEROS EPISODIOS. APLICACION EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

-Porcentaje de pacientes nuevos
-Porcentaje anual de Hospitalizaciones en UCE
-Disponibilidad de contacto con el equipo
-Absentismo a citas con profesionales de Salud mental
-Existencia de PII para todos los pacientes- 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Previa dotación del equipo necesario, a partir de septiembre de 2018. Al año primera evaluación global y diversas áreas de mejora.
Primero Programa de TMG y al cabo de un año, el de Primeros Episodios.
La duración: la del contrato de Gestión Actual 2018 y que se pueda ir renovando en futuros contratos de gestión

9. OBSERVACIONES.
Cristina Soler Gonzalez, psiquiatra de USM San Jose Norte (csoler@salud.aragon.es) es también responsable proyecto

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0199 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DOSIMETRIA "IN VIVO" CON PELICULA RADIOCROMICA PARA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE MAMA Y BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA CON EQUIPO AXXENT (XOFT)

2. RESPONSABLE ..... SERGIO LOZARES CORDERO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· GANDIA MARTINEZ ALMUDENA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· VILLA GAZULLA DAVID. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· ALBA ESCORIHUELA VERONICA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA
· JIMENEZ PUERTAS SARA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Radioterapia Intraoperatoria se ha convertido en un tratamiento de referencia en los carcinomas de mama que cumplen los criterios de inclusión desde su puesta en marcha en el Hospital Miguel Servet en Mayo de 2015.
En casi 3 años se han tratado casi 300 pacientes con unos resultados excelentes hasta la fecha.
En dichos tratamientos están involucrados los servicios de Cirugía, Ginecología, Radiodiagnóstico, Anestesia, Medicina Nuclear, Oncología Radioterápica, Anatomía Patológica y Física y Protección Radiológica.
El gran número de pacientes tratadas ha suscitado el interés de la comunidad científica y en estos 3 años diversos especialistas implicados hemos sido invitados a distintos congresos y conferencias sobre el tema.

El proyecto que queremos desarrollar consiste en realizar una dosimetría “in vivo” de cada paciente para saber la dosis impartida en las diferentes zonas de interés de cada paciente que sirvan para compararnos con otras técnicas de tratamiento utilizadas para la misma patología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Verificar mediante la Dosimetría de película radiocrómica la dosis impartida en cada paciente medida en el mismo procedimiento.
Calibrar los lotes de películas radiocrómicas en la energía de 50 kVp para poder realizar medidas en los tratamientos de mama y en las aplicaciones de braquiterapia electrónica ginecológica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán en primer lugar medidas en maniquí a diferentes dosis para conseguir una curva de calibración de dosis frente a nivel de gris que ajustada a la función matemática correspondiente nos sirva para conocer las dosis administradas a las pacientes en las diferentes zonas del cuerpo en las que se coloquen las películas.

Dichas medidas serán realizadas por el servicio de Física y Protección Radiológica en el que se celebrará una acción formativa para poner en conocimiento de todo el servicio la forma adecuada de realizar dichas medidas, ya que deben realizarse de nuevo para cada lote de películas radiocrómicas que lleguen al hospital.

Los resultados de dicha calibración se comunicarán en el congreso de la especialidad ya que es de interés para la comunidad científica y no se ha realizado con anterioridad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador:
• Validez de la curva de calibración:
Coincidencia de la dosis planificada con la dosis en campos estándar.
(Dmedida-Destándar)*100/Destándar
Tolerancia 3%
• Coincidencia de la dosis planificada con la dosis prescrita:
(Dmedida-Dprescrita)*100/Dprescrita
Tolerancia: 5%

Evaluación:
• Coincidencia de las dosis en el 95% de las pacientes dentro del rango de tolerancia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Total del proyecto: 2 años
• Medidas físicas en maniquí, obtención de la curva de calibración y obtención de la función matemática de transformación junto con la elaboración del procedimiento de calibración y formación del servicio: 6 meses
• Medidas en un número suficiente de pacientes (150 de mama y 50 de ginecología) para la elaboración del estudio: 18 meses.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0199 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DOSIMETRIA "IN VIVO" CON PELICULA RADIOCROMICA PARA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE MAMA Y BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA CON EQUIPO AXXENT (XOFT)

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0219 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

2. RESPONSABLE ..... VERONICA ALBA ESCORIHUELA
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· GANDIA MARTINEZ ALMUDENA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· LOZARES CORDERO SERGIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· VILLA GAZULLA DAVID. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· JIMENEZ PUERTAS SARA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dada mi reciente incorporación en el servicio de Física y PR del HUMS, cuando observé el modo en que se realizaba la técnica de SBRT pulmonar, advertí que en otros centros en los que había trabajado, ya habían implantado una mejora para el tratamiento de esta técnica que consistía en el cambio de la densidad del ITV obtenido como promedio de los tres estudios CT realizados al paciente en fases de inspiración máxima, máxima expiración y respiración libre. Esta modificación es un avance dado que así se consigue reducir la cantidad de radiación que se le emite al paciente sin comprometer su tratamiento en absoluto.
Este cambio no implica ningún consumo extra de recursos, es una mera modificación en el software de planificación del tratamiento que conlleva una reducción de dosis emitida al paciente y por consiguiente una reducción del tiempo de irradiación y por tanto, de energía consumida por el acelerador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este estudio es comprobar la veracidad de las ventajas de este cambio de densidad del ITV, para así poder introducirlo en nuestra rutina clínica de tratamientos de SBRT pulmonar. Los pacientes diana serán todos aquellos a los que se les tenga que realizar un tratamiento de SBRT pulmonar.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones a realizar consisten en una revisión retrospectiva de un número significativo de planificaciones ya realizadas, introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV, y la posterior comparación con el tratamiento realizado con la finalidad de obtener conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Pretendemos analizar un mínimo de 10 pacientes ya tratados. Una vez realizado el estudio, si el resultado es favorable, se pretende colaborar con el servicio de Radioterapia, realizando una puesta en común de los resultados obtenidos y abriendo el debate para la posible implantación de este cambio. Si la implantación es favorable, se procederá a la formación del los físicos que vayan a tener que realizar este proceso de cambio de densidad del ITV en las correspondientes planificaciones que realicen en un futuro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Igualar o mejorar la cobertura del ITV:
ITV: D98% > Dp
PTV: D99% > 90% Dp
Comparar máximos, siempre <125% Dp IC < (1,2 – 1,5)

2. Reducir dosis en OR: Dmax, Dmin y Dmed son iguales o inferiores al tratamiento realizado. Los valores siempre dentro de los límites específicos para cada OAR.

3. Reducir tiempos de tratamiento: Las UM son menores tras el cambio de densidad elctrónica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Total: 1 año
1. Definir el valor de la densidad electrónica más apropiada para ajustar a la situación real el comportamiento de la radiación en el ITV. Revisión bibliográfica: (2 meses)
2. Revisión de 10 planificaciones ya realizadas introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV. (6 meses)
3. Comparar las planificaciones tras la modificación (2 meses):
Cobertura del ITV igual o mejor
Reducción de dosis en OR
Reducción de tiempos de tratamiento
4. Obtención de conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Octubre 2018. (2 meses)

Proyecto: 2018_0219 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0249 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

2. RESPONSABLE ..... DAVID VILLA GAZULLA
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FONT GOMEZ JOSE ANTONIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· GANDIA MARTINEZ ALMUDENA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· LOZARES CORDERO SERGIO. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· ALBA ESCORIHUELA VERONICA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· JIMENEZ PUERTAS SARA. RADIOFISICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Existen pacientes en nuestro servicio cuyo plan de tratamiento radioterápico implica la existencia de dos fases de irradiación: Una primera fase inicial que denominamos "plan base" en la que a todos los volúmenes de tratamiento se les administra la misma dosis absorbida y una segunda fase que denominamos "plan boost" que sirve para aumentar la dosis en una región determinada (que suele ser el lecho quirúrgico de un tumor maligno) y que se administra posteriormente a la primera y que involucra a los volúmenes que ya han sido irradiados en la primera fase.

Aunque la intencionalidad de la primera fase es administrar la dosis de prescripción de la manera más homogénea posible, siempre hay que admitir una cierta heterogeneidad en la dosimetría clínica asociada, de modo que existirán zonas sobredosificadas e infradosificadas en los volúmenes de tratamiento.

Dicha heterogeneidad debe ser tenida en cuenta por la segunda fase de tratamiento y compensar de alguna manera los excesos y defectos de dosis que provienen de la primer parte. Se realiza por tanto un plan de intensidad modulada que intenta realzar y homogeneizar la dosis en un determinado volumen de tratamiento.

Estos planes de tratamiento de dos fases son denominados "BIAS" en el sistema de planificación MONACO v. 5.11 que estamos utilizando para el cálculo de las dosimetrías clínicas.

Previamente a este estudio, se han detectado anomalías en la forma de las segmentaciones de los planes de intensidad modulada (IMRT) propuestos por el planificador. Incluso en algunos casos, el cálculo no es capaz de llegar a una solución apropiada para los requerimientos de dosis de prescripción establecidos.

La finalidad de este proyecto es realizar un estudio de los parámetros de cálculo de los planes "BIAS" de Monaco para identificar qué variables están afectando tanto positiva como negativamente a la administración de los mismos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Todos los pacientes del Servicio de Radioterapia cuyo esquema de tratamiento implique la administración de dos fases (localizaciones de cabeza y cuello, cadenas ganglionares pélvicas, etc...) se verían beneficiados por los resultados de este estudio, debido a que el proyecto persigue identificar cuáles son los parámetros más relevantes que permiten obtener una mayor calidad en la dosimetría clínica en estos casos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Como se trata de evaluar los parámetros del sistema de planificación de tratamientos Monaco v. 5.11 para obtener una dosimetría clínica en planes con dos fases, vamos a aislar la variable paciente-dependiente simulando un único paciente a través de un estudio de imagen CT del maniquí CATPHAN que se suele utilizar en el control de calidad de los tomógrafos 3D convencionales. Sobre estas mismas condiciones iniciales se irán creando diferentes planes de tratamiento sobre dos volúmenes cilíndricos contorneados en el CT, con unos valores determinados de los parámetros que conforman el plan así como la dosis de prescripción y su fraccionamiento, de forma que en el análisis comparativo de los diferentes planes se puedan obtener conclusiones acerca de los parámetros estudiados y cómo afectan esos cambios sobre la calidad del plan.

Los resultados y conclusiones del estudio se pondrán en conocimiento de todos los facultativos del Servicio de Física y Protección Radiológica mediante sesiones informativas, para estandarizar la forma de proceder en la realización de dosimetrías clínicas en pacientes con dos fases de tratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Prescripción y fraccionamiento de la primera fase: Plan base.
-Prescripción y fraccionamiento de la segunda fase: Plan Boost.
-Definición de 10 puntos de interés con sus 3 coordenadas espaciales sobre el CT de planificación teniendo en cuenta dosimetría de plan base: 5 puntos de sobredosificación y 5 puntos de infradosificación sobre dosis de prescricpión.

Proyecto: 2018_0249 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

-Evaluación de diferencias de dosis entre las dosis de los 10 puntos de interés de cada plan y las dosis de prescripción establecidas.
-Número de Unidades Monitor (UM) totales de plan.
-Factor de modulación del plan.
-Índice de homogeneidad del plan.
-Índice de conformación del plan.

Resultados en función de la dosis de prescrpción, fraccionamiento, parámetros de modulación de la intensidad del plan.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración total: 1 año.

-Obtención del CT y contorneo de volúmenes de tratamiento: 1 mes.
-Creación de diferentes planes con variación de parámetros: 6 meses.
-Análisis de resultados: 3 meses.
-Informe e implementación en el servicio: 2 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0209 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA GARCES CARDOS
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· SANCHO GARCIA MARIA MAR. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· VALER PELARDA ANA CARMEN. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· DEL PIE DIESTRE NURIA MARIA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En nuestra práctica diaria, nos encontramos con niños que por su diversa patología (parálisis cerebral infantil, hipotonías inespecíficas, enfermedades neuromusculares…), no tienen un buen control postural, lo que les impide el desarrollo de otras habilidades tales como la manipulación, alimentación y/o desplazamiento.
Del mismo modo, el mantenimiento de posturas incorrectas provoca deformidades, acortamientos músculo-esqueléticos, y que se produzcan cargas asimétricas y posturas compensatorias.
Además, la ausencia de bipedestación en niños a partir de 12-15 meses, conlleva el incorrecto modelaje de la articulación de cadera, provocando un gran riesgo de displasia de cadera y subluxación.
Los sistemas de posicionamiento elaborados con yeso, nos permiten mantener al niño en una posición adecuada, que facilita funciones básicas como la alimentación y la respiración, así como otras habilidades funcionales como la manipulación, juego… También ayuda a prevenir la aparición de patrones posturales incorrectos incrementando la libertad de movimiento y el bienestar.

La incorporación de estos dispositivos al trabajo fisioterapéutico diario y al ámbito domiciliario del niño, permite alcanzar de forma más temprana los objetivos de tratamiento, lo que se traduce en un menor número de sesiones de tratamiento en el hospital, además de favorecer la autonomía del niño y aumentar su bienestar y el de su familia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar la eficacia del tratamiento fisioterápico en este perfil de pacientes y dotarles de la máxima autonomía posible.

La población diana sería:
• EDAD: niños hasta tres años de edad o hasta escolarización en colegios de educación especial o de integración motora.
• SEXO: ambos sexos.
• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: Cualquier patología que provoque alteraciones en la postura de sedestación, o implique la necesidad de colocar en bipedestación a un niño que no es capaz de mantener esta posición, o al menos, no de una forma correcta.
Patologías en las que se haga necesario trabajar ajustes posturales en cadera y tobillo para mejorar el equilibrio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Identificación precoz de los niños a los cuales un sistema de posicionamiento les facilitaría la consecución de sus funciones básicas y habilidades funcionales.
• Realización de una valoración individualizada para decidir cuál es el sistema de posicionamiento más adecuado para su caso.
• Elaboración del dispositivo con vendas de yeso, moldeándolas sobre el cuerpo del niño, para poder personalizarlo y ajustarlo a las necesidades particulares de cada uno.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
• Nº de dispositivos realizados:
o Asientos pélvicos
o Standings
o Mini-standings
• Escala de satisfacción de la familia: se utiliza una escala Likert con 5 niveles que van desde “muy insatisfecho” a “muy satisfecho”.

La evaluación se realizará anualmente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0209 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Se realizará una formación en la realización de estos dispositivos de posicionamiento a todos los fisioterapeutas que trabajan en la Unidad de Fisioterapia Infantil.
La actividad no será programada, sino que se llevará a cabo cuando se detecte la necesidad de realizar algún tipo de sistema de posicionamiento en los pacientes.
El grupo tiene vocación de perdurar en el tiempo puesto que se trata de una mejora en la calidad asistencial de estos pacientes.

9. OBSERVACIONES.
Además de los beneficios terapéuticos, los sistemas de posicionamiento con yeso tienen la ventaja de su bajo coste económico, teniendo en cuenta, que por la edad de estos pacientes y su rápido crecimiento deben ser sustituidos cada seis meses aproximadamente.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0514 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DEL SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO. FACTORES PREDICTORES CLINICOS Y ECOGRAFICOS DE EXITO TERAPEUTICO DE LA INFILTRACION DE CORTICOIDES

2. RESPONSABLE ..... ANTONIA PILAR SORIANO GUILLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAYAYO SINUES ESTEBAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. RADIODIAGNOSTICO
· VELLOSILLO ORTEGA JUAN MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· ABAD MARCO ANA ISABEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· ALZUET LAZARO VANESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· MUÑOZ DE LA TORRE ELENA. MIR. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El síndrome del túnel del carpo (STC) es la neuropatía más frecuente de los miembros superiores y se debe a la compresión del nervio mediano en el túnel carpiano. El diagnóstico se basa principalmente en los hallazgos clínicos y la electromiografía (EMG). Aunque la EMG es muy específica, se puede obtener una precisión diagnóstica del 80-90% con un porcentaje de falsos negativos en torno al 10-20%.
En los últimos años se ha comenzado a utilizar la ecografía del nervio mediano como técnica diagnóstica debido a las potenciales ventajas que presenta sobre la EMG en el diagnóstico del STC, entre ellas cabe citar: menores costes y tiempo de exploración, mejor tolerancia por el paciente, información etiológica y posibilidad de tratamiento mediante intervención guiada.
El uso de infiltraciones de corticoides en el manejo de pacientes con diagnóstico de síndrome de túnel carpiano (STC) es una técnica ampliamente utilizada. El éxito terapéutico de esta técnica es muy variable, tanto en términos de reducción de la sintomatología como de duración de la misma, desconociéndose qué factores las modifican.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El propósito del presente estudio es determinar el peso individual de las variables potencialmente asociadas al éxito terapéutico de las infiltraciones de corticoides en pacientes con STC, utilizando la modificación porcentual del cuestionario de Boston como variable respuesta principal y hallazgos ecográficos. Establecer la tasa de éxito y por ello la necesidad de intervención quirúrgica.
Se realizará un estudio retrospectivo sobre una cohor¬te de pacientes diagnosticados de STC, entre 2018 y 2019, en la Unidad de Musculoesquelético del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
El proyecto involucra a los servicios de medicina física y rehabilitación y radiodiagnóstico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
A los pacientes con sospecha de STC se les indica una ecografía musculoesquelética de carpo y mano, y una prueba electrofisiológica de velocidad de conducción del nervio mediano. La ecografía de carpo y mano será realizada por un único operador con el mismo equipo ecográfico, con una sonda lineal de 8.0 a 12 MHz. Los estudios electrofisiológicos serán realizados en el servicio de neurofisiología del hospital Miguel Servet de Zaragoza.
La indica¬ción de infiltración no está protocolizada dentro del manejo de estos pacientes, sin embargo, se lleva a cabo por un único rehabilitador por indicación del clínico a cargo de cada paciente.
.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para el estudio escográfico: Se explorará el nervio mediano en todo el recorrido del túnel carpiano de forma transversal y longitudinal. Se obtendrán imágenes en tres áreas topográficas: a la altura de la articulación radiocubital, a la altura del hueso grande y distal a él (niveles proximal, medial y distal respectivamente). En cada una de estas regiones se medirá: el AST, que se calcula con marcadores digitales trazando el margen en torno al nervio internamente al perineurio; el índice de tumefacción (AST medial/AST distal); el desplazamiento palmar, medido como la distancia entre una línea que une el borde superior del trapecio y del ganchoso y el ápex del retináculo flexor, y los ejes transversos mayor y menor; power-doppler (PD).
Para el estudio de satisfacción, la molestia percibida por el paciente, tanto durante la ecografía como en la EMG, se valorará mediante escalas visuales analógicas (EVA) del 0 (sin dolor o molestias) al 100 (dolor insoportable).
Para evaluar la situación clínica: el cuestionario de Boston es una herramienta de fá¬cil aplicación.
La variable de respuesta será la modificación porcentual de la puntuación en el cuestionario de Boston (MPCB) a los tres meses después de la infiltración (+/- 3 semanas). La modi¬ficación porcentual se calculará de la siguiente forma: MPCB = (CB final - CB inicial)/CB inicial. El signo ne¬gativo corresponde a un porcentaje de mejoría y el signo positivo a un porcentaje de empeoramiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha prevista de inicio de detección de pacientes, realizar diagnóstico y tratamiento a partir de mayo de 2018.

Proyecto: 2018_0514 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DEL SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO. FACTORES PREDICTORES CLINICOS Y ECOGRAFICOS DE EXITO TERAPEUTICO DE LA INFILTRACION DE CORTICOIDES

Se irá realizando la recogida de variables a partir de junio de 2018 y los cambios ecográficos tras infiltración a partir de agosto de 2018.
Se analizarán los datos en marzo-abril 2019.
El plan de comunicación de los datos se realizará en mayo de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0955 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLICAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEURORREHABILITACION

2. RESPONSABLE ..... ELVIRA PEZONADA UTRILLA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOU MORENO CRISTINA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· FERNANDEZ SIMON FATIMA. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· RAMO CERVERA MARIA PILAR. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· LAFUENTE SERRANO VIRGINIA. TCAE. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· FERRANDO MARGELI MERCEDES. FISIOTERAPEUTA. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· JARIOD GAUDES RICARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes con Daño Cerebral Adquirido (DCA) y Lesión Medular (LM) ingresados en la planta de neurorrehabilitación (PNR) del H M. Servet de Zaragoza (HUMS), no incorporan habilidades conseguidas durante las sesiones de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional durante el resto de la jornada.
Los pacientes con DCA y LM, ingresados en la PNR del HUMS, que reciben tratamiento de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, consiguen durante las sesiones aumentar su nivel de autonomía. Cuando vuelven a la habitación, retoman el rol de paciente pasivo que precisa mucha ayuda del personal de la planta y de sus familiares.

PROFESIONALES/PACIENTES AFECTADOS

? Pacientes LM ingresados en la PNR del HUMS.
? Pacientes con DCA ingresados en la PNR del HUMS.
? Familiares y cuidadores de los pacientes con DCA y LM ingresados en la planta de neurorrehabilitación del HUMS
? Enfermeras, TCAE y celadores de la planta de neurorrehabilitación del HUMS.
? Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas.

CAUSAS
Por parte de personal de planta, hay un desconocimiento de las habilidades del paciente, por la falta de comunicación entre profesionales.
Por parte del paciente tiene una actitud pasiva en la mayoría de los casos, debido a la creencia de que esta en el hospital para estar atendido en todas sus necesidades, así no pone en marcha sus aprendizajes y porque la familia suele ser sobre protectora.

CONSECUENCIAS
? El proceso de autonomía del paciente se alarga.
? Aumenta el tiempo de ingreso.
? Dificultad de los familiares y cuidadores para manejar la situación de discapacidad del paciente.
? Sobrecarga del personal de la planta.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar y mejorar el grado de conocimiento del personal de la planta de las habilidades del paciente.

Conseguir que el paciente ingresado en la planta de neurorrehabilitación, integre las habilidades adquiridas con el tratamiento en las unidades de Terapia ocupacional, Fisioterapia, Logopedia y Enfermería, para su aplicación durante su estancia en el hospital durante toda la jornada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar de los profesionales implicados, una terapeuta ocupacional, una fisioterapeuta, una TCAE, un enfermero y un logopeda. Este grupo estará liderado por la terapeuta ocupacional que será asignada según necesidades del servicio.
? Diseño de un formato “Hoja control habilidades adquiridas por pacientes con DCA” basado en una modificación de la escala Barthel, para recoger y trasmitir la información sobre las habilidades del paciente con DCA a todo el personal de las diferentes unidades.
? Diseño de un formato “Formato Hoja control habilidades adquiridas por pacientes con LM” basado en una modificación de la escala SCIM, para recoger y trasmitir la información sobre las habilidades del paciente con LM a todo el personal de las diferentes unidades.
? Diseño de un formato de objetivos semanales a conseguir por el paciente, para transmitir la información a estos y a sus familiares.
? La terapeuta ocupacional asignada, recoge información de logopedas, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas sobre las habilidades adquiridas por los pacientes durante la semana en las sesiones de tratamiento y las anota en los formatos anteriormente citados que quedan a disposición de todos los profesionales para su consulta y modificación. Será la responsable de custodiar los formatos y transcribir los

Proyecto: 2018_0955 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLICAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEURORREHABILITACION

datos al formato digital. Se le asignarán 2,5 horas semanales dentro de su jornada laboral para actualizar la información y solventar las incidencias.
? Todos los profesionales anotarán los cambios u observaciones sobre los avances de los pacientes en estos formatos.
? El grupo multidisciplinar se reunirá una vez a la semana. Se pone en común en qué punto del tratamiento está y cómo evoluciona el paciente, si ha conseguido los objetivos semanales, así como los objetivos específicos a conseguir marcados para la siguiente semana. Se revisan también las incidencias que surgen entre el equipo de enfermería (TCAE y enfermeras) y los pacientes al aplicar la recuperación integral continuada.
? Todos los integrantes del equipo son los encargados de trasmitir la información relevante a sus compañeros, así mismo, los diferentes profesionales se encargarán de informar a los pacientes/familiares de los objetivos a conseguir en sus respectivas áreas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
? % de pacientes ingresados en la planta de neurorrehabilitación de los que se cumplimentan los formatos correspondientes.

Numerador: nº de pacientes con los formatos cumplimentados
Denominador: nº de pacientes totales ingresados en la planta de neurorrehabilitación.
Estándar: 95%

• Número de semanas que tarda el paciente en utilizar en la planta los objetivos propuesto por el equipo.
Nº de semanas: 2

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actualmente al grupo de trabajo está constituido y se han diseñado los formatos. Se recogerán los datos del segundo semestre de 2018, para evaluar la eficacia de la medida adoptada. Si se demostrara su eficacia se instaurará en el servicio como práctica habitual.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1496 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GARCIA GALAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· CALVO VILLAS JOSE MANUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ARAGÜES BRAVO CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· PEÑA GIMENEZ ANA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REHABILITACION
· SIGÜENZA ARNEDO CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La afectación osteoarticular en los pacientes con hemofilia puede ocasionar un deterioro de la calidad de vida de los mismos. En las formas graves un 90% de los episodios hemorrágicos afectan al sistema musculo-esquelético, estando afectadas diferentes articulaciones en el 80%. Los episodios iniciales de hemartros se producen en la infancia al iniciar la deambulación y se pueden reiterar a lo largo de toda la vida del paciente. Un factor crítico para evitar la artropatía hemofílica es la detección y el tratamiento precoz de la afectación del sistema musculo-esquelético en los pacientes con hemofilia.
El objetivo primordial en estos pacientes es mantener las articulaciones con el rango articular libre, mejorar el tono muscular, así como prevenir secuelas y deformidades que puedan causa incapacidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Establecer una asistencia multidisciplinar y colaborativa al paciente hemofílico entre el servicio de Rehabilitación y el de Hematología del HUMS.
2. Prevenir la afectación articular en los pacientes hemofílicos atendidos en el Hospital Miguel Servet.
3. Detección precoz de los signos de afectación articular hemofílica (inflamación, sinovitis y/o artropatía establecida). Identificar los pacientes con artropatía establecida que puedan beneficiarse de terapia rehabilitadora.
4. Establecer un tratamiento precoz en los pacientes con criterios de terapia rehabilitadora.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Crear un grupo de trabajo entre los servicios de Hematología y Rehabilitación.
2. Establecer una consulta conjunta mensual entre los servicios de Hematología y Rehabilitación del HUMS para la atención del paciente con hemofilia.
3. Confeccionar un documento informativo para prevenir o mejorar las manifestaciones osteoarticulares de la hemofilia.
4. Presentación del proyecto de mejora en sesión clínica a los servicios implicados.
5. Encuesta de satisfacción a los pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Número de pacientes con hemofilia A y B graves atendidos en consulta de Rehabilitación /Número total de pacientes con hemofilia grave.
Objetivo: 50% pacientes el primer año
• Número de pacientes hemofílicos que inician el tratamiento rehabilitador en menos de 28 días / Número de pacientes hemofílicos a los que se pauta tratamiento rehabilitador.
Objetivo: 80% de los pacientes que inician rehabilitación en < 28 días
• Realización de un documento informativo consensuado entre los servicios de Hematología y Rehabilitación.
Objetivo: documento realizado y difundido.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
• Consolidar el grupo de trabajo multidisciplinar: Septiembre 2018.
• Crear consulta multidisciplinar: Octubre 2018.
• Elaborar documento informativo: Diciembre 2018.
• Valoración de indicadores: Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_1496 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hemofilia A y B
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0216 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE LOS PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... ANGELA PECONDON ESPAÑOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELTRAN AUDERA CHESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· LESTA ARNAL ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MEDRANO SANILDEFONSO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MERIÑO IBARRA ERARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· NIETO VICENTE MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· VAZQUEZ GALEANO CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El servicio de salud aragonés ha puesto en marcha recientemente una vía de derivación de los pacientes desde atención primaria a especializada con el objetivo de aumentar la eficiencia y la calidad de la asistencia, a través de una interconsulta on line de los dos niveles.
Para nosotros es una oportunidad de mejora en la organización funcional del servicio que nos va a permitir entre otras cosas dirigir de forma más específica determinadas patologías hacia consultas monográficas. Es por eso que queremos recabar información de distintos aspectos, algunos relativos a la actividad y otros para detectar deficiencias de funcionamiento y así poder subsanarlas en el futuro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Conocer el nº de consultas online recibidas durante el año 2018
2. De ellas hacer un análisis para:
a. Saber qué proporción de pacientes han sido remitidos a las consultas de reumatología general
b. Conocer qué cantidad hacia las unidades monográficas (EAS, OP, artritis precoz...).
3. Detectar el porcentaje de pacientes cuya derivación no ha sido adecuada y por lo tanto devueltos a AP
a. Por falta de información clínica (no se le ha solicitado mínimas pruebas complementarias…)
b. Por uso inadecuado de la canalización como es el caso de solicitar revisiones.
c. Porque la derivación no se ciñe a los protocolos UME (desconocimiento)
4. Qué cantidad de consultas han sido resueltas completamente por esta vía, sin precisar cita presencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Recogida diaria de los datos a través de una hoja de Excel por cada uno de los facultativos que realicen la tarea on line con ayuda de personal administrativo (secretaria), que será la persona encargada de trasladarlos a la hoja de cálculo.
2. Análisis de resultados cuatrimestralmente.
3. Información de los resultados a todos los miembros del servicio en sesión clínica cuatrimestralmente.
4. En relación a los resultados obtenidos, realización de propuestas de mejora por los miembros del servicio y del grupo de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº total de consultas on line realizadas en el año 2018
2. % de pacientes remitidos a las consultas de reumatología general (nº pacientes remitidos a consultas de RG/nº total de consultas on line)
3. % de pacientes derivados a las consultas monográficas (nº pacientes remitidos a unidades monográficas/nº total de consultas on line).
4. Número total de derivaciones no pertinentes, devueltos a AP
5. % de pacientes cuya derivación no ha sido adecuada (nº pacientes devueltos a AP) /nº total de consultas on line)
a. % de pacientes remitidos sin información clínica relevante (pacientes remitidos sin información clínica relevante/ número total de derivaciones no adecuadas)
b. % uso de canal derivación para revisiones (nº pacientes remitidos por revisiones/ número total de derivaciones no adecuadas)
c. % derivaciones que no se ciñen a los protocolos UME (unidad musculo-esquelética) (nº de derivaciones que no se ciñen a los protocolos UME / número total de derivaciones no adecuadas)
6. Nº total de consultas on line resueltas completamente sin precisar citación presencial.
a. % de consultas resueltas completamente (nº de consultas resueltas on line /nº total de consultas on line)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. La duración será de un año (2018)
2. Recogida diaria de la información. Responsables Srta. Mª Jesús Nieto Vicente (administrativa) y los facultativos encargados de la recepción de las consultas on line (Dres: Lesta Arnal, Medrano San Ildefonso,

Proyecto: 2018_0216 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE LOS PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA

Meriño Ibarra, Vázquez Galeano, Pecondón Español)
3. Análisis de los resultados: abril, agosto y diciembre. Responsable Dra. A. Pecondón
4. Información de los resultados a los miembros del servicio cuatrimestralmente en horario de sesión clínica, donde se harán las propuestas de mejora (Responsable Jefe de servicio Dr. Manero).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_0217 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZALIZACION ON LINE

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELTRAN AUDERA CHESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· LESTA ARNAL ALVARO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MEDRANO SANILDEFONSO MARTA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· MERIÑO IBARRA ERARDO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· NIETO VICENTE MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· PECONDON ESPAÑOL ANGELA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA
· VAZQUEZ GALEANO CARLOS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El servicio de salud aragonés ha puesto en marcha recientemente una vía de derivación de los pacientes desde atención primaria a especializada con el objetivo de aumentar la eficiencia y la calidad de la asistencia, a través de una interconsulta on line de los dos niveles.
Para nosotros es una oportunidad de mejora para disminuir la variabilidad en las respuestas a los facultativos de AP en cuanto al manejo de determinadas patologías muy prevalentes: Osteoporosis, Fibromialgia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Aportar a los facultativos de AP información uniforme desde nuestro servicio sobre el manejo de los pacientes con OP y cuando derivarlos a Reumatología
2. Proporcionar a los facultativos de AP información uniforme desde nuestro servicio sobre el manejo de los pacientes ya diagnosticados de fibromialgia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaboración de documento para el manejo de pacientes con OP, que incluya: información precisa sobre:
a. Población de riesgo: Screening densitometría ósea (DXA).
b. ¿A quién tratar? FRAX. Niveles de riesgo de fractura
c. Opciones terapéuticas.
d. ¿Cuándo remitir a especializada?
e. ¿Con qué frecuencia y como se recomienda hacer el seguimiento? DXA, utilidad de los marcadores remodelado.
2. Realización de documento sobre el manejo en AP de los pacientes ya diagnosticados de fibromialgia
3. Evaluación del porcentaje de consultas on line que se resuelven correctamente con este formato de respuesta

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº total de consultas on line sobre osteoporosis realizadas a partir de abril del 2018 (antes no disponemos de información)
2. % de consultas on line sobre OP que se resuelven correctamente (nº consultas on line que se resuelven/nº total de consultas on line sobre OP)
3. Nº total de consultas on line sobre Fibromialgia realizadas a partir de abril del 2018 (antes no disponemos de información)
4. % de consultas on line sobre fibromialgia que se resuelven correctamente (nº consultas on line que se resuelven/nº total de consultas on line sobre fibromialgia)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. La duración prevista será de marzo 2018 a diciembre 2018.
2. Elaboración del documento sobre manejo de la Osteoporosis que será consensuado después por el resto de los facultativos y el jefe de servicio. Marzo/abril 2018. Responsable de la elaboración Dr. Beltrán Audera.
3. Elaboración del documento sobre manejo de la Fibromialgia, que será consensuado después por el resto de los facultativos y el jefe de servicio. Marzo/abril 2018. Responsable de la elaboración Dr. Marzo Gracia.
4. Análisis de los resultados: junio y diciembre del 2018. Responsable Dra. A. Pecondón
5. Información de los resultados a los miembros del servicio en horario de sesión clínica, donde se harán propuestas de mejora si es caso. (Responsable Jefe de servicio Dr. Manero).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2018_0217 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZALIZACION ON LINE

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2018_0148 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD

2. RESPONSABLE ..... ISABEL OSTABAL ARTIGAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI POLIVALENTE
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO BAYONA ISABEL. TCAE. H MIGUEL SERVET. UCI POLIVALENTE
· VILLANUEVA FALO CASIMIRO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI POLIVALENTE
· LINARES CASTRO ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI POLIVALENTE
· BERNI RUIZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI POLIVALENTE
· BERNI RUIZ ROCIO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. UCI POLIVALENTE

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) constituye un problema de alta prevalencia y elevados costes económicos para la sanidad española. Países más concienciados que el nuestro en este tema como es Holanda llevan décadas estableciendo estrategias en todos los niveles sanitarios para detectar los casos y tratarlos. Se calcula que entre el 25 y el 35% de los pacientes la padecen en el momento del ingreso hospitalario, hecho no asumible si pensamos que estos enfermos ingresan en el hospital ya desnutridos y se les va a someter a terapias intervencionistas o cirugías que producen una reacción inflamatoria sistémica severa, mermando todavía más su situación inicial. También se sabe que un 9,6% del total de pacientes que son egresados del hospital, sufren desnutrición moderada o severa, que previamente no tenían y que merma su recuperación y su calidad de vida.
La desnutrición puede ser la causa y consecuencia de la enfermedad y lleva peores resultados en salud en todos los niveles asistenciales. El riesgo nutricional tiene consecuencias:
- Para el paciente que pierde calidad de vida, y aumenta su morbilidad y mortalidad por complicaciones como las dehiscencias de suturas, las úlceras de decúbito, las infecciones, la insuficiencia respiratoria y la sarcopenia.
- Para el profesional, que se tiene que enfrentar a un paciente más frágil, complicado y con menos garantías de éxito.
- Para la institución, el tratamiento de un paciente desnutrido puede costar hasta un 50% y la estancia media prolongarse.

Actualmente, la Unión Europea junto con todos sus países miembros incluidos España, han liderado el proyecto alianza más nutridos, cuya misión es concienciar a todos de este grave problema, de sus consecuencias, establecer métodos de cribado en todos los niveles asistenciales, valorar al paciente desnutrido y tratarlo, para mejorar resultados y reducir gastos.Un paciente para el cual conservar un buen estado nutricional es fundamental es el paciente crítico, dado que durante su estancia en Uci se somete a riesgos de desnutrición que terminan en muchos casos depauperando al paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
REALIZAR UN REGISTRO DE LA DRE AL INGRESO, DURANTE EL INGRESO Y AL ALTA, PARA PODER DISPONER DE UNA BASE DE DATOS QUE NOS DE INFORMACIÓN DEL PROBLEMA

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-APLICACION DE DISTINTAS ESCALAS Y CONTROL DE PARAMETROS NUTRICIONALES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA EL REGISTRO DE DRE/Nº DE PACIENTES INGRESADOS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DESDE 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1027 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

2. RESPONSABLE ..... DOLORES ABOS OLIVARES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES GRACIA ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· ALVAREZ RUIZ SOLEDAD. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· FALGAS LACUEVA MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· DELGADO CASTRO MONTSERRAT. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· TARDIN CARDOSO LETICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· SANGROS SAHAUN MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· RAZOLA ALBA PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La creación de la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón representa una oportunidad de mejora en la provisión de servicios altamente especializados, unificando los procedimientos técnicos y homogeneizando la atención al conjunto de la población aragonesa.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Revisar y actualizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Medicina Nuclear
- Homogeneizar los procedimientos diagnósticos en la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Selección de los procedimientos que se van a revisar y de los documentos vigentes
- Selección revisor
- Normalización y revisión de los procedimientos
- Puesta en común entre los profesionales de la Unidad
- Incluir sugerencias
- Normalización a la Unidad y envío a las Unidades de Calidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de procedimientos revisados/ Número total de procedimientos
2018: 50%
2019: 100%
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.

La evaluación de indicadores se hará en diciembre de los años 18 y 19

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.
La responsable de su implantación será la responsable del programa.
Se evaluarán los distintos protocolos dioagnósticos y terapéuticos de la Unidad, comunicándose modificaciones, si las hubiera, a los miembros del equipo.

9. OBSERVACIONES.
Proyecto de la nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón, por lo que implica los dos hospitales universitarios de Zaragoza: HCULB y HUMS y a todas los Sectores sanitarios que abarcan.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patología a valorar en un Servicio de Medicina Nuclear
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1387 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE INSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA TRILLO MARTINEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO ESCRIBANO MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. COMISION DE DOCENCIA
· GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA. MIR. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· SOLANO BERNAD VICTOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· PABLO CEREZUELA FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. AFYC
· SANCHEZ GARCIA DOLORES MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. AFYC
· NOYA CASTRO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. SUBDIRECCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los procesos de selección y provisión de puestos de trabajo en la C.A. han multiplicado los requerimientos de certificados. Al no existir unas instrucciones previas, se han detectado problemas para tener evidencias que permitan realizar una valoración objetiva, por tanto, es necesario realizarlas, estableciendo un protocolo con criterios explícitos y objetivos que eviten discriminaciones y facilitando la labor al personal que debe realizarlos. La Resolución 11/4/18 de la D.G. de asistencia sanitaria del Dpto. de Sanidad del Gob. de Aragón regula las comisiones clínicas y grupos de trabajo en los centros sanitarios y aporta criterios que deberán incorporarse, además la tramitación electrónica según la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de procedimiento, debe constituir la actuación habitual de las AAPP,sirve mejor a los principios de eficacia y eficiencia, y refuerza las garantías de los interesados. La constancia de documentos y actuaciones en un archivo electrónico facilita el cumplimiento de las obligaciones de transparencia, y permite ofrecer información puntual, ágil y actualizada.Por ello se van a informatizar los modelos de solicitud de la UCA, dando así a los solicitantes mayor facilidad para su obtención.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realización de instrucciones consensuadas con la Dirección para su conocimiento por todo el personal para realizar certificados con seguridad, objetividad y transparencia.Facilitar al personal de la Unidad la confección de certificados, consiguiendo un mejor aprovechamiento del tiempo y una mayor calidad de la actividad.
Mejorar el cauce de solicitud con la eliminación progresiva del papel y el consiguiente ahorro que conlleva: espacio para almacenar documentación, en trabajos de administración, tiempo y dinero. Acercar a los solicitantes la Unidad facilitando los impresos, la descarga del documento, cumplimentación y envío que se podrá realizar durante las 24 h.Conseguir mayor eficacia en la realización de los certificados al tener toda la información digital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones periódicas del equipo para establecer las líneas y el diagrama de solicitud de certificados. Despliegue de los requisitos a solicitar para la justificación de la emisión de los certificados. Archivo de documentación en Base de datos. Creación de instrucciones disponibles en la web detallando el proceso de solicitud y las formas de contacto con la UCA. Incorporación a la web de los informes y solicitudes en formato Word y un acceso de solicitud electrónico. Reestructuración del contenido web del Sector II en el apartado de Calidad. Acuerdo con Dirección. Publicidad en intranet y correos a personas clave para su difusión.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A partir de la realización será necesario su cumplimiento para todos los certificados. Se utilizarán como indicadores:Número de reuniones del grupo de trabajo en los 12 meses. Estándar: 6. Certificados realizados cumpliendo los requisitos necesarios / total de certificados. Grado de cumplimiento 100%.Solicitudes realizadas “on line” / total de solicitudes. El estándar a alcanzar sería obtener un porcentaje superior al papel con su desarrollo (60%), aunque al ser el primer año se establece un porcentaje del 30% como éxito de la implantación.Seguimiento diario con las recepciones de solicitudes (100%).Encuesta de satisfacción en último trimestre. Satisfacción global de los solicitantes >80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2018: inicio de las reuniones periódicas del grupo de trabajo
Julio-Septiembre 2018: realización de borrador de instrucciones y de los modelos normalizados y reestructuración contenido web.
Octubre 2018: evaluación del trabajo y consenso del equipo de trabajo.
Noviembre 2018: difusión de las instrucciones en Intranet y por correo, e implantación de las mismas así como de los catálogos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1387 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE INSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1099 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE) 2ª PARTE

2. RESPONSABLE ..... MARILOURDES DE TORRES AURED
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE DIETETICA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ MOLINA CONSUELO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· FRANCES PINILLA MARINA. ENFERMERO/A. CS ARRABAL. ATENCION PRIMARIA
· VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS ACTUR NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL GUTIERREZ FLOR. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ JULIAN CRISTINA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA. ENFERMERO/A. CS ROMAREDA (SEMINARIO). ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Concluida con éxito la primera parte del proyecto por haber seleccionado y marcado las posibles entradas en el OMI para la aplicación de los métodos de cribado, hemos creído importante en que ahora debemos comenzar con la formación enfermera reglada, tanto en AP como eh hospitalaria. Y que se debe buscar el escenario pertinente, para hacerla extensiva en la sociosanitaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dado que contamos con la implicación y colaboración activa de las direcciones de enfermería de AP y de hospitalaria de los tres Sectores, se espera llegar a que el 80% de las enfermeras de AP y el 80% de las enfermeras de Unidades claves hospitalarias, estén formadas en la metodología del cribado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para la formación, se utilizará el método de seminario teórico sobre la DRE (causas, síntomas y consecuencias); más un taller práctico corto, en el manejo de los test de cribado MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) y MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment Short Form). De esta manera, las enfermeras estarán adiestradas en cómo deben explicar al paciente las características e importancia del cribado y la valoración nutricional, así como sus consecuencias en la mejora de calidad de vida.
El equipo del Proyecto de Mejora ya viene formado de la primera parte del proyecto, con lo que serán los docentes en las actividades formativas y participarán en el simposio sobre Cribado Nutricional enmarcado en la 10ª Jornada Aragonesa de Nutrición – HUMS, en noviembre de 2018.
Todas las sesiones de formación estarán debidamente acreditadas por la CFC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indicador a medir, es la aplicación correcta del manejo de cada una de los dos test de cribado elegidos, para población adulta (MUST) y población anciana (MNA-SF).
Evaluación: Tras cada sesión formativa, la enfermera asistente completará un test de preguntas ad hoc.
Regularmente, la coordinadora organizará reuniones de seguimiento y mejora de los planes formativos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Este proyecto es un modelo para la implementación generalizada -entre la enfermería aragonesa- de la metodología del cribado, hasta que seamos capaces de detectar la DRE en el 95%. En este segundo año se pondrán en marcha todos los métodos de formación detallados ut supra con el calendario descrito y adecuado a cada centro de trabajo con la correspondiente supervisora de Formación.
La primera reunión organizativa, está prevista para la segunda mitad de junio.

9. OBSERVACIONES.
El planteamiento de este proyecto, es que tenga continuidad al menos dos-tres años más, hasta que el objetivo esté cumplido y la valoración nutricional al ingreso en el hospital, o la aplicación del cribado nutricional en pacientes en riesgo, sea una herramienta más dentro de las intervenciones enfermeras de AP.
Este trabajo se centra en ancianos, institucionalizados o no, pero también en adultos con riesgo de desnutrición, que no puede marcarse en la pestaña "Población diana".

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Desnutrición primaria o colateral a alguna patología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1099 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE) 2ª PARTE

Proyecto: 2018_1047 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UUDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II. DOCENCIA POSTGRADO

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL BARCELONA TRIVEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE DOCENCIA Y FORMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO ESCRIBANO MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA. MIR. H MIGUEL SERVET. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· SOLANO BERNAD VICTOR. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· PABLO CEREZUELA FRANCISCO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. AFYC ZARAGOZA 2
· MONREAL HIJAR ANTONIO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. AFYC ZARAGOZA 2
· DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. AFYC ZARAGOZA 2

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Partiendo de las diversas peticiones de información docente por parte tanto de residentes actuales y futuros como de facultativos (colaboradores docentes y tutores), se detecta un área de mejora en la sección de la Comisión de Docencia del HUMS en la web del Sector II. La actualización, ampliación y reestructuración de la información docente en la web puede dar respuesta a la demanda de información solicitada reduciendo el número de peticiones y aumentando la difusión y el acceso a la información docente de las distintas unidades.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es optimizar la difusión de la información de las unidades docentes del HUMS en la web del sector II – Docencia Postgrado. Se espera conseguir que los futuros residentes puedan estar en contacto con los tutores de las distintas especialidades, pudiendo acceder así a una información más directa y fiable de las actividades que se llevan a cabo en cada servicio, así como del itinerario formativo de cada especialidad. Con la difusión de esta información se pretende acercar al futuro residente a la práctica habitual y a la docencia que oferta nuestro centro sanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Creación de un grupo de trabajo para trabajar el diseño con el que poder difundir la información docente.
-Reestructuración del contenido web del Sector II en el apartado de Comisión Docencia HUMS.
- Incorporación a la web de los itinerarios formativos de todas las UUDD.
-Incorporación en la web de información y modo de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/es de cada unidad docente.
-Incorporación de las memorias docentes aportadas por las distintas UUDD.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº de reuniones del grupo de trabajo realizadas en 12 meses: 6
- Reestructuración del contenido web del Sector II – Docencia Postgrado: Sí
- Nº itinerarios formativos incorporados a la web/ Nª unidades docentes: > 90%
- Nº de unidades docentes con información de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/ Nº unidades docentes: > 90%
- Nº de memorias docentes aportadas/ Nº unidades docentes: >90%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Junio 2018: reunión de trabajo inicial
Julio- Septiembre 2018: reestructuración contenido de Comisión Docencia HUMS en la web Sector II
Octubre-Diciembre 2018: incorporación de itinerarios formativos, contactos de Jefe de Servicio/Tutor y memorias de las unidades docentes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Residentes actuales y futuros interesados en realizar la estancia formativa de la especialidad médica, así como facultativos de las distintas UUDD
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1303 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRER CASTEJON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCES HORNA SILVIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· VERA GARCIA JOSE RAMON. GUARDIA DE SEGURIDAD. H MIGUEL SERVET. SEGURIDAD
· VICTORIA LIARTE FRANCISCO. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· LORDA OLIETE TERESA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· VAZQUEZ MENDOZA SONIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ABELLAN ANTOLIN JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El HUMS es el centro de referencia para pacientes procedentes de Centros penitenciarios. Dichos pacientes requieren una atención especial, debido a sus características personales y al motivo de su reclusión.
Se debe garantizar la seguridad y confidencialidad de estos pacientes dentro del centro hospitalario, así como la del resto de los pacientes, familiares y profesionales de nuestro servicio.
Todo ello, nos lleva a plantearnos el procedimiento de actuación ante la llegada de un paciente de estas características. Describiendo el circuito en el servicio de urgencias y de los profesionales implicados

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Coordinar y organizar la atención de los pacientes trasladados por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, clasificados como F.I.E.S (Instrucción 8/2009 Secretaría de Estado de Seguridad), para su atención en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet.
Velar por la custodia del interno, y que su atención en el servicio de urgencias no suponga un ningún riesgo para el resto de pacientes, familiares y personal del Hospital.
Mejorar la confidencialidad de estos pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Fase 1.- DE DESARROLLO DEL PROYECTO.
Desarrollo del " PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS."
Subdividido en varias fases;
- Diseñar un circuito asistencial diferenciado para este tipo de pacientes, teniendo en cuenta la estructura física y funcional de nuestro Servicio, para una mejor gestión de la confidencialidad y custodia.
- Consensuar la actuación de los diferentes profesionales implicados en la atención de estos paciente desde su llegada al Servicio y con los responsables de Seguridad de Hospital y de la Custodia del paciente.
- Plasmar el circuito asistencial previsto desde la salida del paciente del Centro penitenciario.
- Coordinar la llegada de los pacientes procedentes de Centros penitenciarios, cuando lo considere necesario el responsable del Servicio de custodia y traslado del cuerpo de Seguridad Correspondiente.
Fase 2.- DE DIFUSIÓN
- Sesiones formativas toda la plantilla del servicio.
- Difusión vía digital del procedimiento.
Fase 3.- FASE DE IMPLANTACIÓN
- Inicio de la utilización del circuito asistencial tras consenso de los profesionales implicados y definición de las estructuras del Servicio a utilizar
Fase 4.- consolidación y evaluación.
- Evaluar la implantación del protocolo y su viabilidad
- Modificar el circuito si se considera necesario
- Iniciar la medida de los indicadores de implantación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se evaluarán los siguientes indicadores:
• Activación del protocolo: Porcentaje de pacientes procedentes de Centros penitenciarios en los que se activa el traslado desde el centro penitenciario / total de presos atendidos en urgencias según el circuito diseñado x100
Sin estándar el primer año
• Tasa de fallos del circuito: Número de pacientes procedentes de Centros penitenciarios que pasan a sala de observación/ total de presos atendidos x100
Se establece un estándar inferior al 20%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fase 1.- Mayo a septiembre 2018
Fase 2.- Octubre 2018
Fase 3.- Noviembre 2018

Proyecto: 2018_1303 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fase 4.- Diciembre a Febrero 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA URGENTE
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1314 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL E.C.G. EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... PEDRO PARRILLA HERRANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ ESCOBEDO SONIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PEREZ CALVO ANA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· BERNAL SEBASTIAN PILAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· LAIN MERCADAL JUAN. INGENIERO/A. H MIGUEL SERVET. ELECTROMEDICINA
· MARRON TUNDIDOR RAFAEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· POVAR MARCO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Urgencias del H.U.M.S. dispone de un elevado nivel de informatización del proceso asistencial y de integración de la documentación clínica digitalizada en la H.C.E. a través del programa P.C.H. Uno de los aspectos todavía no incluidos en la historia clínica digital de los pacientes atendidos en urgencias es la imagen del trazado electrocardiográfico, ya que cuando se inició la informatización del Servicio de Urgencias carecíamos de los medios materiales y los recursos técnicos imprescindibles para la digitalización del E.C.G.
La digitalización del E.C.G. es un objetivo prioritario desde el punto de vista asistencial por su importancia para la toma de decisiones clínicas urgentes y para la continuidad de la asistencia tras el ingreso o el alta del paciente, y desde el punto de vista estratégico para conseguir el objetivo de la organización en avanzar en el desarrollo de la H.C.E.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del proyecto es conseguir que la imagen de los E.C.G. realizados durante el proceso de atención en el Servicio de Urgencias del H.U.M.S. queden almacenados en un soporte informático (imagen digitalizada) en la Intranet del Sector II y en la H.C.E. de Aragón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas para el desarrollo del proyecto son:
FASE 1: Resolución de los aspectos técnicos:
• Comprobar el correcto funcionamiento de la red wifi en todas las áreas asistenciales del Servicio de Urgencias
• Revisión de los equipos ECG y solución de incidencias técnicas
• Configuración correcta de los equipos ECG
FASE 2: Sensibilización y formación:
• Diseñar y distribuir un boletín informativo a todo el personal del servicio
• Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio
• Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos
FASE 3: Implantación: inicio de la digitalización del E.C.G.
FASE 4: Consolidación y evaluación
• Evaluar implantación
• Ampliar las sesiones de formación si fuera necesario
• Iniciar la medición de los indicadores de implantación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se evaluarán los resultados del proyecto mediante la monitorización del porcentaje de E.C.G. digitalizados utilizando como fuente de datos el software de gestión de General Electric (M.U.S.E.).
Definición del indicador: número de E.C.G. digitalizados / número de E.C.G. realizados x 100
Se establece un estándar del 80% para el primer año de implantación del proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se ha iniciado en Abril de 2018 y está prevista su finalización en Diciembre de 2018. El cronograma estimado es el siguiente:
FASE 1: Abril – Mayo 2018
Fase 2: Junio 2018 (primera quincena)
Fase 3: Junio 2018 (segunda quincena)
Fase 4: Julio – Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1314 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL E.C.G. EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Proyecto: 2018_1570 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

2. RESPONSABLE ..... HECTOR SANMARTIN ALLUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABORDA GARCIA INES. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PLANA FERNANDEZ BLANCA. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· PES LAGUNA MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· ASCASO MARTORELL CONCEPCION. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS
· FERNANDEZ LETAMENDI TERESA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Urgencias del H.U.M.S atendió en el año 2017 más de 30.000 pacientes en el área de boxes de traumatología. Los esguinces y traumatismos menores del miembro inferior suponen el 25 % de estos pacientes y durante su proceso asistencial se solicita una radiología simple en el 87% de los casos. Según las recomendaciones de “No hacer” de la SERAM, el esguince de tobillo es una de las lesiones articulares más frecuentes; sólo el 15% presentarán fractura ósea, mientras la solicitud de radiología simple supera el 85% en la práctica rutinaria.
Las ‘Reglas de Ottawa’ proceden de un análisis grupal desarrollado por el Dr. Ian Stiell (Ottawa Hospital, Canadá) y ofrecen evidencia y un algoritmo de decisión que permite identificar con alta fiabilidad los pacientes con probable de fractura en los que es necesario realizar la radiografía. Existen experiencias publicadas en las que la aplicación de un protocolo de triaje avanzado para el esguince de tobillo ha permitido reducir los tiempos asistenciales en estos pacientes y adecuar las indicaciones de la radiología, y consideramos que su implantación en nuestro servicio permitiría obtener los mismos resultados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este protocolo es identificar en el área de triaje a los pacientes con esguinces o traumatismos menores del miembro inferior que precisan de la realización de una radiografía simple del tobillo, rodilla o pie y establecer un circuito diferenciado para acortar el tiempo total de estancia en el servicio, al disminuir el tiempo de decisión clínica. Como objetivo secundario, se pretende adecuar las indicaciones de solicitud de estudio radiológico en estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las acciones previstas para el desarrollo del proyecto son:
FASE 1: Redacción y aprobación del protocolo de triaje avanzado:
• Elaborar del borrador del protocolo por el grupo de mejora de triaje del servicio
• Consensuar el protocolo con el servicio de radiología y traumatología
• Aprobación del protocolo por la Dirección y la Comisión de Tecnología
FASE 2: Diseño e integración del protocolo en la aplicación informática de historia electrónica de urgencias (P.C.H):
• Diseñar el formulario electrónico
• Integrarlo con los protocolos de triaje avanzado ya disponibles en el servicio
FASE 3: Difusión y formación:
• Distribuir el protocolo a todo el personal del servicio
• Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio
• Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos implicados
FASE 4: Implantación del protocolo
FASE 5: Consolidación y evaluación
• Evaluar implantación
• Ampliar las sesiones de formación si fuera necesario
• Iniciar la medición de los indicadores de implantación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se evaluarán los resultados del proyecto mediante la monitorización de los siguientes indicadores:
• Cumplimentación del protocolo: pacientes con el protocolo activado y check-list cumplimentado / total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión x 100
Se establece un estándar del 70% para el primer año de implantación del proyecto.

• Reducción del tiempo asistencial: diferencia entre la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes elegibles no incluidos en el protocolo y la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes incluidos en el protocolo
Estándar: > 30 minutos

• Tasa de estudios radiológicos: pacientes con criterios de inclusión en los que se realiza radiografía /

Proyecto: 2018_1570 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

total de pacientes con criterios de inclusión x 100
Estándar < 87%
Los datos se obtendrán de la aplicación informática P.C.H.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se ha iniciado en Marzo de 2018 y está prevista su finalización en Diciembre de 2018. El cronograma estimado es el siguiente:
FASE 1: Marzo – Julio 2018
Fase 2: Junio - Septiembre 2018
Fases 3 y 4: Octubre 2018
Fase 5: Octubre – Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión (“no hacer”)

Proyecto: 2018_1148 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONZON LOMAS FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· GIMENO GARZA JAIME. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· REVILLA MARTI PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· GASCON BRUMOS CARMEN. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· SANZ MARTINEZ DIANA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· OLLERO ARTIGAS ANDRES. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· LUÑO GARCIA BENITO. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

Proyecto: 2018_1148 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- 1º semestre de 2018:
  - Elaboración del Informe de alta estandarizado para el SCA
  - Presentación del proyecto en dirección medica de HCU y dirección de atención primaria
  - Presentación del proyecto de integración en los centros de atención primaria
  - Creación de los grupos de trabajo mixtos

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1188 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ MIGUEL ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· BLAS LAUSIN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. DIGESTIVO
· ARROYO VILLARINO MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

Proyecto: 2018_1188 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

satisfacción a los pacientes que la hayan utilizado

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1108 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ

2. RESPONSABLE ..... SIRA REPOLLES LASHERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAHOZ PASCUAL ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CALVO CAROD PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GABASA GORGAS LOURDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARIÑO MONEVA ELENA. ENFERMERO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PROCAS RAMON BEATRIZ. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NARVION CASORRAN CAROLINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el marco del Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón, se contempla realizar en el curso del Consejo Anticonceptivo, la oferta gratuita de todos los métodos anticonceptivos de larga duración, para su inserción a toda paciente que lo desee.
En el último año se han comercializado nuevos dispositivos con indicaciones diferentes y que consideramos que se deben incluir en el consejo y la oferta de forma normalizada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En un año, se pretende incluir de forma normalizada la oferta e inserción de los nuevos dispositivos a TODAS las pacientes que lo deseen, que acudan a consulta de Anticoncepción de Inocencio Jimenez.
La oferta es para todas las mujeres en edad fértil del área III.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Disponibilidad de los dispositivos en farmacia hospitalaria y en almacén para realizar petición reglada
Ampliar información a personal de atención Primaria, especialmente a matronas para incluir los nuevos dispositivos en el consejo anticonceptivo
Adiestramiento en su inserción a los facultativos que así lo requieran

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Registro de datos de pacientes a las que se inserte nuevo dispositivo (Perfil de paciente)
Evolución de la curva de solicitud de dispositivos conforme iniciamos oferta de éstos
Normalización de las peticiones con previsión mensual en 1 año

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los responsables de la implantación, serán los facultativos que atiendan la consulta de Anticoncepción de Inocencio Jimenez, cuya oferta es diaria.
Comprobaremos datos en un año natural, desde primer dispositivo nuevo que se coloque
Previamente realizaremos campaña informativa de nueva oferta, mediante correo a los coordinadores de Centros de Salud de Atención Primaria para que los oferten a las pacientes que solicitan Consejo Anticonceptivo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. prevención embarazo no deseado
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Anticoncepción

Proyecto: 2018_0606 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLO GRACIA ANA CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALAGON. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GARISA ROCHE GEMA. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· MAINAR LATORRE MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· PELEGRIN INGLES FELIX. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· PUYUELO SALLAN MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· OLLERO ARTIGAS ANDRES. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según el instituto Nacional de Estadística el 24% de la población de 15 o más años afirma que fuma a diarío.
Mueren cada año en España 56.000 personas debido al tabaquísmo.
Una de cada tres personas de éstas muertes se producen en edad laboral.
El tabaco es el factor de riesgo asociado a seis de las ocho principales causas de muerte.
El 43% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida,el 35%en el último año y el 12% lo fuma a diario(ESTUDES 2012-2013)
Ocasiona contaminación del medio ambiente : en España se consume alrededor de 89.000.000 cigarros al día y una colilla provoca la contaminación de 8 litros.

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0606 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. multiples enf cardiovasculares ,pulmonares, neoplasias, osteoporosis ,enfermedades fetales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0792 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

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

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De abril a diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0862 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TRINCHAN FERNANDEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· SANGROS GRACIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· ABELLO BLASCO PIEDAD. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION CONTINUADA EN AP
· HERRERO GIL MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· PUYUELO SALLAN MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

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

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0862 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0872 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TRINCHAN FERNANDEZ PILAR. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· PUYUELO SALLAN MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· MARIN IZAGUERRI PILAR. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MIRANDA ARTO PILAR. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARCIA GARCIA ARTURO. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· BADIA BENITO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

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

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0928 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO CENTRO DE SALUD ALAGON

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABELLO BLASCO PIEDAD. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION CONTINUADA EN AP
· EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· MIRANDA ARTO PILAR. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARIN IZAGUERRI PILAR. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· RASCON VELAZQUEZ SONIA. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARISA ROCHA GEMA. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores provenientes de las encuestas.
descripción de los casos detectados

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Violencia de género
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Violencia de Género

Proyecto: 2018_1128 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LUÑO GARCIA BENITO. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· PELEGRIN INGLES FELIX. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril – Diciembre 2018:
- Sesión clínica sobre uso de terapia farmacológica en IC.
- Diseño de protocolo en manejo de alteraciones analíticas en ICC.
- Inicio de reuniones para revisión de casos/grupo de trabajo IC del Centro.
- Formalización de un consenso sobre derivación de pacientes a Cardiología.
- Plantillas de información y Autocuidados para pacientes y cuidadores.

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1128 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1197 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... ANDRES OLLERO ARTIGAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LUÑO GARCIA BENITO. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que puede afectar al 10% de la población española. En Aragón, el 8% de los hombres y el 5% de las mujeres mayores de 64 años sufren una ERC. Supone una elevada morbimortalidad y un elevado consumo de recursos del Sistema Nacional de Salud. La prescripción concomitante de IECA o ARA II junto con diurético y y un AINE (triple Whammy) incrementa un 30% el riesgo de fallo renal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana.
- Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
- Disminuir la yatrogenia secundaria al uso de fármacos.
- Adquirir conocimientos y aptitudes para mejorar la atencion en la ERC
- Sensibilizar a profesionales y pacientes sobre la polifarmacia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Sesiones clínicas formativas en Guías de Práctica Clínica,
- Evaluación y seguimiento de la ERC: control de TA, albuminuria, Filtrado glomerular (FG), HbA1c
- Valoración de la progresión de la ERC
- Revisión de los pacientes con terapia “triple Whammy”
- Ajustre de dosis de fármacos en pacientes con ERC.
- Monitorizar a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
- Registrar las actividades realizadas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Sesiones clínicas formativas: Actas de sesiones clínicas
- Porcentaje de pacientes con riesgo de ERC a los que se les ha revisado el FG (50%)
- Porcentaje de pacientes con riesgo de ERC a los que se les ha revisado la albuminuria (30%)
- Porcentaje de pacientes con diagnóstico de ERC con tres registros de TA (50%)
- Porcentaje de pacientes con ERC y Diabetes, a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)
- Número de pacientes con ERC que han recibido terapia triple Whammy durante el periodo de evaluación.
- Elaboración de una memoria anual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo - Diciembre:
- Sesiones clínicas formativas
- Registro de las Actividades.

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1199 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BADIA BENITO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO CASTELLO CONSUELO. ENFERMERO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.
Los recursos materiales ya están disponibles

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda patologia urgente en el C.S. y a domicilio

Proyecto: 2018_1199 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1204 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA AGENDA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... SONIA RASCON VELAZQUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERRERO GIL MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· MAINAR LATORRE MARIA PILAR. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA
· LUÑO GARCIA BENITO. MEDICO/A. CS ALAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la práctica diaria surgen con frecuencia episodios que requieren la realización de técnicas quirúrgicas básicas..Estas técnicas requieren de un conocimiento teórico y práctico, que forman parte fundamental en los profesionales de la Atención Primaria.
La Cirugía Menor requiere en primer lugar de una capacitación teórica y práctica monitorizada, unos conocimientos diagnósticos y unos medios materiales adecuados. Levar a la práctica pequeñas intervenciones, exigen, además el consentimiento informado del paciente y una modificación de las Agendas en el Centro de Salud.
Se debe habilitar un lugar idóneo para la práctica y establecer una organización en su funcionamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Desarrollo de Cirugía Menor siguiendo protocolos y una organización operativa estandarizada.
- Mejorar las habilidades técnicas del personal del Equipo
- Implantar los registros del protocolo como el resto de actividades.
- Mejorar la gestión del espacio destinado a la cirugía menor
- Establecer criterios de optimización del tiempo y los recursos materiales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
– Sesiones clínicas formativas y autoformación en cirugía menor
– Definir los procedimientos que se asumirán en el Centro de Salud
– Sesiones prácticas monitorizadas por los propios profesionales
– Modificación de agendas OMI para citas programadas
– Establecer una organización de funcionamiento a modo de equipos.
– Crear una consulta monográfica para la gestión de casos
– Elaborar protocolos de cada actividad.
– Registro de la Sesiones Clínicas, con Acta de contenido y participantes
– Remisión de piezas a estudio por Anatomía Patológica

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
– Sesiones clínicas formativas: Actas de sesiones clínicas (SI / NO)
– Existencia de protocolo por cada procedimiento en el Centro de Salud o domicilio. (80%)
– Porcentaje de profesionales que cumplimentan el protocolo (80%)
– Porcentaje de profesionales que ha participado en la formación (80%)
– Documento de contenido y revisión de mantenimiento del material quirúrgico. (SI / NO).
– Modificación de las Agendas OMI (SI / NO)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo - Diciembre:
- Sesiones clínicas formativas
- Elaboración de documentos de registro y control
- Registro de las Actividades.

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0758 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ FALCON CAMINO. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL. PEDIATRA. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ BUEY MILAGROS. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0758 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

Proyecto: 2018_0836 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ENCISO CIRIANO LOURDES. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ MORENO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

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

Los fármacos más comúnmente implicados en la nefrotoxicidad desde atención primaria son los antibióticos y los AINEs. Especial mención merece la prescripción concomitante de un IECA o un ARA II junto con un diurético y un AINE (incluido los inhibidores de la COX2), se conoce como “triple whammy”. Esta asociación incrementa el riesgo de fallo renal un 30%.

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

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

CAMBIOS PREVISTOS:
- Conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo.
- Mejora del registro en OMI del episodio ERC
- Mejora del control y del registro de los factores de riesgo en los pacientes con ERC

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
I TRIMESTRE
- Formación del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso

II TRIMESTRE

Proyecto: 2018_0836 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

- Sesiones formativas:
Revisión de Guía, delos criterios de seguimiento y control y de los criterios de derivación a nefrología
III TRIMESTRE
- Sesiones formativas. Recogida de sugerencias y problemas
IV TRIMESTRE:
- Sesiones formativas. Recogida de sugerencias y problemas
I TRIMESTRE 2019
- Evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0901 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE ESTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAUDIN BERDUQUE JESUS ANGEL. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· ALEGRE LOPERENA ANTONIO. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ BUEY MILAGROS. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO PASCUAL MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· OÑA RAMOS ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BOMBARDA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La asistencia urgente, en especial aquella que conlleva un riesgo vital, siempre genera algun tipo de controversia sobre el tiempo requerido para llevarla a cabo, los medios materiales y el personal que en cada momento debe prestarla.
En momentos de urgencia las probabilidades de errores por, a veces, ir demasiado deprisa son elevadas. Ello demuestra que se hace necesaria la existencia de circuitos de asistencia claros, accesibles y conocidos por todo el personal.
Por otro lado, es en la asistencia urgente donde el margen de error se minimiza, donde se hace más necesaria la adecuada capacitación y entrenamiento de los profesionales que deben atenderla.

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

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

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

Proyecto: 2018_0901 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE ESTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

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

Sesión clinica para evaluar el grado de eficacia del Proyecto Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. asistencia urgente extrahospitalaria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0912 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE LA ROSA LUCAS DOLORES. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ MOLTO CONSUELO. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· RENALES SOLER ISABEL. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer la sensibilidad de los y las profesionales del Centro de Salud en relación a la Violencia de Género.
Concienciar a los y las profesionales sobre la Violencia de Género.
Desarrollar herramientas que favorezcan la detección de la VdG
Detectar a lo largo del periodo a las mujeres que padezcan VdG.
.

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

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

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

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

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Violencia de Género

Proyecto: 2018_1130 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PRADES ELENA. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARTINEZ CEREZO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· GUTIERREZ MORENO FELIX. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA
· FERNANDEZ FALCON CAMINO. MEDICO/A. CS BOMBARDA. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1130 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1251 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE BORJA

2. RESPONSABLE ..... ANA COBOS HERNADEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BORJA
· Localidad ..... BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PABLO OCON LUIS DANIEL. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hemos detectado que los pacientes de IC, no están lo controlados que debieran por lo que se producen, más ingresos hospitalarios.
Debemos utilizar todos los medios y terapias al alcance de primaria, para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, mejorando la interacción con especilizada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar actvidades preventivasen la IC,en todos los pacientes.
- Reducir ingresos.
-Aumentar vacunación antigripal y antineumococica, en todos los pacientes.
Revisar medicación adecuandola.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Implementación GPC.
- Formación en IC, a traves de sesiones en el EAP.Casos clínicos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Reducción de ingresos, Fuente CMBD
Porcentaje de pacientes en que conste registro de cuidados, con explo basica..Fuente OMI AP.
Pacientes polimedicados con revisión de tto, LObjetivo 50%, Fuente Listado de farmacia.
Aumento de pacientes con Vacunación antigripal y antineumococica.
porcentaje de pacientes con betabloquenates, respecto al total- BD farmacia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
EL proyecto comenzará en Mayo 2018, y su duración será hasta diciembre 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1252 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN APEN EL EQUIPO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PABLO OCON LUIS DANIEL. MEDICO/A. CS BORJA. ATENCION PRIMARIA

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de antibióticos en nuestras consulta.
Adherirnos al IRASPROA.
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0784 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO ARIÑO VIRGINIA. PEDIATRA. CS CARIÑENA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BALLESTEROS ABAD ANA. MIR. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ALVAREZ LAGARES MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLANO IRALDE SUSANA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde el EAP se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas.

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

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Promover la interacción de los sanitarios con la población haciendo más cercana la figura del profesional.

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El EAP pondrá carteles en el CS de referencia y en los consultorios locales informando de la actividad que se propone con la fecha y lugar.
La población > de 14 años podrá apuntarse a este actividad formativa comunicandoselo a su enfermera de referencia.
Además el EAP se pondrá en contacto con el Instituto de la zona para ofertar una charla sobre promoción de hábitos saludables (alimentacion y ejercicio) y prevención del consumo de drogas.
Una vez se tenga el numero de interesados para la actividad formativa se procederá a la organización de talleres según número.
Los componentes del EAP realizarán una presentación en formato power point sobre RCP, otra sobre hábitos saludables y prevención del consumo de drogas. Después, se pondrá en práctica la teoría expuesta.
Se pasará a los asistentes un cuestionario previo y post taller para valorar los conocimientos presentes y adquiridos. También una encuesta de satisfacción y se procederá a la recogida de datos y su posterior evaluación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes > 80%

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0784 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1072 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION, REGISTRO Y CLASIFICACION DE DOCUMENTACION CLINICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MARQUES POLO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUDO GARCIA ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLANO IRALDE SUSANA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ORENSANZ ALAVA AFRICA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Ante la necesidad de crear un archivo definitivo para documentación de todo tipo (urgencias, exitus, libros de atención continuada, partes de juzgado y resto de informes). Se decide habilitar la sala que hay al lado de la sala de juntas. Dicha sala estaba con documentación clínica antigua, muebles y aparatos en deshuso.
Se considera oportuno sanear, ordenar y destruir toda la documentación anterior al 2005 y clasificar el resto de documetos, así como obtener el espacio necesario para el archivo definitivo de los exitus de Cariñena y consultorios locales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Orden de toda documentación para su posterior busqueda.
- Destruccion de documentación anterior al 2005.
- Saneamiento del Centro de Salud.
- Espacio organizado.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Buscar y destruir documentación clínica anterior al año 2005.
- Recopilar RX de todos los consultatorios y enviar a recliclado.
- Retirada de aparatos (lámparas, muebles no útiles, tablon de anuncios, ordenadores en deshuso...etc)
- El traslado de carpetas de exitus al archivo, hasta finalizar proyecto.
- Orden en las carpetas de Atención Continuada.
- Clasificación del resto de documentos así como salvaguarda de información confidencial.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disminuir tiempo de búsqueda de documentación clínica.
- Aumento de confort ante un espacio organizado.
- Recopilación y archivo de Historias clínicas de pacientes que ya no petenecen a nuestro Centro de Salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO- 2º trimestre 2018
FINAL- 4º trimestre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1174 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COLAS BELTRAN FERNANDO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· MAS SANCHEZ ADORACION. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MINGUEZ MARTIN CRISTINA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANCHO ARIÑO VIRGINIA. PEDIATRA. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· SARASA PIEDRAFITA DELFIN. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De abril a diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1363 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ORENZAZ ALVA AFRICA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· LAVAREZ LAGARES MERCEDES. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO NAVARRO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· REDONDO COLLADO MARIA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· LANGARITA LANGARITA DIONISIO. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.
El periodo vacacional próximo puede interferir en el desarrollo del proyecto

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1363 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1379 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAS SANCHEZ ADORACION. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· REDONDO COLLADO MARIA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· MINGUEZ MARTIN CRISTINA. MEDICO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· MEZQUITA ADAN CRISTINA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CASTELLANO IRALDE SUSANA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· ORENSANZ ALAVA AFRICA. ENFERMERO/A. CS CARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta total desarrollo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0861 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BROTO CIVERA ELENA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· CAMATS FRANCO CARMEN. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· TAPIA RUIZ MARIA. PEDIATRA. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO HERNANDEZ JESUS. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· VILLANUEVA BAEZ ERNESTO. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ HERNANDEZ MARIA LOYOLA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ FERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0861 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

Proyecto: 2018_0906 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALIAGA GONZALEZ CARMELO. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· MARCOS CALVO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Iniciar una consulta monográfica de Ecografía en Atención Primaria e incrementar la accesibilidad a la ecografía en atención primaria.

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Habilidades clínicas y diagnósticas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0906 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0979 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP CASETAS

2. RESPONSABLE ..... ANTONIA FERRE GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAMATS FRANCO CARMEN. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· BROTO CIVERA ELENA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ SANCHEZ ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· FLE PINILLA ISIDRO. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· LAHOZ LAZARO ANA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· GALLEGO RODRIGO CARMEN. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· ALIAGA GONZALEZ CARMELO. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La ERC es un importante problema de salud publica que afecta en sus diferentes estadios aproximadamente a un 10% (9,24%) de la población y este porcentaje aumenta hasta el 20% (20,6%) en mayores de 64 años
En Aragón 8% de hombres y 5% de mujeres > 64 años sufren ERC
La ERC supone una elevada morbimortalidad y un consumo de recursos elevado por si mismo. Éstos pacientes además suelen presentar pluripatologias y polifarmacia lo que incrementa el riesgo de fallo renal a consecuencia de la asociación de farmacos nefroto´xicos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
? Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana
? Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
? Disminuir la iatrogenia 2º al uso de farmacos
Población diana seria en nuestro caso
? HTA,
? DM tipo 2 o ECV establecida / DM tipo 1 con ma´s de 5 años de evolución.
? Mayores de 60 años.
? Obesos [IMC] > 35 kg/m2.
? Pacientes en tratamiento prolongado con fa´rmacos nefroto´xicos (incluidos AINE).
? Sujetos con otros FRCV (hiperlipidemia, si´ndrome metabo´lico, fumadores).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Evaluación y seguimiento de los pacientes con ERC (control de TA, eFG, valorar albuminuria, HbA1c)
• Valorar la progresión de la ERC
• Adecuación del tratamiento farmacológico (evitar terapia triple Whammy) y sensibilizar a la población y los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
• Formación al equipo para aumentar el conocimiento de la ERC (factores de riesgo y morbimortalidad) así como las actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.
Se llevaran a cabo sesiones clínicas para dar a conocer el documento de consenso para la detección de la. ERC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes con Factores de Riesgo de ERC con revisión de FG en el periodo de evaluación (50%)
Porcentaje de pacientes con Factores de Riesgo de ERC con revisión de albuminuria en el periodo de evaluación (30%)
Porcentaje de pacientes con diagnostico de ERC con 3 registros de TA en el periodo de evaluación (50%)
Porcentaje de pacientes con ERC + D. Mellitus con registro de HbA1c en los últimos 6 meses (50%)
Nº de pacientes con ERC y triple terapia Whammy

Periodo de evaluación de mayo 2018 -mayo 2019 ¿???
Los datos se obtendrán de los registros de OMI

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º Trimestre formación del grupo de trabajo y diseño del proceso
2º Trimestre, despliegue del proceso y sesiones formativas
3º trimestre, monitorización y cortes de indicadores
4º Trimestre evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0979 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP CASETAS

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0987 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PARQUE GOYA. DIRECCION
· PENON GIMENO ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASETAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ESPARZA GARCIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASETAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ESCRICHE MARTA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· NAVARRO ELENA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARVI SOLER PAULA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· TAPIA VILLALBA MERCEDES. TCAE. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0987 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

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

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0988 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL SOLDEVILA SUSANA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· JIMENO MONZON ANA. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· JULVE VILLUENDAS ISABEL. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ GARCES JORGE. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· RUBIO CAVERO RUTH. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

Proyecto: 2018_0988 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De mayo a diciembre de 2018. Se prevé continuar hasta el total desarrollo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0990 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ..... MYRNA CELESTE VEREAU MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES NILSSON ANA KARIN. PEDIATRA. CS CASETAS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MARCOS CALVO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· GARVI SOLER PAULA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN RICO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO SUBSIERRA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA SACRAMENTO CRISTINA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· GONZALO TOLA ANA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

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

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

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0990 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0678 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"CUIDARTE"

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MEDRANO ALCAY LIDIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASETAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MARZAL CALVO DOLORES. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ GREGORIO ALICIA. ENFERMERO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· TAPIA PEREZ ANA. FISIOTERAPEUTA. CS CASETAS. FISIOTERAPIA EN AP
· TAPIA VILLALBA MERCEDES. TCAE. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA
· GALLEGO RODRIGO CARMEN. MEDICO/A. CS CASETAS. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
nº de cuidadores que acuden
---------- x 100
nº de cuidadores captados en talleres anteriores

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

Número de sesiones dadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Son dos talleres a realizar:
El prrimero en Mayo-Junio y el segundo en Noviembre-.Diciembre
En cada taller se impartirán ocho sesiones de una hora y media de duración en cada una de ellas.
Se realizarán ocho sesiones presenciales de una hora y media de duración en cada una de ellas.

Proyecto: 2018_0678 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

"CUIDARTE"

Los participantes en principio el número idoneo es diez
Sesiones:
1.- Ques es el grupo? cómo cuidarnos a nosotras mismas.
2.- Necesidades Humanas y Habitos saludables.
3.- Aprendiendo a sentirnos bien.
4.-La soledad,tipos,carácteristicas y estrategias para la prevención y el manejo positivo de la soledad
5.- Autoestima
6.-Comunicación con el entorno y Gestón del tiempo libre.
7.-Cuidados esenciales ante el paciente (higiene,alimentación,aseo,cámbios posturales ..)
8.- Espalda sana..

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. sobrecarga del cuidador/ Atención psicológica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0733 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO MEDIANTE EJERCICIO FISICO MONITORIZADO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PINILLA LAFUENTE MARINA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Todos los lunes, de 17horas a 18horas, en el centro cívico Delicias: ejercicio físico monitorizado:

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

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

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

% reducción de fármacos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anciano frágil
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0769 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA ARANDA CONCEPCION. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SANZ MARTINEZ DIANA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Optimizar el uso de los antibioticos en Atencion Primaria.
-Disminuir las resistencias.
-Formacion en el uso adecuado de los antibioticos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Presentracion del programa PROA.
-Sesiones clinicas a lo largo del año, de las patologias infecciosas mas prevalentes en Atencion Primaria.

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero de 2018 a Diciembre del 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

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

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0922 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERRANZ ALFARO ALFREDO. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO DIAZ ISABEL. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ALAVA CAUSAPE AMOR. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· UCEDO APARICIO ANA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS NORTE. ADMISION Y DOCUMENTACION

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

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
ESPERAMOS DISMINUIR LA CITA PRESENCIAL, MEJORAR LA NO PRESENCIAL Y HACER RECOMENDACIONES QUE MEJOREN LA SALUD DE NUESTRA POBLACION.

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

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

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
COMENZAMOS PRIMERA REUNIÓN 22 DE MAYO 2018
FINALIZANDO 31 DE DICIEMBRE 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DEMORA EN CITAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2018_0929 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA FERNANDEZ CONCEPCION. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARIJO GALLEGO CELIA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PINA SANZ ARANCHA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANCHO RUBIO CRISTINA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SANZ MARTINEZ DIANA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

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

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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Preparar una sesión clínica para el EAP para explicar lo q es una agenda comunitaria.
Q cada miembro del equipo de a conocer todas las actividades comunitarias y grupales que realizan a parte de consulta individual.
Elaboración de la agenda comunitaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de participación de la población en las actividades antes y despues de realizar la agenda

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. elaborar presentación sesión del EAP. Antes del 31 de junio
2. Sesión al EAP: septiembre 2018.
3. Elaboración de la Agenda Comunitaria. De septiembre a diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda la poblacion
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1071 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO TORRENTE GARRIDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUÑOZ SANCHO ROSABEL. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· HERRANZ ALFARO ALFREDO. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CARRERAS MESTRE BIENVENIDO. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GIL CORTES MARIA TERESA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· REJAS MORRAS LAURA. MIR 4º. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
- La Enfermedad Renal Crónica es un importante problema de salud pública que afecta al 10% de la población (Estudio EPIRCE).
- La ERC es a menudo ignorada y existe infradiganostico.
- La ERC produce elevada morbimortalidad cardiovascular y consumo importante de recursos del Sistema de Salud.
- El tratamiento adecuado previene o retrasa la progresión de la enfermedad y disminuye el riesgo de Enf Cardiovasculares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Aumentar la deteccion precoz.
- Disminuir la progresión de la Enfermedad.
- Evaluar el RCV.
- Evitar farmacos nefrotóxios.
- Derivación selectiva a nefrologia.
- Adecuar el tratamiento conservador en estadios avanzados.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Determinar Filtrado Glomerular y albuminuria a todas personas con algún Factor de riesgo CV (DM, HTA, obesidad), Enf. CV establecida, familiares con I Renal o > 60 años..
- Seguimiento y monitorización de TA, Peso, Glucemia, Albuminuria, HbA1C,
- Adecuaíon de la dosis de fármacos al grado de I Renal.
- Sesiones clínicas en el CS con revisión de las patologias y factores que pueden influir en la ERC.
- Sensibilizar a los profesinales sobre esta patologia.
- Adquirir conocimientos y aptitudes para mejorar la atención de estos pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % pacientes con algún FRCV que tienen solicitado el FG.
- % pacientes con algún FRCV que tienen solicitado albuminuria.
- % pacientes con ERC que tienen medida la TA.
- % pacientes con ERC y DM que tienen pedida la HbA1C.
- % pacientes con FG<60 que tienen registrado el diagnostico de Insuficiencia Renal Crónica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 2º trimestre 2018: Formación del grupo de trabajo, diseño del proyecto, sesión de presentación al EAP.
- 3º trimestre: monotoriación y sugerencias y problemas planteados.
- 4º trimestre: monitorización y Evaluación final.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Insuficiencia Renal Crónica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1086 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... ALICIA DUARTE CARCAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRANCO MORENO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BOLDOVA AGUAR MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ BARRIO ISIDORO. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ PARDO ANGELES. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PEREZ ROSEL JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP por:

-La necesidad de que los profesionales estén formados y actualizados en el manejo de la urgencia.
-La necesidad de una buena organización y mantenimiento del material y sala de urgencias.
-La necesidad de contar con un procedimiento explícito de designación de los profesionales responsables de la atención urgente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Definir un procedimiento con los contenidos básicos y de la organización del carro de paradas y emergencias.
-Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional responsable de la misma, tanto en el centro con en la atención domiciliaria.
-Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
-Proporcionar a los profesionales del EAP una matríz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente, incluyendo las situaciones excepcionales.
-Promover la formación en atención urgente distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados tanto por la Dirección de AP como por el propio centro.
-Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES
1-Crear y difundir un documento que indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto dentro del centro como en un aviso domiciliario:
-indicador/objetivo: existencia de dicho documento)
-indicador: % de profesionales conocedores del mismo (objetivo: superior al 80%).
2-Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP (objetivo: 80%).
3-Que exista constancia por escrito de los contenidos y la revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (objetivo: 80%)

EVALUACIÓN
-Mediante informe del propio centro.
-Mediante visita al EAP.
-Mediante actas firmadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: junio de 2018
Fecha de finalización: marzo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_1086 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias de cualquier tipo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1341 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DELICIAS NORTE

2. RESPONSABLE ..... DIANA SANZ MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO ANDRES MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DUARTE CARCAS ALICIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· GARIJO GALLEGO CELIA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· SANCHO RUBIO CRISTINA. MEDICO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DEL CAMPO PASTOR ABELARDO. ENFERMERO/A. CS DELICIAS NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades eb la atención a la IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.
Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar el registro de la insuficiencia cardiaca ya que en muchos de nuestros pacientes no aparece el diagnóstico en OMI.
2. Mejorar las actividades preventivas en la ICC
3. Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
4. Potenciar cuidados a través de educación sanitaria tanto a pacientes como a cuidadores
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Formación en primer lugar a los profesionales motivados para hacerla extensiva a todos los miembros del equipo (sesiones clínicas)
- Sesiones monográgicas de gestión de casos tanto con los integrantes del EAP como aprovechando la reunión mensual con la internista de enlace.
- Educación para la salud en relación a la Insuficiencia Cardiaca en grupos, tanto para pacientes como para cuidadores y relacionándolo además con otras actividades comunitarias que ya se desarrollan o se van a desarrollar en el CS.
- Comunicación del desarrollo del proyecto al consejo de salud de zona

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Puesta en marcha de grupo de educación para la salud en el contexto de IC tanto para cuidadores como para pacientes.
- Reducción del nº de ingresos por reagudización de IC, respecto al año anterior
- Aumento de la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica respecto al año anterior
- % de pacientes en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (peso, presión arterial, edemas EEII)
- % de pacientes en tto con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC
- % de pacientes en tto con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC
- Sesiones de formación y de gestión de casos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año
- Formación / gestión de casos: junio-dic 2018
- Comunicación en reunión del EAP y Consejo de Salud: a lo largo del todo el periodo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0670 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA TORRE MAÑAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GABAS BALLARIN MARIA PILAR. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LLORENTE FAURO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CANET FAJAS CARLOTA. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· VAL ESCO LAURA. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· NAVARRO RERO SILVIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· FELIPE RUBIO ALFONSO. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARTIN TERRADO MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS DELICIAS SUR. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
SITUACION ACTUAL: FALTA DE CONSENSO EN ATENCION URGENTE TANTO EN CENTRO DE SALUD COMO DOMICILIARIA
NECESIDAD DE UNA GESTION ADECUADA DE LA ATENCION URGENTE QUE POTENCIE LOS RECURSOS EXISTENTES EN EL CENTRO DE SALUD (PROFESIONALES Y MATERIALES) Y MINIMICE EL IMPACTO DE UN MAL USO POR PARTE DEL EAP.
MEJORA DEL REDIMIENTO DE LOS PROFESIONALES Y AUMENTO DEL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
EVITAR DEMORAS EN ATENCION URGENTE MEDIANTE UN DOCUMENTO QUE RECOJA EL CRITERIO PARA DESIGNAR EN CADA MOMENTO AL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCION URGENTE TANTO EN EL CENTRO DE SALUD COMO EN EL AVISO DOMICILIARIO.
ORGANIZACION ESTANDARIZADA DE LA SALA DE URGENCIAS, DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIAS/EMERGENCIAS.
CONCIENZAR Y FORMAR A LA POBLACION PARA UN USO RACIONAL DE LA ATENCION URGENTE.
FORMACION CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES EN ATENCION URGENTE Y EN RCP
CREAR DOCUMENTO INFORMATIVO QUE RECOJA HORARIOS Y CENTROS DE ATENCION URGENTE EXTRAHOSPITALARIA PARA CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
CONSENSUAR UN PROTOCOLO DE CONTENIDO Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADA Y MALETIN DE URGENCIAS.
PROPORCIONAR A LOS PROFESIONALES DEL EAP UNA MATRIZ DE ASIGNACION DE CASOS EN ATENCION URGENTE, CONTEMPLANDO LA AUSENCIA DEL PROFESIONAL POR CAUSAS NIO PREVISIBLES.
PROMOVER LA FORMACION EN ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD, MEDIANTE CURSOS Y TALLERES, ORGANIZADOS TANTO POR LA DIRECCION COMO POR EL PROPIO CENTRO.
SITUAR EN LUGARES ESTRATÉGICOS DOCUMENTOS GRAFICOS CON EVIDENCIA CIENTIFICA SOBRE LA ATENCION URGENTE.
DISEÑAR Y DISTRIBUIR MATERIAL INFORMATIVO DIRIGIDO A LA POBLACION PARA UN USO ADECUADO DE LA ATENCION CONTINUADA/URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
--INDICADOR: : EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO SI/NO.
OBJETIVO: EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO.
--INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES
CONOCEDORES DEL MISMO.
OBJETIVO: SUPERIOR AL 80%
--INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL EAP
QUE HA PARTICIPADO EN FORMACION EN PATOLOGIA
URGENTE.
--OBJETIVO 80%
--INDICADOR: NUMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL
CENTRO QUE HAN ASISTIDO/PARTICIPADO EN AL MENOS
UNA SESION RELATIVA A URGENCIAS/NUMERO TOTAL DE
PROFESIONALES DEL SECTOR.
OBJETIVO 80%
--INDICADOR: QUE EXISTA CONSTANCIA POR ESCRITO DE
LOS CONTENIDOS Y LAS REVISIONES DE MANTENIMIENTO
DEL CARRO, SALA DE URGENCIAS Y MALETINES.
OBJETIVO 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DE MAYO DE 2018 A MAYO DE 2019. SE PREVE LA CONTINUACION HASTA EL TOTAL DESARROLLO DEL PROYECTO.
--DE MAYO A AGOSTO 2018: CREACION DEL DOCUMENTO DEL CIRCUITO DE ATENCION EN CASO DE URGENCIA, DE LUNES A VIERNES Y DE 8 A 17H, QUE SE ENVIARA POR CORREO CORPORATIVO, PARA QUE TODO PROFESIONAL DISPONGA DE EL.
--SE ORGANIZARA CARRO, MALETIN Y SALA DE URGENCIAS, SEGUN ESTANDARES.
--DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2018: SESION CLINICA CON EL EQUIPO PARA PRESENTAR Y DIFUNDIR LA DOCUMENTACION Y TRIPTICO INFORMATIVO DE LOS LUGARES DE ATENCION SANITARIA, A TODOS LOS PROFESIONALES.
--DE ENERO A MARZO 2019: TRES SESIONES TEÓRICO PRACTICAS DE MANEJO DE MEDICACION URGENTE Y REVISION DE SVB Y SVA.

Proyecto: 2018_0670 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

--ABRIL 2019: EVALUACIÓN DEL PROYECTO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA URGENTE
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0697 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GABAS BALLARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA SANCHEZ NURIA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ASENSIO ASENSIO LOURDES. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El incremento de las resistencias a antibióticos, supone un importante problema de salud pública ya que no solo permiten tratar infecciones comunitarias que previamente tenían una importante morbimortalidad, sino que son un recurso para la prevención y tratamiento de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria como complicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y por tanto su abordaje es un asunto prioritatio e incluye la optimización del uso de antibióticos .
Desde la Agencia Española del Medicacmento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de las Resistencias a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización del uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a mejorar el uso de antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este proyecto pretendemos optimizar el uso de antimicrobianos en el CS Delicias Sur, para evitar la aparición de resistencias a antibióticos.
Como miembros del equipo PROA-AP del Area III, nos adherimos a los principios generales PROA (Decálogo sobre el uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de AP de IRASPROA) y lo llevaremos al conocimiento del resto del equipo.
Fomentar el uso adecuado de antibióticos a traves de sesiones formativas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para lograr los objetivos, acudiremos a las reuniones PROA-AP mensualmente y serviremos de enlace con los miembros del equipo.
Participaremos en actividades desarrolladas por el grupo IRASPROA (jornadas, campañas sanitarias...)
Realizaremos tres sesiones formativas en el centro de salud sobre consumo de antimicrobianos y mapa de resistencias de nuestro sector, grupo PROA y aplicaciones en la intranet del Salud y enfermedades infecciosas más frecuentes en atención primaria y su tratamiento según las guías actualizadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Difusión del informe de consumo /resistencias de antimicrobianos en el sector a todos los profesionales del EAP del CS Delicias Sur .
Objetivo: 80% de los profesionales.
- Número de sesiones realizadas sobre PROA.
Objetivo: 3 sesiones anuales y 80% de los profesionales participarán en la formación PROA. Sesiones clínicas con acta firmada por los asistentes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Asistencia a jornada IRASPROA. Zaragoza. Abril 2018.
- Nombrar un responsable del uso racional de antibióticos en el equipo. Mayo-Junio 2018.
- Dar a conocer los principios generales PROA: se realizará sesión informativa al resto del equipo para presentar el grupo PROA-AP y localizarlo en la intranet del Salud. Septiembre 2018.
- Sesión formativa sobre consumo de antimicrobianos y perfil de resistencias. Mapa de resistencias a antibióticos en nuestro sector. Octubre 2018.
- Sesión formativa sobre infecciones más frecuentes en AP y su tratamiento. Guias de prescripción de antibióticos. Diciembre 2018.
- Participar y dar a conocer las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.
- Evaluación del proyecto. Abril 2019.
- Presentación de los resultados al resto del equipo. Mayo- Junio 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2018_0697 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0700 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO EN EL INSTITUTO Y COMENZANDO EN PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... NOELIA AGUIRRE ABADIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENGUAL GIL JOSE MARIA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SANISIDRO FONTECHA CARMEN. SEXOLOGO/A. CS DELICIAS SUR. SEXOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Este proyecto estaría enmarcado en la Estrategia nacional para la erradicación de la violencia
Contra la mujer y Protocolo de actuación contra la Violencia de Género Ciudad de Zaragoza

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer la sensibilidad de ls adolescentes en relación con la violencia de genero.(VdG)
Concienciar a los adolescentes sobre la VdG.
Desarrollar herramientas que favorezcan la detección de la VdG.
Detectar a lo largo del periodo a los adolescentes victimas de VdG

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de encuesta a adolescentes para conocer su sensibilidad y conocimientos en relación al tema elegido.
Reniones con educadores para preparar las distintas intervenciones.
Distintas intervenciones realizadas en colegios e institutos de nuestra zona básica de salud
Evaluación del impacto de estas actividades .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
(pendientes de definir)Indicadores provenientes de la comparación de la encuesta 1 y 2

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En los institutos se harán intervenciones a los alunmnos de tercero de la ESO de una hora de tiempo, en la que se proyectará un vídeo y un power point y se abrirá un debate sobre las conclusiones que han llegado tras la proyección.
A los alumnos de Segundo de ESO se les pasará el test propio elaborado hace dos años
A los alumnos de sexto de primaria se les pasará una encuesta para poder evaluar sus conocimientos sobre el tema .
Tras esa encuesta se realizará una intervención en el aula donde a través de juegos, talleres se les hablará sobre género, igualdad, respeto y Violencia de género adaptada a su edad
A los días de la intervención se volverá a pasar la encuesta propia elaborada este año.
Todas las intervenciones se realizarán durante el curso escolar

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Violencia de Género

Proyecto: 2018_0805 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE DELICIAS SUR

2. RESPONSABLE ..... RODRIGO CORDOBA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALASTRUE PINILLA MAR. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· COBOS MANCHON DAVID. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.
El C.S. Delicias sur ya hizo un estudio sobre prevalencia de la IC en el anciano en 1994. El resultado entonces fue que en pacientes mayores de 65 años la prevalencia de IC fue del 6.3%. Actualmente segun el resgistro de OMI la prevalencia de IC y patologia crónica compleja en mayores de 65 años seria del 4,8%. Dada esta prevalencia y que el 21.7% % de nuestra poblacion esta por encima de esta edad se refuerza la pertinencia de nuestra participacion en el proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC
2. Cambios en la oferta de servicios: Implementacion de autocuidados en IC por parte del personal de enfermeria
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones clinicas para revision de las GPC en Insuficiencia Cardiaca
4. Adecuación de recursos: referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Ver Indicadores y Evaluacion
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.
7. Actividades Comunitaria. Continuidad de la linea iniciada hace años de Prevencion Cardiovascular en colaboracion con asociaciones ciudadanas con la incorporacion de la Prevencion primaria de la Insuficiencia Cardiaca mediante los factores de riesgo mas importantes: HTA, tabaquismo, dislipemias, etc

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Actuacion comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0805 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE DELICIAS SUR

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Plantilla autocuidados /Comunitaria: Octubre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. Octubre - diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo Octubre-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. Junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.
10. ENFOQUE PRINCIPAL: Mejorar calidad asistencial en pacientes con IC.
11. POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Pacientes mayores de 65 años
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Mejora de la linea de decisiones compartidas
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0921 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LLORENTE FAURO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALDEANO BIEL ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA MORTE CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· OCHOA MONEO PURIFICACION. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA BAZAN GREGORIO. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS DELICIAS SUR. TRABAJO SOCIAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se trata de un proyecto intersectorial en el que participan el Centro Municipal de Servicios Sociales, Cáritas, Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias, Centro de Salud Delicias Norte y Centro de Salud Delicias Sur. Se ha detectado un incremento de las situaciones de soledad no deseada en personas mayores en Delicias, con una tasa de envejecimiento de 230,28%, tasa de sobre-envejecimiento de 17,79% y una tasa de dependencia de 56,4%. A todo esto le sumamos escasas redes de apoyo (tanto familiar, de vecindario y servicios públicos) y con un modelo urbanístico que favorece el aislamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
*Conocer la problemática y necesidades actuales de soledad no deseada en la población mayor, de dos polígonos de Delicias, coincidiendo con las zonas de salud Delicias Sur y Delicias Norte.
*Proporcionar a este grupo de población una asistencia sanitaria integral, acorde con sus necesidades y expectativas de salud manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Mediante la metodología de la Investigación-Acción-Participativa que es una combinación de investigación, educación-aprendizaje y acción, se va a crear un Grupo de Investigación formada por personas de la comunidad de Delicias que será coordinado y asesorado por un Equipo Multidisciplinar formado por representantes de los agentes que promueven el Proyecto. Se aplicarán instrumentos de investigación cualitativos y cuantitativos para conocer la situación de este grupo de la población y sus necesidades. Se elaborará un informe para dar a conocer los resultados y se plantearán estrategias de acción para los diferentes ámbitos implicados: comunitario, social, sanitario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Equipo multidisciplinar constituido con los diferentes agentes
2. Grupo de investigación constituido
3. Aplicación de los instrumentos de investigación
4. Elaboración del informe de situación
5. Planteamiento de estrategias de acción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El Proyecto tiene una duración prevista de 2 años
DE MAYO DE 2018 A MAYO DE 2020

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ATENCION AL ANCIANO SOLO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0720 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!

2. RESPONSABLE ..... GEMA GALINDO MORALES
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUIRRE ABADIA NOELIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ENFERMERIA
· CERON MACHADO PILAR. HIGIENISTA DENTAL. CS DELICIAS SUR. SALUD BUCODENTAL
· SOLA ANTON JOSE FERNANDO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SAN JOSE SUR. ADMISION Y DOCUMENTACION
· COBOS MANCHON DAVID. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ENFERMERIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se detecta mediante una necesidad sentida de los profesionales de salud posibles situaciones de desigualdad de género y problemas de espalda en niños asociados a malos hábitos de salud que es necesario controlar desde la infancia.
Desde los centros educativos el profesorado corrobora esta necesidad y manifiesta un desconocimiento de los alumnos del Primer Ciclo de Educación Primaria sobre determinados hábitos saludables básicos así como del centro de salud, sus profesionales y las diferentes labores que realizan, lo que les provoca descofianza y miedo a la hora de recibir asistencia sanitaria.
La edad escolar, y en concreto los 7-8 años, es un momento idóneo para aprender hábitos saludables de una forma integral desde el comienzo. Por este motivo, este proyecto va dirigido a la población infantil de Segundo Curso de Educación Primaria de los Centros Educativos de la Zona Básica de Delicias Sur y en él participan profesionales de : Higiene bucodental, Enfermería y Fisioterapia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Promover hábitos saludables en la población infantil desde un punto de vista de salud integral.
Sensibilizar a familias (a través del alumnado y personal del centro educativo) y profesores sobre la importancia de la educación para la salud desde la infancia.
Dar a conocer el Centro de Salud a la población infantil, presentándolo como un organismo “cercano, amigo y que presta ayuda”.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Actividades de organización:
1.1. Reunión en el centro educativo con el Jefe de Estudios y a través del correo electrónico con los tutores del curso implicado para recoger sus necesidades de salud concretas.
1.2. Reunión con los tutores en el centro educativo para explicarles qué aspectos tendrían que trabajarse en el aula antes de realizar la intervención con los niños. Visionado de un vídeo de presentación del Centro de Salud.
2. Preparación: Elaboración del vídeo de presentación del Centro de Salud por los profesionales implicados.
Elaboración de una presentación tipo Power-Point para apoyar la explicación teórica de la intervención.
Elaboración de una encuesta para los alumnos que realizarán antes y después de la intervención sobre conceptos sencillos sobre los profesionales y los conceptos aprendidos.
Preparación de los talleres.
3. Actividades de intervención:
3.1. Intervención comunitaria, que se desarrollará a través de una visita de los niños al Centro de Salud, que constará de dos partes:
3.1.1.Visita conociendo el centro de Salud y sus diferentes consultas y unidades.
3.1.2. Exposición teórica sobre temas relacionados con la salud, según necesidades del Centro Educativo. Realización de talleres relacionados. Encuestas a los niños antes y después de la intervención.
3.2. Visita de los profesionales sanitarios al Centro Educativo para realizar una segunda intervención a través de dibujos, carteles… .
4. Actividades de comunicación:
4.1. Difusión a Dirección de Enfermería del Sector AP Zaragoza III.
4.2. Difusión a los miembros del EAP del CS Delicias Sur.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Eficacia de la intervención:
Nº de encuestas realizadas con resultados favorables (3 o más de 5 preguntas contestadas correctamente) después de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019 - Nº de encuestas con resultados favorables (3 o más de 5 preguntas contestadas correctamente) antes de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019 / Nº de encuestas realizas de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019x100

2. Indicador Cualitativo: Sensación/Opinión de los profesores del centro educativo y de los propios alumnos a través de la elaboración de dibujos y carteles sobre su visita.

Proyecto: 2018_0720 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!

3. Grado de participación: Nº de niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Enero a Septiembre/18: Gema Galindo, Noelia Aguirre, José Sola Antón.
Elaboración del vídeo de presentación del centro de Salud.
Elaboración del Power Point para la exposición teórica.
Elaboración de las encuestas para la evaluación.

Septiembre/18 a Junio/19:
Reunión en los centros educativos: Gema Galindo y Noelia Aguirre.
Difusión a la Dirección AP Sector III y EAP CS Delicias Sur: Gema Galindo y Noelia Aguirre.
Intervención en los centros de salud de los centros educativos de la zona básica de Delicias Sur: Pilar Cerón, David Cobos, Noelia Aguirre y Gema Galindo.
Segunda intervención en los centros educativos: Gema Galindo y Noelia Aguirre.

Junio/19: Fin de proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Niños sanos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0826 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES

2. RESPONSABLE ..... MARIA OLGA RUBIO REMIRO
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YETANO LARRAZABAL IORITZE. PSICOLOGO/A. CS DELICIAS SUR. USM INFANTO JUVENIL DELICIAS SUR
· BARAJAS IGLESIAS BELEN. PSICOLOGO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. USM INFANTO JUVENIL DELICIAS SUR
· MENGUAL GIL JOSE MARIA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GARCIA SANCHEZ NURIA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· FUERTES DOMINGUEZ AMPARO. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· AGUIRRE ABADIA NOELIA. ENFERMERO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha observado en los últimos años, un aumento en la prevalencia de conductas autolesivas en población adolescente.En los estudios publicados se describe una mayor comorbilidad psicopatológica y disfunción familiar. En nuestro medio se detectan tanto en atención primaria como en el ámbito escolar. Es importante la formación en estas conductas para su detección precoz y atención temprana por los diferentes profesionales implicados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Desarrollar un trabajo comunitario y multidisciplinar, colaborando con distintos activos sociales de nuestra zona: USMIJ, S.S Ayuntamiento, IES Jerónimo Zurita, Servicio de Urgencias de HCU y servicio de pediatría en Centro de Salud.
• Aumentar el grado de conocimiento de ésta conducta por los profesionales implicados a nivel sanitario y educativo al que pertenece nuestra población adolescente.
• Establecer protocolos de detección en ámbito escolar y atención primaria.
• Registrar cifras de prevalencia e incidencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Sesiones formativas en ámbito escolar y atención primaria, con la participación de todos los activos sociales del proyecto, para mejorar el conocimiento de la prevalencia, causas, factores de riesgo, comorbilidad, prevención y tratamiento.
• Protocolo de detección mediante test de respuesta anónima basados en el Beck Depresión Inventory (BDI) y Test de Sel-Harm questionnaire, validado en español.
• Registro de casos.
• Atención en el ámbito escolar y sanitario de casos detectados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Cifra de prevalencia inicial.
• Cifra de incidencia anual.
• Comparación con cifras de prevalencia en estudios publicados en población infantojuvenil.
• Cuestionario para evaluar grado de conocimiento previo de profesionales implicados.
• Cuestionario para evaluar el grado de conocimiento 6 meses tras la intervención formativa y evaluación de grado de mejora.
• Evaluación psicométrica de variables psicológicas detectadas de riesgo y comorbilidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2018 Octubre => Información y difusión del proyecto.
2018 Noviembre-Diciembre => Inicio de proyecto.
2019 Enero-Marzo =>
• Sesión formativa de dos horas en Centro de Salud Delicias Sur. Dirigida a profesionales sanitarios, residentes de Medicina de Familia y pediatría y estudiantes de 5º y 6º de Medicina presentes en el período de rotación.
• Sesión formativa de dos horas para profesionales docentes en IES. Jerónimo Zurita.
2019 Marzo–Mayo => Realización de escalas psicométricas.
2020 Marzo–Mayo => Realización de escalas psicométricas.
2020 Septiembre => Finalización de proyecto.
2020 Octubre => Evaluación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0826 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0646 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

2. RESPONSABLE ..... AMPARO FUERTES DOMINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENGUAL GIL JOSE MARIA. PEDIATRA. CS DELICIAS SUR. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· DE LA FIGUERA VON WICHMAN ENRIQUE. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ MARIN EMILIO. MEDICO/A. CS DELICIAS SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopIa, de forma que los Médicos de Familia y Pediatras, adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutaneas susceptibles de cáncer cutaneo o atipia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ormación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)
Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).
Formación a los médico de A. p. en patologías que deban ser evaluadas a nivel de especialista (nevus atípcicos, lesiones precancerosas....)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%)
Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%).
Porcentaje de pacientes en los que se ha relaizado dermatoscopia y no se ha derivado a centro hospitalariop, dermatologia
Fuente de información: audit historias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2018
Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2018
Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2018
Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0646 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0985 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

2. RESPONSABLE ..... ESTEFANIA NDJOU'OU MURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO VICIEN ELENA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LLERA GUERRA RAQUEL. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CLEMENTE REY PATRICIA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· RUIZ GIMENO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GONZALEZ DIAZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Atención Urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones:
- Variabilidad en los criterios de atención urgente.
- Excesivas diferencias profesionales de formación e implicación.
- Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acumulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc...
- Dificultad en el seguimiento de procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la Atención Urgente (ej. desfibrilador).
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.

Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.

Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/ profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.

Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el usos de la misma.

Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.

Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.

Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.

Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.

Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/ urgencias extrahospitalarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable en la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)

Indicador: Existencia de dicho documento si/No.

Objetivo: Existencia de dicho documento.

Proyecto: 2018_0985 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo.

Objetivo: Superior al 80%

FI: informe del centro y/o visita EAP

Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP...

Objetivo: 80%

FI:informe del centro actas firmadas.

Número total de profesionales del centro que han asistido/ participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector

Objetivo: 80%

FI informe del centro actas firmadas.

Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines.
Objetivo: 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES DEL SERVICIO DE URG DEL CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0819 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN C.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS

2. RESPONSABLE ..... ELENA GASCON DEL PRIM
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LLERA GUERRA RAQUEL. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· CHAMORRO LASALA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· GOÑI ELORRI YOLANDA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· MONLEON SANZ YOLANDA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA YESTE MIGUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· EZQUERRA CAUDEVILLA MARIA VICTORIA. CELADOR/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso. Uso racional de recursos. Mejora en el grado de adhesion al tratamiento, integracion de AP-AE, GPC y aumento de la resolutividad de AP en la atencion de la IC

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar actividades preventivas en la ICC de los pacientes con IC
-Reducir el uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios
-Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumococica en pacientes con IC
-Potenciar los cuidados a todos los pacientes del programa
-Adecuar el tratamiento farmacológico en IC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Implementación de GPC
Formación: plan de formacion IC mediante sesiones clínicas del EAP, sesiones de gestión de casos
Cambios en la oferta de servicios. definición de una consulta monográfica, modificación de agendas, incorporación de plantilla autocuidados
Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo grupo IC, indicadores de seguimiento

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mejora de las actividades preventivas en ICC: actividad comunitaria dirigida a realización de actividad física, ayuda en el abandono del tabaco
Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC
Potenciación de los cuidados en IC: Nº de pacientes con diag de IC en los que conste vacunación antigripal. Objetivo aumento del 10% en vacunacion antigripal, respecto al año anterior
Porcentaje de paciente con diagnóstico de IC en los que consta registro del plan de cuidados: control de peso, perímretro cintura, TA. Objetivo medicion de la situación de partida . Fuente de datos OMI AP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto a desarrollar en periodo mayor de un año.
-Cambios en práctica clínica: Consensuar GPC e implementación
-Cambios en la oferta de servicios:Definición de consulta monográfica, incorporación de plantilla de autocuidados. Mayo-noviembre 2018
-Formación: sesiones de EAP y gestión de casos cada 60 dias
-Evaluación: Diseño de plantilla/trabajo grupo. Junio-octubre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0820 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EAP

2. RESPONSABLE ..... NOELIA SORINAS DELGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· DOMINGUEZ FENOLLE PILAR. PEDIATRA. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· VARO MORIANA MARIA GERTRUDIS. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· OTIN BENEDI DAVID. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA YESTE MIGUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La resistencia a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública y consideramos que su abordaje es un asunto prioritario para lo optimización de su uso. Colaborar con el programa IRASPROA para intentar mejorar el uso de antibióticos en AP

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar las resistencias a los antibióticos
Adherirse a los principios generales PROA
Realizar formación en el uso adecuado de antibióticos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asistencia a la jornada de presentacion de IRASPROA
Dar a conocer los principios generales PROA
Dar sesiones formativas relaccionadas con PROA, perfil de resistencias a antimicrobianos,infecciones más frecuentes y su tratamiento en AP
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Tener un referente o responsable en el uso de antibióticos
-Difundir los principios genrales PROA en AP
-Difusión del informe de consumo/resistencia a los antimicrobianos en el sector y EAP
-Realización de al menos 3 sesiones anuales
- Establecer un objetivo de porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA
- Disminuir DHD de antibióticos respecto a años anteriores

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De Abril a Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Adecuación en Farmacia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0894 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEA

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VICENTE GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· MURILLO CONTIN MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· ROMEO LAMBAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· SOBREVIELA PEREZ ANA. MATRONA. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· BUIL TEJERO BEATRIZ. MATRONA. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· VAL JIMENEZ NURIA. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO SERRANO ISABEL. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Este proyecto está enmarcado en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y en el ärea de Violencia contra la Mujer del Instituto Aragonés de la Mujer.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer la sensibilidad y los conocimientos de los profesionales del EAP en relación con la VG.
Concienciar a los profesionales del EAP sobre la VG.
Desarrollar herramientas que favorezcan la detección de la VG.
Detectar a lo largo del año 2018 mujeres víctimas de VG.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Encuesta a profesionales del EAP al inicio del proyecto para conocer su sensibilidad y conocimientos en relación a la VG.
Sesión de formación/recuerdo a los profesionales del uso del Servicio de Atención al Maltrato a la Mujer disponible en OMI.
Informar a los profesionales de la casuística del maltrato en la zona de salud de Ejea.
Sesión de formación en detección y manejo de la VG impartida por Dra Asun Cisneros, o en caso de no poder acudir ella, por profesionales que han realizado cursos de formación en VG.
Sesión acerca de Mutilación Genital Femenina impartida por Médicos del Mundo de Zaragoza a todo el EAP.
Sesión de formación-sensibilización acerca de prostitución y trata de personas con fines de explotación sexual impartida por Médicos del Mundo de Zaragoza a todo el EAP.
Impulsar la creación de alguna herramienta de screening/registro en OMI, como p ej introducir la pregunta de cribado "¿Qué tal con tu pareja?", útil para la detección de casos en Atención Primaria.
Encuesta a profesionales del EAP al final del proyecto, para valorar si han cambiado su sensibilidad y conocimientos en relación a la VG.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoración de los resultados de la encuesta al inicio y al final del proyecto, y comparación entre ambas.
Descripción de los casos detectados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se pasará la encuesta a los profesionales al inicio (junio) y al final (diciembre) del proyecto.
Se harán las correspondientes sesiones durante los 6 meses entre ambas fechas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. VIOLENCIA DE GENERO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Violencia de Género

Proyecto: 2018_1237 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO SANJUAN CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAL JIMENEZ NURIA. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· SORINAS DELGADO NOELIA. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR. PEDIATRA. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· ROMEO LAMBAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· MURILLO CONTIN MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· GOÑI ELORRI YOLANDA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN NASARRE DE LETOSA MARIA TERESA. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El duelo no es una enfermedad pero si un acontecimiento vital estresante. La reacción de duelo genera una demanda asistencial que debe ser atendida desde una perspectiva tanto social como sanitaria. Es un motivo de consulta habitual en Atención 1ª y existe un alto riesgo de medicalización. Ejea de los Caballeros cuenta con recursos sociales para su abordaje, además de los recursos sanitarios, pero es frecuente que los profesionales sanitarios desconozcan dichos recursos. La colaboración con asociaciones locales redundará en una mejor atención a la población.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar la atención socio-sanitaria de la población en situación de duelo en colaboración con servicios sociales y la asociación de la zona de apoyo al duelo (Osiris).
- Dar a conocer a los profesionales del EAP (equipo de atención primaria) la existencia y servicios que oferta dicha asociación estableciendo vínculos estables de colaboración.
-Ofrecer a la población cuidados complementarios para el duelo mediante la recomendación de activos por parte del EAP.
- Mejorar la prestación de servicios de la asociación mediante la oferta de asesoramiento y formación desde el Centro de Salud.
- Lograr a medio plazo mejorar la percepción de bienestar de los pacientes derivados a Osiris.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Presentación del proyecto, que se llevará a cabo en colaboración con la asociación de ayuda al duelo (Osiris), al EAP.
-Charla informativa impartida por la asociación al EAP, explicando su finalidad y las actividades que realiza.
-Ofertar asesoramiento y formación a la asociación para coordinar los criterios de atención al duelo.
-Definir los criterios de inclusión de los pacientes, sistema de registro, protocolo del servicio y criterios de derivación desde el EAP a la asociación.
-Colaboración con servicios sociales de la comarca con el objetivo de difundir y estimular la participación de otras entidades vinculadas al duelo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de profesionales del EAP que asisten a las reuniones informativas.
-Número de reuniones entre el grupo de Atención Comunitaria, servicios sociales y la asociación de ayuda al duelo, cuantificando su participación.
-Protocolo de actuación médica para pacientes susceptibles de inclusión en el proyecto.
-Número de pacientes con episodio de duelo en OMI registrado en 6 meses y de ellos cuantificar a los que se ha realizado la recomendación de activos.
-Número de pacientes, remitidos desde el Centro de Salud mediante hoja de derivación, que acuden a Osiris.
-Evaluación del grado de mejora de los pacientes mediante el uso de test específicos al inicio y a los 6 meses (test ITRD)
- Evaluación del grado de mejora percibida por los colaboradores de la asociación tras el asesoramiento y formación impartida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Presentación del proyecto al equipo, impartido por el responsable del proyecto. Sesión de 1 h de duración en la primera semana de junio de 2018.
-Charla informativa impartida por Osiris al EAP. Sesión de 1 h de duración la última semana de mayo de 2018.
-Formación a la asociación impartido por los componentes del proyecto en 2 sesiones de 1 h de duración entre los meses de julio y agosto de 2018.
- El proyecto tendrá una duración de 6 meses con inicio en junio de 2018 y finalización en diciembre de 2018.
-La evaluación de los objetivos planteados se realizará en la primera quincena de enero de 2019.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_1237 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1522 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... CAMELIA VALENTINA MARES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN NASARRE DE LETOSA MARIA TERESA. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· GALLEGO ROYO ALBA. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· SANCHO VICIEN ELENA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· AURIA SORO LORENA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· CLEMENTE REY PATRICIA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La gestión de las consultas que deben ser vistas en el día, ya sean urgentes como indemorables, supone un problema común en todos los centros de salud y que implica tanto a personal sanitario como no sanitario. En la mayoría de ocasiones, es el propio paciente el que decide la necesidad de la urgencia, desorganizando la agenda del facultativo y aumentando la demanda asistencial.
Este problema común en toda la comunidad, supone una gran carga asistencial en nuestro centro de salud en especial, por lo que se ha decidido implantar un proyecto, en acuerdo con la dirección de atención primaria del sector, para la mejorar la atención sanitaria, con la contratación de 5 nuevos profesionales de enfermería y medicina que serán un apoyo dentro del equipo de atención primaria realizando diversas laborales asistenciales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Valorar la mejora de la gestión de las consultas urgentes e indemorables dentro de la asistencia diaria. El objetivo es conocer:
- El número de pacientes que solicitan consulta indemorable urgente.
- Cuantas de estas consultas necesitaban atención inmediata y cuantas de ellas podrían gestionarse por el propio médico o enfermera de familia en días posteriores.
- Conocer si la solución del problema ha sido llevada a cabo por el profesional de medicina o enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar una reunión informativa al equipo de admisión del centro de salud para presentar el proyecto.
- Obtener durante dos meses (Noviembre/Diciembre) los pacientes citados en la consulta especifica de medicina y enfermería.
- Tras la consulta valorar una serie de ítems: Consulta indemorable real (SI/NO), (Solución insitu/ Solución a posteriori por su MEAP), Quien ha solucionado la asistencia (Medicina/Enfermeria).
- Evaluación tras los dos meses de las consultas realizadas y crear un plan de mejora de la citación y de la educación sanitaria de la población en dependencia de los resultados.
- Información al equipo de atención primaria sobre los resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Durante 2 meses: (Noviembre/Diciembre)
- Número de pacientes citados en la consulta
- Consulta indemorable real (SI/NO),
- Solución del problema (In situ/ derivación a MAP / Derivación a urgencias)
- Quien ha solucionado la asistencia (Medicina/Enfermeria).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre: Reunión con el equipo de admisión para gestión de las consultas.
Noviembre/Diciembre: Obtención de datos
Enero/Febrero: Evaluación de los datos
Marzo /Abril: Propuestas de mejora

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA QUE NECESITA ATENCIÓN DE URGENCIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0124 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL EN POBLACION INFANTIL DE 6 A 8 AÑOS DEL C.P. "MAMES ESPERABE" DE EJEA DE LOS CABALLEROS, BASADA EN HABITOS DIETETICOS BUCOSALUDABLES

2. RESPONSABLE ..... JAVIER AGUADO CASADO
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION. HIGIENISTA DENTAL. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. SALUD BUCODENTAL
· NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA. ENFERMERO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· FENOLLE DOMINGUEZ MARIA PILAR. PEDIATRA. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
SE CONSTATA LA ALTA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN POBLACIÓN INFANTIL QUE NO DISMINUYE COMO DESEARÍAMOS PESE A LA PRÁCTICA DE MEDIDAS PREVENTIVAS (USO DE COLUTORIOS FLUORADOS, FLUORIZACIONES TÓPICAS EN CONSULTA Y EDUCACIÓN EN HIGINE BUCODENTAL). DICHAS PRÁCTICAS APARECEN REFLEJADAS DETALLADAMNETE EN LA HISTORIA CLÍNICA.
EN LO REFERENTE A LOS HÁBITOS DIETÉTICOS ESTE CONTROL QUEDA A CARGO DE LA UNIDAD FAMILIAR, CARECIENDO EN CONSULTA DE REGISTRO SOBRE ESTOS.POR ELLO SE CONSIDERA OPORTUNO QUE EXISTA UN REGISTRO DE CONTROL DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS, FOLLETOS INFORMATIVOS SOBRE EL TEMA CITADO Y MAYOR IMPLICACIÓN EN DOCENCIA SOBRE EL TEMA REALIZANDO CHARLAS EDUCATIVAS DIRIGIDAS A PADRES, PROFESORES Y NIÑOS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-SE ESPERA OBTENER UN AUMENTO EN EL CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS DIETÉTICOS BUCOSALUDABLES EN NIÑOS, PADRES Y PROFESORES.
-POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE 6 A 8 AÑOS DEL COLEGIO MAMES ESPARABÉ DE EJEA DE LOS CABALLEROS(INCLUIDOS EN PROGRAMA PABIJ),PADRES DE DICHO ALUMNADO Y SUS PROFESORES.
-COMO INTERVENCIÓN SE REALIZARÁN CHARLAS CUYO CONTENIDO VERSARÁ SOBRE ALIMENTOS Y BEBIDAS CARIOGÉNICAS, PIRAMIDE ALIMENTICIA, SE PASARÁ TEST DE CONOCIMIENTOS PREVIOS Y POSTERIORES A LA CHARLA Y ASI MÍSMO SE INFORMARÁ A LOS PADRES SOBRE EL PROGRAMA PABIJ Y UNA TABLA QUE DEBERÁN TRAER A LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL SOBRE LA DIETA DEL NIÑO DURANTE SIETE DÍAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-CHARLAS EDUCATIVAS A PROFESORES Y NIÑOS CON EMPLEO DE MEDIOS AUDIO VISUALES.(POWER POINT, VIDEOS Y POSTERES: UNA CHARLA ANUAL POR RANGO DE EDAD: TOTAL. 3 CHARLAS
-CHARLA INFORMATIVA PARA PADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS DEL CITADO COLEGIO. TOTAL: 1 CHARLA.
- REALIZACIÓN DE TRÍPTICO INFORMATIVO QUE SE UBICARÁ EN LA PROPIA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL.
-CREACIÓN DE LA TABLA DE AUTO REGISTRO DE DIETA Y EXPLICACIÓN A LOS PADRES DE LA MISMA.
-CREACIÓN DE HOJA DE TEST DE CONOCIMIENTOS .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-VALORACIÓN CON LA TABLA DE AUTO REGISTRO DE DIETA DEL DESCENSO EN EL CONSUMO DE ALIMENTOS NO BUCOSALUDABLES.
-PORCENTAJE DE ASISTENCÍA A LAS CHARLAS PARA PADRES.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- MAYO.CONTACTO TELEFÓNICO CON DIRECCIÓN DEL COLEGIO Y REALIZACIÓN DE PROYECTO DE CALIDAD.
-SEPTIEMBRE. REUNIÓN PERSONAL CON DIRECCIÓN PARA INFORMARLES DEL PROYECTO Y CONCRETAR FECHAS PARA CHARLAS DE PADRES Y ALUMNOS
-NOVIEMBRE. IMPARTICIÓN DE CHARLAS.
- EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS EN CONSULTA .
-DURACIÓN: SEPTIEMBRE A JUNIO DE L CURSO ESCOLAR.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. SALUD BUCODENTAL
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1515 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL

2. RESPONSABLE ..... NOELIA CONCEPCION MARCO RUIZ
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUIL TEJERO BEATRIZ. MATRONA. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· MILLAN FERNANDEZ YOLANDA. HIGIENISTA DENTAL. CS UNIVERSITAS. SALUD BUCODENTAL
· OBON NOGUES JESUS. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS UNIVERSITAS. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
LA GINGIVITIS ES LA ALTERACIÓN INFLAMATORIA DE LA ENCÍA CARACTERIZADA POR NO EXISTIR MIGRACIÓN DEL EPITELIO DE INSERCIÓN, NI PERDIDA DEL SOPORTE OSEO QUE LA MANTIENEN FIRME EN LA CRESTA ALVEOLAR MAXILAR. MAYORITARIAMENTE SON ASINTOMÁTICAS, APRECIANDO EL PACIENTE UN SANGRADO GINGIVAL ESPONTÁNEO O CON EL CEPILLADO DENTAL Y UNA COLORACIÓN ROJIZA DE LAS ENCÍAS. LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCÍA Y OSTEOINTEGRACIÓN REFIERE QUE MÁS DE LA MITAD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 35 AÑOS PADECE GINGIVITIS. ATENDIENDO A LA ALTA PREVALENCIA DE LA CITADA PATOLOGÍA EN LA POBLACIÓN, AUSENCÍA DE PROTOCOLO PARA SU PREVENCIÓN Y TRATANDOSE DE UNA CONSULTA MUY FRECUENTE EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL SE CONSIDERÁ PERTINENTE REALIZAR ESTE PROYECTO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO INFORMATIVO SOBRE PREVENCIÓN DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL.
- PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO EN LAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S DE EJEA DE LOS CABALLEROS Y C.S UNIVERSITAS..
- EDUCACIÓN DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL SOBRE LOS FACTORES MODIFICABLES EN EL ESTÍLO DE VIDA Y ALIMENTACIÓN QUE PUEDEN INFLUIR EN EL DESARROLLO DE LA PATOLOGÍA.
- INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD.
- PROPORCIONAR AL PACIENTE INSTRUCCIONES SOBRE TÉCNICA ADECUADA DE HIGIENE ORAL Y EMPLEO DE MEDIOS ADICIONALES QUE PUEDEN PREVENIR LA ENFERMEDAD(IRRIGADORES, USO DE COLUTORIOS, CEPILLOS INTERPROXIMALES..).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- ELABORACIÓN DE DIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES.
- ELABORACIÓN DE POSTER QUE SE COLOCARÁ EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL.
- PREVENCIÓN EN CONSULTA MEDIANTE EDUCACIÓN EN TÉCNICAS ADECUADAS DE HIGIENE.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- REVELADOR DE PLACA.
- INDICE DE SANGRADO GINGIVAL.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO (MAYO 2018)
- ELABORACIÓN DE DÍPTICO(ENTRE JUNIO- SEPTIEMBRE 2108)
- ELABORACIÓN DE POSTER (ENTRE SEPTIEMBRE 2018- NOVIEMBRE 2018)
- EDUCACIÓN EN CONSULTA DE FORMA PERMANENTE.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA ODONTOLOGÍCA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0640 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROA. PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ LOPEZ ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibioticos y a nivel de la comunidad Araón, con la resolucion del 5 de febrero de 2018 se aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas para un mejor uso de los antibióticos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
optimizar el uso de antimicrobianos para evitar resistencias.
Adherirse a los principios generals PROA
Realizar formacion en uso adecuado de antibióticos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA 13 abril
Dar a conocer los principios generales PROa
Dar sesiones formativas relacionadas con PROa, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones mas frecuentes y su tto en A.P.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo ISASPROA en Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fijar un responsable/referente del uso de antibioticos en el equipo (abril)
Difusion de los principios generales PROA en AP (mayo)
Indicador: Difusion del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP (septiembre)
Objetivoformacion sobre uso adecuado de antimicrobianos
Indicador: Nº sesiones realizadas sobre PROA:
presentacion del programa, principios generales, consumo de antimicrobianos/perfil resistencias. Porcentaje de profesionales asistentes, 3 sesiones anuales
siendo el objetivo un porcentaje de profesionales asistentes del 80%
FI: informe del centro de actas firmadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril a diciembre 2018. Con previsión de prolongar los proximos años.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0853 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE EPILA

2. RESPONSABLE ..... ROSA GONZALEZ SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Cambios en la oferta de servicios: definición de una consulta monográfica, modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria o consulta monográfica con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados /Comunitaria: mayo-noviembre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0853 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE EPILA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0917 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS PEDIATRICOS EN LOS CENTROS DE EDUCACION INFANTIL DE EPILA, LA MUELA Y LUMPIAQUE

2. RESPONSABLE ..... ETHEL GRACIA CERVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ NUÑEZ JAVIER. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· SANZA PILAS JESUS. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· IZQUIERDO RIOS CRISTINA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ALONSO BEATRIZ. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· GRACIA ANDRES MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS EPILA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
- El proyecto surge como respuesta a la petición de los centros de educación infantil de nuestra zona de salud, de recibir formación en primeros auxilios.
- Tener una formación básica en primeros auxilios es fundamental para poder hacerse cargo de la primera atención en situaciones de urgencia, en las que es necesario actuar antes de recibir la asistencia sanitaria especializada.
- Una rápida intervención es esencial para prevenir secuelas importantes que puedan derivarse del retraso en la atención a dichas situaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Dotar al personal docente de los centros de educación infantil, así como a los padres y madres, de las habilidades y conocimientos necesarios para una eficaz respuesta ante situaciones de emergencia hasta la llegada de los efectivos sanitarios.
- Capacitar a la población adulta en contacto con niños para prestar la asistencia inmediata ante una emergencia pediátrica, que pueda acontecer en el centro escolar o en el domicilio.
- Facilitar la relación entre personal sanitario y resto de la población, fomentando la participación comunitaria.
- Explicar el modo correcto de actuación en situaciones que requieran maniobras de primeros auxilios tales como: Convulsiones, anafilaxia, hipoglucemia, traumatismos, hemorragias, atragantamiento, síncope, crisis de asma.
- Disminuir el temor ante situaciones complicadas y resolver las dudas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Presentación del proyecto al equipo de atención primaria.
- Contacto telefónico con las directoras de los centros de educación infantil de Épila, La Muela y Lumpiaque para elaborar un calendario conjunto.
- Reuniones de equipo para diseñar la actividad y preparar los recursos audiovisuales y el material necesario.
- Difusión a través del equipo docente y del centro de salud a padres y madres.
- Explorar las necesidades e inquietudes de la población mediante la solicitud previa de dudas y temas que susciten mayor interés.
- Realización de talleres teórico- prácticos, simulacros con casos clínicos y prácticas con maniquíes.
- Evaluación del proyecto y presentación de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Participación: Nº asistentes en cada sesión impartida/Nº asistentes previsto.
- Dudas planteadas/dudas resueltas.
- Encuestas de satisfacción: > 90% satisfechos o muy satisfechos.
- Evaluación de conocimientos y destrezas alcanzados a través de casos prácticos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se desarrollará a lo largo del curso escolar 2018-19.
Las sesiones teórico-prácticas tendrán una duración de 2 horas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0924 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP DE EPILA

2. RESPONSABLE ..... JESUS SANZA PILAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA CERVERO ETHEL. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ ALONSO BEATRIZ. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· BARRERA LINARES FERNANDO. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopIa, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutaneas susceptibles de cáncer cutaneo o atipia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)
Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2018
Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2018
Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2018
Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_1023 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EPILA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER SANCHEZ NUÑEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYO CHOPO YOLANDA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ IGUAZ SUSANA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR PEREZ INMACULADA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· GALAN BURILLO NURIA. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· SANZA PILAS JESUS. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La atención urgente es un punto sensible en un equipo de EAP por:
variabilidad en criterios de atención urgente
excisivas diferencias profesionales en implicación y formación
Inadecuada organización y mantenimiento de las salas de urgencias y maletines, asi como de medios terapéuticos como el desfibrilador.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Definir un procedimiento con los contenidos basicos del carro de paradas y de e,ergencias con la propuesta organizativa estandarizada
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
evitar las demoras en atencion urgente mediante un domumento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se le indique cual es el criterio para designar al porfesional responsable de la atenciópn urgente tanto en el centro de salud como domiciliaria.
Mejorar la eficiencia del sistema mediante un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atencion para racionalizar la misma.
mantener las habilidades profesionales en atencion urgente y rcp
Mejorar la gestion de la sala de urgencias, del carro y maletines

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de paradas y maletin de urgencias.
Proporcionar a los profeionales del EAP una matriz que definan el procedimiento para la asignación de casos de atención urgente.Asi mismo se contemplaran las situaciones excepcionales
Promover la autoformaciñon en atención urgente en los centros de salud
Situar en lugares estrategicos documentos graficos con evidencia cientifica(algoritmos) sobre la atencion urgente
Diseñar material formativo para la población con las indicaciones de uso de la atención continuada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Creacion de un documento explicito y conocido por todos los prfesionales en el que se indique cual es el creiterio para designar a los responsables de la atención urgente tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro(fuente de información (fi)) existencia de dicho documento
Indicador: existencia de dicho documento.
opbejtivo: existencia de dicho docmuento
indicador: porcfentaje de profesionales conocedores del mismo
objetivo: superior al 80%
FI: informe del centro y/o vista al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han `participado en formacion en patología urgente y en RCP.
obejtivo: superior al 80%
FI: informe del centro con actas firmadas.
Numero total de profesionales del centro de salud que han asistido/participado en una sesion relativa a urgencias/numero total de profesionales del sector
Objetivo: 80%
fi: informe del centro con actas firmadas.
Que exista constancia por escrtio de los contenidos y revisiones de mantenimiento de carro de paradas, sala de urgencias y maletines
objetivo80%
FI: informe del cenrto o visita al EAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De mayo a diciembre 2018. se preve la continuacion hasta el total desarrollo del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1023 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EPILA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. atencion urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1565 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... NURIA GALAN BURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ IGUAZ SUSANA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· AZNAR PEREZ INMACULADA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· ROYO CHOPO YOLANDA. MEDICO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ NUÑEZ JAVIER. ENFERMERO/A. CS EPILA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En mucha ocasiones, en el Servicio de urgencias nos encontramos que tenemos que realizar una cura o una sutura y no disponemos de material necesario o instrumental esterilizado, por lo que debemos realizar la cura o sutura con material inadecuado o ausentarnos de la sala para buscar el material necesario. Vemos necesario la puesta en marcha de este proyecto para mejorar la atención sanitaria y que ésta sea de mayor calidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disponer en todo momento de material de curas y material instrumental correctamente esterilizado para poder prestar una atención sanitaria de calidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de una hoja de registro de revisiones y falta de material.
- Establecer un listado de material necesario en la sala.
- Comprobar al inicio y fin de cada guardia la existencia de material de cura y material instrumental esterilizado reponiendo lo que falte.
- Verificar mensualmente la fecha de caducidad de la esterilización.
- Establecer unas normas de correcta esterilización (sellado del paquete, poner fecha de esterilización, procedencia del material)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Disponibilidad permanente de material de cura e instrumental para prestar la atención sanitaria.
- No de incidencias por falta de material.
- No de revisiones de material realizadas / No de revisiones programadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Julio 2018: Elaboración de registros y puesta en marcha.
Enero 2019: Evaluación

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NINGUNA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0642 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALRIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR

2. RESPONSABLE ..... DANIEL HORENSTEIN DRUCAROFF
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO MARTINEZ ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION CONTINUADA EN AP
· LOPEZ CUARTERO ELENA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· ESPINACH LOSADA ALICIA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL GARCIA ALICIA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· CANTIN BARRERA RAQUEL. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
-Ante las diversas deficiencias en cuanto a la organizacion y mantenimiento de la sala de urgencias y coche. se hace necesario protocolizar la gestion de la sala de urgencias maletin y carro.
-Inadecuado uso de la poblacion en horario de atencion continuada.
-Diferencias de criterios de uso de antibioticos entre profesionales.
-Falta de procedimiento para la asignacion de los casos en la atencion urgente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Definir un procedimeinto standarizado de revisiones de sala de urgencias, maletines y coche.
- Mantenimiento y continuidad del protocolo del carro de paradas realizado el año anterior.(actualizado en 2018)
- Establecer criterios en cada momento para designar a los profesionales ante una atencion urgente tanto a domicilio como en centro.
- Racionalizar uso de atencion continuada por parte de la población.
- Mantener habilidades profesionales en atencior urgente y RCP.
- Unificar criterios de uso de antibioticos entre profesionales

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar curso de RCP promovido por la direccion de A primaria en el propio centro.
- Proporcionar a los profesionales una matriz donde se defina el procedimiento para asigancion de casos en atencion urgente,asi mismo se contemplran las situaciones excepcionles de ausencia del profesional designdao por causas no previsibles. Situar en lugar visible a los profesionales, la matriz.
- Exponer en la sala de urgencias documentos graficos sobre la atencion en patologia urgente (algoritmos).
- Establecer una plantilla de revison semanal de todo el material de sala de urgencias y coche

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia del documento en el que se indique el criterio para designar al profesional responsable de la atencion urgente (difusion y conocimeinto del equipo): INDICADOR: EXISTENCIA DE DICHO DOCUEMNTO s/n.
INDICADOR. PORCENTAJE DE PROFESIONALES CONOCEDORES DEL MISMO. OBJETIVO: MAYOR DE 80%
INDICADOR: NUMERO DE PROFESIONALES QUE HAN ASISITIDO A FORMACION DE RCP. OBJETIVO 80%(FI ACTAS FIRMADAS)

INDICADOR: COSTANCIA DE LOAS REVISONES DE MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS COCHE Y MALETINES. OBJETIVO 80% (FI PLANTILLAS DE REGISTRO)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De abril a diciembre de 2018.Se prevee la continuación hasta el total desarrollo del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. patologia urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0874 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE GALLUR

2. RESPONSABLE ..... ALICIA BERNAL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ CUARTERO ELENA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2.Modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.Actividad Comunitaria: "Paseos Saludables".
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria (Paseos saludables) con repercusión en el riesgo cardiovascular en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De Mayo a Diciembre 2108

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INSUFICIENCIA CARDÍACA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1022 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES POR MALLEN Y BOQUIÑENI

2. RESPONSABLE ..... MARINA SARASA OLANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAL GARCIA ALICIA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· BARREDO ALLOZA ARSENIA. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CUARTERO ELENA. ENFERMERO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Detectamos en la población general falta de hábito de ejercicio físico. Pensamos que desde nuestra posición de sanitarios podemos influir en la actitud de determinado grupo de pacientes, para empezar a pasear.
Nos parece muy oportuno iniciar a la población de la ZBS al hábito del paseo (caminar 45 min.).
El recurso va a ser los tiempos de los sanitarios comprometidos con el proyecto.
Los beneficios hacia los individuos y hacia la comunidad creemos que van a ser muy importantes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con esta actividad se pretende habituar a la poblacón de mediana edad a realizar 3 paseos semanales de 45 minutos.
Así pensamos conseguir mejorar y/o prevenir a nivel individual:
-Problemas cardio-respiratorios.
-Circulatorios.
-Músculo-esqueléticos.(artrosis, osteoporosis...)
-Mejora salud mental (reducción del stress, mejorar el insomnio...)
-Ayuda a perder peso o a mantenerlo .
A nivel comunitario:
-Ayuda a socializar y dinamiza grupos activos en la comunidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar 3 paseos semanales de 45 minutos con calentamiento previo y estiramiento adecuado después de la actividad, evitando lesiones y adaptando la marcha a las posibilidades de cada individuo.Los paseos acomapañados por los sanitarios seran semanales. Pero el grupo se reunirá 2 veces más por semana.
Se convocará a una reunión previa al arranque de la activadad para proponer horarios. Los paseos se realizarán por las zonas aptas para paseos de cada municipio y se utilizarán para inicio y final de paseo las zonas verdes minicipales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de personas que terminan la actividad / número de personas que comienzan.
Pensamos que un grupo óptimo serían 20 personas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De junio a octubre 2018. Apartir de en octubre a convenir con los grupos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1291 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

2. RESPONSABLE ..... ELENA LOPEZ-FRANCO JIMENEZ
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ ECHEVERRIA MERCEDES. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO VALENTI PILAR. MEDICO/A. CS GALLUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas.
Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De abril a diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda patología infecciosa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0589 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ELIAS VILLANUEVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DUEÑAS AGULLO FRANCISCO JESUS. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· BELLOSO ABAD ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· BOIRA CUEVAS MARINA. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ALCAINE ALEGRE BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN GOMEZ SUSANA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el C. S. de Herrera de los Navarros, se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Teniendo en cuenta que el dolor de espalda es un motivo muy frecuente de consulta médica, dado que según determinados estudios cerca del 80% de la población sufrirá dolor de espalda o de cuello a lo largo de su vida, siendo además un motivo frecuente de baja laboral; creemos interesante plantearnos realizar actividades en pequeños grupos para fomentar hábitos de vida saludables, promoviendo pautas de higiene postural, así como ejercicios de estiramiento y potenciación muscular, con el objetivo de prevenir sobrecargas, mejorar la forma física y conseguir la disminución de prescripción de analgésicos en procesos banales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Incrementar la interacción de los profesionales sanitarios con su población objetivo fuera de las consultas, favoreciendo su proximidad y mejorando así su nivel de confianza.

• Dotar a nuestros pacientes de herramientas y conocimientos teórico-prácticos adecuados, desarrollando un programa educacional de la salud de la espalda para evitar trastornos musculo-esqueléticos y lesiones cervicales y dorso-lumbares generadas, en muchas ocasiones, por malas posturas y hábitos de vida insanos.

• Facilitar la identificación de las situaciones de riesgo musculo-esquelético tanto en la vida diaria como en el entorno laboral.

• Proporcionar estrategias y consejos útiles para la realización de actividades de la vida diaria, economizando esfuerzos y evitando tensiones innecesarias.

• Concienciar a la población sobre la importancia de tener hábitos saludables y de practicar, de forma regular en su domicilio, los ejercicios de estiramiento, fortalecimiento y corrección muscular aprendidos y adaptados a sus características individuales, para prevenir la aparición de episodios dolorosos o acelerar su recuperación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Selección de temas
• Factores de riesgo para la columna vertebral.
• Normas de higiene postural y ergonomía. Buenas prácticas posturales en las actividades de la vida diaria.
• Ejercicios prácticos: Posturas básicas. Columna cervical. Columna dorso-lumbar.
• Salud integral de la espalda: Actividad física y deporte. Alimentación y sobrepeso. Tabaquismo. Estrés y sueño.

2.- Elaboración de la parte teórica y elección de los ejercicios.

Programa Educacional de la salud de la espalda: Utilizaremos material audiovisual, (PowerPoint y videos) para amenizar tanto la parte teórica como la práctica. En cuanto a los ejercicios físicos se realizarán estiramientos y fortalecimiento muscular utilizando la regla del “ no dolor”, evitando todos aquellos movimientos que produzcan dolor a cada paciente para adaptarlos de forma individual.

3.- Elaboración de las encuestas de satisfacción.

Se elaborará una encuesta de autoevaluación al inicio del programa, con el objeto de poder detectar los posibles hábitos perjudiciales y otra al finalizar el programa para valorar los conocimientos adquiridos, así como la satisfacción con la realización del programa educativo.

4.- Información a la población y carteles informativos.

Informaremos a la población de la realización del taller educativo en las consultas, tanto médicas como de enfermería. Además, se elaborarán carteles informativos que se colocarán en la zona de admisión del Centro de

Proyecto: 2018_0589 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

Salud de Herrera de los Navarros y en los consultorios.

5.- Recogida de datos y evaluación.

Los datos se reflejarán en una Tabla diseñada para este fin.
En las evaluaciones se medirán diferentes parámetros tales como: mejoría del dolor, práctica de ejercicios, adhesión y/o mantenimiento de hábitos saludables, etc..
Se realizará una evaluación parcial al término del primer ciclo y una evaluación final en diciembre. Una vez transcurridos seis meses se realizará otra evaluación de control para conocer el impacto del programa y mantenimiento del aprendizaje.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº talleres programados / nº talleres realizados >80%
Los talleres se realizarán mensualmente. Durante el mes de mayo se hará difusión del programa y se captará a los pacientes interesados. Se desarrollará un primer ciclo con 2 talleres durante los meses de junio-julio y un segundo ciclo durante los meses de octubre-noviembre con otros 2 talleres.
Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%
Se evaluará el porcentaje de pacientes satisfechos respecto al número de asistentes con una encuesta de 10 items y una escala de valoración que irá del 1 al 10

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Planificación del proyecto: Mayo 2018

La duración estimada de cada sesión será de unos 60 minutos, pero se podrá adaptar a las circunstancias que se produzcan.

Realización de los talleres: primer ciclo: junio-julio; segundo ciclo: octubre-noviembre

Evaluación parcial: septiembre 2018

Evaluación final: diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1358 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD HERRERA DE LOS NAVARROS

2. RESPONSABLE ..... MARINA BOIRA CUEVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· POLO PASCUAL MANUELA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GORDO BLANCO ISABEL. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARTIN GOMEZ SUSANA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· ALCAINE ALEGRE BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA
· BELLOSO ABAD ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS HERRERA DE LOS NAVARROS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las situaciones de urgencias vitales requieren rapidez de acción, entrenamiento previo y conocimiento de la localización del material y medicación de urgencias.
La variabilidad en los criterios de atención urgente y las excesivas diferencias profesionales, formación e implicación, junto a la indecuada organización y mantenimiento de la sala de urgencias y maletines, y la dificultad en el seguimiento de los procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos, hacen necesario este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1-Evitar las demoras en la Atención Urgente, mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales, en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/profesionales responsables de la atención urgente (emergencia), tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
2-Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
3-Organización del Carro de Paradas y Emergencias.
4-Actualización de los Cajetines de Medicación y Maletines de Urgencias, y organización del control de los mismos.
5-Reorganización de la Sala de Urgencias y organización del control de las caducidades y esterilización del material.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en Atención Urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en Atención Urgente en el Centro de Salud entre RCP y otros cuadros de Patología Urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de Atención Primaria como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos), sobre la Atención de la Patología Urgente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro (fuente de información (FI) existencia del documento).
-Indicador: Existencia de dicho documento Sí/No
Objetivo: Existencia de dicho documento Sí/No
-Indicador: porcentaje de profesionales conocedores del mismo.
Objetivo: superior al 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.
2. Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y en RCP.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro: actas firmadas o certificados de cursos realizados.
3. Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De junio 2018 a diciembre 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarroyo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_1358 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD HERRERA DE LOS NAVARROS

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención Urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0813 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON.GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

2. RESPONSABLE ..... MARTA TIRADO AZNAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· BUENO VALERO ALICIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LOPEZ MONTEAGUDO GEMA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· BLESA RAMIREZ MARIA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· AGUARON CRESPO MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Para entender esta iniciativa es obligado explicar que la llegada de 5.000 a 8.000 temporeros a nuestra Comarca, se hace de forma masiva a lo largo de cuatro o cinco meses, y que, desde hace años, las condiciones laborales y sociales no son siempre las adecuadas.
“La Mesa de Campaña” se reúne previamente y también al finalizar la campaña, para mejorar la coordinación entre los distintos sectores que participan en el desarrollo de la misma: servicios sociales, educación, salud, seguridad ciudadana, sindicatos, organizaciones empresariales, entidades sociales y representantes municipales e institucionales. aspectos variados de la organización sanitaria, policial, salarial, de mediación, de alojamiento, etc.
Desde el Centro de Salud objetivamos este aumento masivo de la población y nos dimos cuenta de que raramente acuden a las consultas a demanda, y no tienen médico de cabecera asignado, por lo que principalmente se les atiende de urgencia por cualquier motivo, sea urgente o no.
En ocasiones el entorno habitacional de estas personas no es el mas adecuado, y sus jornadas laborales les impiden acudir por la mañana a una consulta médica, pues su objetivo es trabajar y no ausentarse; es por ello que acuden al Servicio de Urgencias al finalizar la jornada para solicitar asistencia sanitaria.
El no haber regularizado su Tarjeta Sanitaria previamente conlleva problemas de registro y sanitarios importantes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos de dicho Proyecto son los siguientes:
-Informar a la población que acude a trabajar de su derecho a asistencia sanitaria, pero solicitando su Tarjeta Sanitaria correspondiente de forma reglada y con sus documentos identificativos correspondientes.
-Solicitar la ayuda para la difusión de dicha información al Consejo de Salud, Entidades Sociales y Mesa de Campaña.
-Difundir información y solicitar colaboración a las organizaciones empresariales, asociaciones de empresarios y a empresas agrícolas que gestionan contratos laborales.
-Diseñar en colaboración con la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios un Documento de Recogida de datos básicos y accesibles para el temporero, con el fin de que pueda darse de alta como “Desplazado Temporal” en nuestro Sistema Sanitario.
-Facilitar dicha gestión desde Unidad de Admisión del Centro de Salud de La Almunia.
-Atención Sanitaria de calidad con pacientes activos en el sistema informático del SALUD.
-Registro adecuado de las atenciones sanitarias con el objetivo de solicitar apoyo Médico, Enfermero y Administrativo a la Dirección de Atención Primara, justificado por la sobrecarga de demanda asistencial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones del Consejo de Salud Trimestrales.
Reunión informativa inicial con Empresarios y Entidades colaboradoras el 14 de mayo 2018.
Reunión de "Mesa de Campaña" al comienzo de campaña y al final.
Reunión con Mediadores y Personal de Duchas y Trabajadoras Sociales.
Cartelería Informativa en español, inglés, rumano y árabe.
Comunicación desde el FORO DE LA INMIGRACIÖN.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores a medir:
Tramitación de tarjeta sanitaria desde Servicio de Admisión del C.S. de La Almunia durante los meses de Campaña (mayo a octubre).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio en Mayo 2018 hasta Octubre de 2018.
Reuniones previas informativas en Consejo de salud.
Reuniones con Entidades Sociales durante estos meses.
Reuniones de "Mesa de Campaña"
Reuniones evaluadoras del Proyecto tras finalizar Campaña durante los meses de octubre y noviembre

Proyecto: 2018_0813 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON.GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

9. OBSERVACIONES.
Somos conscientes de que el proceso es largo, y de la necesidad de la colaboración desde todos los ámbitos, ya que es un Proyecto Transversal.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención comunitaria, acceso sanitario al inmigrante
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0899 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

2. RESPONSABLE ..... MARIA BLESA RAMIREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BRAVO ANDRES RAQUEL. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· COMPES LORENTE ALBERTO. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· ESCRIBANO PARDO DANIEL. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· BADESA MONREAL MARIA JOSE. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· GALLEL URGEL MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Insuficiencia Cardiaca (IC) es una patología crónica con una incidencia y prevalencia crecientes, que constituye un problema de salud pública, debido a:
- La IC es la 4º causa de muerte cardiovascular en España. Ocasiona el 10% de los fallecimientos por causa circulatoria en varones y el 16% en mujeres. En España mueren más de 17.000 personas al año por IC.
- Prevalencia global en España: 4,7 – 6,8%, que aumenta exponencialmente a partir de los 75 años, llegando a afectar al 16% de la población (estudio PRICE)
- Representa el 3 -5% de los ingresos hospitalarios y es la 1ª causa de hospitalización en mayores de 65 años. Aproximadamente un 2 – 3 % del total del gasto sanitario se destina a la IC, y el 75% del gasto sanitario que genera esta enfermedad, se debe a los ingresos hospitalarios.
- La IC es una enfermedad de mal pronóstico, con una tasa de supervivencia inferior a la de algunos cánceres (mama, próstata).
- Ocasiona una baja calidad de vida debido a la sintomatología, los frecuentes reingresos y los efectos secundarios de los fármacos.

La dificultad en el diagnóstico en fases muy iniciales de IC, cuando el paciente tiene síntomas muy poco específicos es un reto para Atención Primaria, y esto provoca que habitualmente se controle y trate sólo a los pacientes sintomáticos, para los que el pronóstico es malo.
El abordaje actual de esta enfermedad se centra en la prevención y el diagnóstico precoz, ya que sólo en fases preclínicas o iniciales podemos llegar a modificar la historia natural de la enfermedad.
La estrategia inicial se basa en : incidir en los factores de riesgo de la IC (HTA, Hipertrofia ventrículo izdo., Diabetes Mellitus, Cardiopatía isquémica), e identificar individuos que sufren la enfermedad en fases iniciales.
El tratamiento debe individualizarse y requiere una revisión periódica donde se ajusten los objetivos específicos, así como asesoramiento sobre el modo de vida (educación sanitaria)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Mejorar las actividades preventivas en la IC.
2.- Reducción del uso de los Servicios de Urgencias hospitalarios y de los ingresos en pacientes con IC descompensada.
3.- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como 1ª medida de prevención primaria.
4.- Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa.
5.- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Cambios en la práctica clínica: implementación de Guias de Prática Clínica (GPC), vía clínica.
2.- Plan de formación en IC: sesiones EAP, sesiones de gestión de casos.
3.- Evaluación: diseño de plantilla cuidados IC, trabajo grupo IC: listados, indicadores de seguimiento.
4.- Comunicación del desarrollo del Proyecto: reunión EAP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Mejora actividades preventivas en IC: Actividad comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en contexto de IC.
2.- Reducción uso urgente servicios sanitarios del hospital:
Nº ingresos urgentes por descompensación de IC / Nº ingresos urgentes por descompensación de IC en el año anterior. (objetivo: ?2%)
3.- Potenciación cuidados en IC:
Nº de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica. (objetivo: ?10% en vacunación antigripal y ?5% en vacunación antineumocócica respecto al año anterior).
4.- % de pacientes con IC enlos que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, TA) (objetivo: medición situación de partida)
5.- Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con IC a los que se ha hecho revisión del tratamiento. (objetivo > 50%)
6.- % pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)

Proyecto: 2018_0899 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

7.- % de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1.- Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/ vía clínica.
2.- Elaboración plantilla autocuidados (mayo-noviembre 2.018)
3.- Formación: Sesiones EAP/ Sesiones Gestión de casos (mayo- diciembre 2.018)
4.- Evaluación: desarrollo del diseño plantilla, sesiones de trabajo, listados, indicadores (junio-diciembre2.018)
5.- Comunicación: reuniones de Equipo en todo el período del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0911 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DÑA GODINA

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LISON SILVESTRE. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· GALLEL URGEL MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· PUERTAS ERAUSO PAULA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· CONTE GALVEZ MARIA MARTA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· SAN MIGUEL HERNANDEZ MARIA CONSUELO. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· MAGAÑA JULIAN ELENA. TCAE. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP.
Razones:
- Variabilidad en los criterios de atención urgente
- Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
- Dificultad para una adecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc.
- Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
- Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
- Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
- Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
- Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
- Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
- Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
- Promover la autoformación en atención urgente en el centro de salud de La Almunia mediante sesiones clínicas de aspectos clínicos y organizativos de la atención urgente.
- Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
- Promover actividades dirigidas a la población para un uso adecuado del servicio de urgencias del Centro de Salud de La Almunia, informando a Consejo de Salud y Asociaciones de vecinos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro.
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%

- Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del EAP La Almunia
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
- Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%

Proyecto: 2018_0911 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DÑA GODINA

FI: informe del centro y/o visita al EAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde la presentación del presente proyecto, 27de mayo, hasta diciembre de 2018, no obstante por las características de este proyecto esta prevista su continuidad hasta el desarrollo total, requiriendo una actualización constante para ir adoptando las medidas que den respuesta a las necesidades que vayan surgiendo en el futuro.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologia Urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0960 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LAPUENTE ARRUEBO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TIRADO AZNAR MARTA. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· MELUS GUTIERREZ ANGEL. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· SANMIGUEL HERNANDEZ CONSUELO. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· BADESA MONREAL MARIA JOSE. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· RIVERO SANZ OLGA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA MALLO FRANCISCA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La inactividad física es uno de los mayores condicionantes para la salud El sedentarismo se asocia con diversidad de indicadores negativos de salud: el aumento de la mortalidad y mayor riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares
El ejercicio cardiosaludable mas accesible y facil para todos es caminar.Caminar al menos 30 minutos diarios reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares hasta en un 27% Lo más importante con la actividad física es la constancia, que perdure en el tiempo, así podremos visualizar a través del paso de los días el resultado de nuestro esfuerzo, y obtener a parte de un físico y peso deseado, una salud en estado óptimo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
iniciar y o continuar una rutina en la poblacion sedentaria del centro de salud de la almunia, para que realice una actividad fisica de intensidad acorde con cada persona y con su edad que se realice diariamente, o casi todos los días, con una duración mínima de 30 minutos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
se han iniciado paseos en la almunia, alpartir, almonacid y ricla, con un dia y horario concretosemanales En esta etapa se trata de
- fortalecer los grupos existentes y animarlos en su continuidad
- analizar la irregularidad de algunos grupos ver causas y soluciones
- buscar apoyos externos para mantener continuidad (consejo salud, tecnicos deporte de la comarca...)
participacion activa del personal sanitario para motivar a los pacientes

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- existencia de paseos en los 5 lugares previstos con perioricidad semanal
- numero de poarticipantes-

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
duracion anual, teniendo en cuenta que puede haber una pausa en el periodo estival, y comienzo en los lugares donde no existen dePerioricidad de septiembre a junio

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes con factores de riesgo cardiovascular y sanos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0999 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES EN EL INSTITUTO Y / O ESCUELA : ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA LORENTE HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABENGOCHEA COTAINA BELEN. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ESCRIBANO PARDO DANIEL. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· COMPES LORENTE ALBERTO. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MONTEAGUDO GEMA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· MANJON LLORENTE GEMA. PEDIATRA. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BRAVO ANDRES RAQUEL. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La iniciativa surge ante la inquietud manifestada por medio de los Consejos de Salud y del profesorado de algunos centros educativos de la ZBS, en los que se nos solicita la posibilidad de dar algún tipo de formación o de pautas de actuación ante situaciones de emergencia o de urgencia que puedan surgir en los mismos centros
Consideramos que es factible y necesario que se adquiera ese conocimiento se decide que se darán charlas/talleres prácticos diferenciando Educadores y Alumnos (estos últimos también en grupos dependiendo de la edad)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Los educadores saldrán de la charla/taller/ sesión Conociendo :
* Teléfono de emergencias 112
* Posición lateral de seguridad
* RCP básica
* Como actuar ante un atraganta miento Maniobra de Heimlich
-Los alumnos dependiendo de la edad el taller se impartirá de forma distinta(no es lo mismo 5 años que 11) pero todos saldrán conociendo:
*Teléfono de Emergencias 112 y la dirección de su domicilio (cuando se esta nervioso se olvidan cosas)Usaremos en caso de niños dibujo o triptico que colocaran en un lugar visible (puerta de casa, al lado del teléfono o nevera)
*Que hacer y que no hacer ante un atraganta miento
* Posición Lateral de Seguridad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Charlas y talleres en la escuela / instituto dirigidos a educadores (precisaremos muñeco para realizar practica de RCP, Hemlich y PLS
-Charlas y talleres en la escuela para alumnos diferenciando por edades en los mayores sera muy similar a los adultos En niños pequeños :
* harán un dibujo con plantilla para recortar y colorear en el que pondrán su dirección y teléfono de emergencias y lo colocaran en un lugar accesible y visible (teléfono, nevera, puerta de casa)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Encuesta cualitativa al finalizar la sesión a los educadores y alumnos mayores la encuesta tendrá un apartado para que nos escriban otros posibles temas de su interés
- En los niños valoraremos después del taller su actitud y respuesta ante los temas tratados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante el curso escolar,que se podra repetir ciclicamente

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación para la salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1112 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA (ZARAGOZA)

2. RESPONSABLE ..... DANIEL ESCRIBANO PARDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LISON SILVESTRE. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· GIMENO CABELLO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· AGANZO LOPEZ FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· MELUS GUTIERREZ ANGEL. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA
· GALLEL URGEL MARIA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante los últimos años, se han incorporado al campo de los anticoagulantes orales nuevos fármacos con un valor añadido, en determinadas circunstancias, recogidas en un Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) del Ministerio de Sanidad UT/V4/23122013, que mejoran la seguridad, los circuitos asistenciales, la calidad de vida de los pacientes y en definitiva los resultados en salud.
Este cambio de paradigma en la anticoagulación necesita un abordaje centrado en el paciente, que identifique a aquellos que podrían beneficiarse de los nuevos fármacos y asegure, que cuando se utilizan los ACOD (Anticoagulantes orales de acción directa), aunque no precisan monitorización, no se relaje su seguimiento, que debe seguir siendo estrecho y realizarse de forma coordinada con las Unidades de Coagulación y el personal de enfermería de los centros; Contando en todo momento con la participación activa del paciente y estrategias de optimización de la adherencia al tratamiento.
La principal indicación de anticoagulación en atención primaria(AP) es la fibrilación auricular(FA) que posee una elevada prevalencia en nuestras consultas(8,5% en mayores de 65 años) y alrededor del 20% de mayores de 60 años presentan FA y no están diagnosticados.En diferentes estudios nacionales y en el ámbito de la AP (ANFAGAL, PAULA) se confirma que más del 40% pacientes anticoagulados no alcanzan el mínimo tiempo en rango terapéutico(TRT) objetivo fundamental para beneficiarse de éstos tratamientos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la seguridad clínica y la Calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en nuestro Centro de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K, que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD.
2.-Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD en el momento de iniciar el proyecto
3.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO
4.- Sesiones clínicas en el EAP de formación en el manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD, actitud ante situaciones especiales etc. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros.
5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las Actividades de la Comunidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ADOD
-%de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
-Existencia de protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD
- Nº de sesiones clínicas de Anticiagulantes orales realizadas en el Centro de salud
- % de personas que han asistido a las sesiones
-Nº de pacientes/cuidadores que asisten a la reunión formativa
- Nº de trombosis registradas en pacientes tratados
- Nº de hemorragias leves registradas en pacientes tratados
- Nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1.- Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/ vía clínica.

2.- Elaboración plantilla autocuidados (mayo-noviembre 2.018)

3.- Formación: Sesiones EAP/ Sesiones Gestión de casos (mayo- diciembre 2.018)

Proyecto: 2018_1112 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA (ZARAGOZA)

4.- Evaluación: desarrollo del diseño plantilla, sesiones de trabajo, listados, indicadores (junio-diciembre2.018)

5.- Comunicación: reuniones de Equipo en todo el período del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1444 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

2. RESPONSABLE ..... BELEN ABENGOCHEA COTAINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ MONTEAGUDO GEMA. ENFERMERO/A. CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Aragón ha acogido a 709 refugiados desde el 2015 hasta 31 de diciembre del 2017 .
El Gobierno de Aragón coordina este programa puesto en marcha por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, gestionado por diferentes entidades colaboradoras subvencionadas por el Gobierno Central : Cruz Roja, Cepaim, Accem, Apip, Acam y Diaconia .
En las instalaciones que Accem tiene en la Almunia de Doña Godina se atiende a un grupo de 35 refugiados que llegaron en Diciembre 2017 y proceden de Siria, El Salvador, Ucrania y Venezuela .
Se trata de un primer grupo recién llegado,que ha sido acogido en el medio rural .
El Gobierno de Aragón pone a su disposición todos los servicios que requieran ya sean educativos, sociales, sanitarios …
Desde la consulta de Pediatría, hemos visto la necesidad de unificar las acciones sanitarias llevadas a cabo en estos niños refugiados siguiendo el Protocolo de Actualización de la Atención de niños y niñas inmigrantes . PANNI, realizado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria .Revisión 2016
Esto nos ayudará a conocer mejor a nuestros niños refugiados, saber cuales son sus necesidades reales y qué puntos de mejora pueden tener dentro de nuestro Sistema Sanitario

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población de niños refugiados atendidos en nuestro Centro de Salud de la Almunia desde 1 Enero del 2018 a 31 de Diciembre del 2018 .

- Acogida y anamnesis individual .
- Aplicación del Protocolo PANNI
- Actualización del Calendario Vacunal.
- Mejora de su situación actual

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actualización teórica del Programa PANNI.
- Realización de una anamnesis con ayuda de interpretación telefónica o un acompañante intérprete de la propia ONG.
- Exploración física completa .
- Registro de vacunas
- Solicitud de analíticas precisas .
- Realización de P de Mantoux si fuera necesario
- Interpretación de resultados .
- Mejora de su estado de salud

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de niños a los cuales se les ha realizado una anamnesis completa siendo necesaria un mediador o una interpretación telefónica del total de niños refugiados .Buscar el 95%
% de niños que han necesitado un calendario vacunal acelerado sobre el total de niños refugiados atendidos .
% de niños con algún deficit analítico tratado del total de niños refugiados .Buscar mas de un 50%como indicador de calidad
% de niños con P Tuberculinica positiva y tratamiento adecuado.
% de niños que hemos realizado una interconsulta médica y se ha dado respuesta a esta interconsulta Buscar un 40 % como indicador de calidad

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De enero del 2018 a diciembre del 2018 se recogera el listado de todos los niños refugiados en C S de la Almunia y se realizara:
1- Anamnesis, Protocolo Panni, actualizacion de Calendario vacunal .
2- Control a los 6 meses, evaluacion de indicadores
3- Control a los 12 m, resultados finales

9. OBSERVACIONES.
-En función de país de origen del niño refugiado el estudio inicial podría variar .
-Dispondriamos de un mapa de necesidades de estos niños refugiados según su pais de origen, intentando solventarlas adaptandolos progresivamente a nuestro sistema sanitario .
-Algun niño podria perder algún control si es derivado a otra zona de acogimiento .

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1444 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1294 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ENFERMEDAD RENAL CRONICA: DETECCION DE LOS PACIENTES EN LOS DIVERSOS ESTADIOS

2. RESPONSABLE ..... LUIS LAMPLE LACASA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL DOMINGO ANDRESA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· MINGUEZA MOZAS ANA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· COLOMINA LAZARO ESPERANZA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ LOBERA NIEVES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MARIA DE HUERVA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GORDO YAGÜE PIEDAD. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
PREVALENCIA ELEVADA EN LA POBLACION. TANTO % ELEVADADO DE FILTRADO GLOMERULAR POR DEBAJO DE RANGO.
INGRESOS HOSPITALARIOS ELEVADOS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
ACTUACION ESPECIFICA SOBRE LOS PACIENTES CON FG BAJO CON EL FIN DE DISMINUIR LOS INGRESOS HOSPITALARIOS Y LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS EN ENFERMOS RENALES. CHARLAS A GRUPOS DE PACIENTES
3 REUNIONES AL AÑO.
SISTEMA INFORMATICO.
ELABORAR UN LISTADO DE PACIENTES POR MEDICO Y ENFERMERA PARA INCLUIR EN ELPROYECTO

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
MEJORA DEL FILTRADO.
DISMINUCION DE INGRESOS HOSPITALARIOS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
MAYO A DICIEMBRE DE 2018

9. OBSERVACIONES.
INTENTAMOS MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ESTE PROCESO Y CONTROLAR LAS DIVERSAS ENFERMEDADES QUE CONTRIBUYEN A SU PRESENTACION

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1317 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA

2. RESPONSABLE ..... GONZALO CASAÑAL QUINTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.

Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).

Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.

Dar a conocer los principios generales PROA.

Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.

Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. Si/no
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. Si/no
Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. Si/no
Nº Sesiones realizadas sobre PROA-AP: 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 75%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Mayo)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Sesiones realizadas sobre PROA Junio-Diciembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1317 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA

Proyecto: 2018_1435 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MODREGO JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORCAL POTENTE ANA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ LOPEZ MODESTA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· ALIAGA MARTIN MARTA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· CARA GRANADOS MARIA YOLANDA. PEDIATRA. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· MAGALLON TORRES PILAR. TCAE. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ FELIPE MARIA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
LA PREVALENCIA DE IC SE SITUA APROXIMADAMENTE EN 2% DE LA POBLACIÓN GENERAL Y EN EL 10% EN MAYORES DE 70AÑOS .según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP. CON UN alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de lo profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente.
Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.
En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar las actividades preventivas en IC en la totalidad de los pacientes

2. Reducción del uso urgente de servicios sanitarios:

.3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa mediante
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
Actividades preventiva
Autocuidados . Recomendaciones de dieta,ejercicio, informar de síntomas de alarma (aumento de peso, disnea, presencia de edemas)
Registro en plantilla de OMI a todos los pacientes con IC:peso, perímetro de cintura,presión arterial., grado de disnea y f,e en situación estable
Adherencia al tratamiento
Control de comorbilidad
Control de factores desencadenantes
2. Cambios en la oferta de servicios:
Modificación de agendas de OMI
desde servicio de admisión se citaran a los pacientes incluidos en los listados remitidos desde dirección de atención primaria, en consulta de médico o enfermera,no presencial para valorar situación de partida y priorizar actuaciones
Incorporación plantilla autocuidados.

3. Formación: Plan de formación IC: Se realizara una sesión clínica de I C y en reuniones con MI se plantearan casos de pacientes con IC

4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.

5. Comunicación del desarrollo del proyecto: se Comunicara el contenido del proyecto al EAP a Medicina Interna como colaborador y se informara al consejo de salud de zona.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria o consulta monográfica con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con

Proyecto: 2018_1435 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados /Comunitaria: mayo-noviembre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1453 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA FUSTERO FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ LOBERA NIEVES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ VICENTE REBECA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· SANTAMARIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ FELIPE MARIA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PROYECTO.
DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS, SE HAN INCORPORADO AL CAMPO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES NUEVOS FARMACOS CON UN VALOR AÑADIDO, EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS, RECOGIDAS EN UN INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPEUTICO (IPT) DEL MINISTERIO DE SANIDAD UT/V4/23122013, QUE MEJORAN LA SEGURIDAD, LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES, LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y EN DEFINITIVA LOS RESULTADOS DE SALUD. ESTE CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ANTICOAGULACIÓN NECESITA UN ABORDAJE CENTRADO EN EL PACIENTE, QUE IDENTIFIQUE A AQUELLOS QUE PODRIAN BENEFICIARSE DE LOS NUEVOS FARMACOS Y ASEGURE, QUE CUANDO SE UTILIZAN LOS ACOD: (ANTICOAGULANTE ORAL DE ACCION DIRECTA), AUNQUE NO PRECISAN MONITORIZACION, NO SE RELAJE SU SEGUIMIENTO, QUE DEBE SEGUIR SIENDO ESTRECHO Y REALIZARSE DE FORMA COORDINADA CON LAS UNIDADES DE COAGULACION Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS CENTROS; CONTANDO EN TODO MOMENTO CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
2.- CONOCER COMO HA MEJORADO LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- IDENTIFICACION DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS (QUE TIENEN < 60% DE DETERMINACIONES EN RANGO LOS ULTIMOS 6MESES).
2.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS QUE CUMPLEN CRITERIOS SEGUN EL IPT PARA CAMBIAR A ACOD.
3.- MODIFICACIONES DE TRATAMIENTO SI SE PRECISAN POR EL MEDICO DEL PACIENTE.
4.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD (DABIGATRAN, RIVAROXABAN, APIXABAN Ó EDOXABAN).
5.- IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO CONJUNTO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACO POR MEDICOS Y ENFERMEROS CON VISITAS DE SEGUIMIENTO Y ENTREGA DE LA TARJETA DE SEGUIMIENTO, ASI COMO REGISTRO EN TAO-NET CUANDO SE IMPLANTE.
6.- SESIONES CLINICAS EN E.A.P. DE FORMACION EN EL MANEJO DE ANTICOAGULANTES, SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACOD, ACTITUD EN SITUACIONES ESPECIALES...PRESENTACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A MEDICOS Y ENFERMEROS.
7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O CUIDADORES, INTEGRADO EN LAS ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD.
8.- ENCUESTA SOBRE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA PRODUCIDA POR ACOD Y GRADO DE SATISFACCION DE USUARIOS.
9.- DISEÑO DE UN REGISTRO INFORMATIZADO PARA LA RECOGIDA DE RESULTADOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K, QUE EN LOS ULTIMOS 6 MESES TIENEN <60% DE DETERMINACIONES INR EN RANGO.
2.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K Y SITUACIONES CLINICAS EN LAS QUE EL IPT, RECOMIENDA SU PASO A ACOD.
3.-% PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD DEL TOTAL DE TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES.
4.- Nº DE SESIONES CLINICAS DE ACO REALIZADAS EN C.S.
5.- % DE PERSONAS QUE ASISTIERON A SESIONES.
6.- Nº PACIENTES/CUIDADORES QUE ASISTEN A REUNIÓN FORMATIVA.
7.-Nº DE TROMBOSIS REGISTRADAS EN PACIENTES TRATADOS.
8.- Nº SANGRADOS MAYORES:(QUE HAN REQUERIDO INGRESO HOSPITALARIO).
9.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD, A QUE SE HA ENTREGADO TARJETA DE SEGUIMIENTO.
10.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD INCLUIDOS EN TAO-NET (SI SE IMPLANTA).
11.- VALORACIÓN RESULTADOS ENCUESTA MEJORA CALIDAD DE VIDA ACOS Y GRADO DE SATISFACCIÓN PACIENTES.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y DISEÑO DEL PROYECTO.(JUNIO).
2.- ENVÍO DEL PROYECTO.(22/06/2018).
3.- PRESENTACIÓN AL EAP DEL DISEÑO Y REGISTRO INFORMATIZADO.(JULIO).
4.- ENTREGA DE LISTADOS DE PACIENTES CON TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES.(A CADA PROFESIONAL LOS DE SU CUPO).(JULIO).
5.- TRABAJO DE CAMPO CON PACIENTES: VALORACIÓN DEL CONTROL ACTUAL, CAMBIOS DE TRATAMIENTO SI PROCEDE, SEGUIMIENTO SEGUN PROTOCOLO ESTABLECIDO Y VOLCADO DE DATOS EN EL REGISTRO CREADO. (JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE,

Proyecto: 2018_1453 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

OCTUBRE, Y NOVIEMBRE).
6.- SESION CLINICA DE ACTUALIZACION EN ANTICOAGULACION Y RESOLUCION DE DUDAS EN LA RECOGIDA DE DATOS.(OCTUBRE).
7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES Y/O CUIDADORES. (NOVIEMBRE).
8.- REALIZACIÓN ENCUESTAS DE MEJORA CALIDAD DE VIDA Y GRADO DE SATISFACCIÓN A PACIENTES.(NOVIEMBRE, DICIEMBRE).
9.- PROCESADO DE DATOS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.(DICIEMBRE).
10.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS A EQUIPO Y A DIRECCION.(DICIEMBRE).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1488 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR FUNES SABIRON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PASCUAL BRUMOS ISABEL. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· CORONAS MATEO SONIA. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· CARA GRANADOS MARIA YOLANDA. PEDIATRA. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· GORDO YAGÜE PIEDAD. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· MAGALLON TORRES PILAR. TCAE. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· CASTAÑO ROA LUIS JAVIER. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
-El C.S.de María de Huerva presta atención urgente las 24 h, todos los días del año. Desde 2015 se ha adscrito a las normas ISO por tanto mantiene la organización de la Sala de Urgencias, carro de paradas y malentin de Urg de acuerdo a dichas normas, precisando revisión y adecuación permanente para garantizar la atención adecuada, y la seguridad clínica de pacientes y profesionales
-Variabilidad en los criterios de atención urgente
-Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
-Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
-Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
--Actualización de la Instrucción de Trabajo de las actividades del Servicio de Urgencias del C.S. de Maria de Huerva, (actualización de procedimientos, definir contenidos básicos del carro de paradas, sala de urgencias y maletín de urgencias en C. S y consultorios)
--Definir la propuesta organizativa estandarizada.
--Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
-Mejorar la eficiencia del sistema a través de un apropiado conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
--Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
--Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
--Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
--Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
--Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
--Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
--Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%
--FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
--FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
--FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento
del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%

Proyecto: 2018_1488 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

--FI: informe del centro y/o visita al EAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1564 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GONZALEZ SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· ALCALA BORDONADA MARIA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ LOPEZ MODESTA. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. ATENCION PRIMARIA
· ELVIRO MAYORAL LUIS. PEDIATRA. CS MARIA DE HUERVA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El colegio demandó actividades para promover hábitos saludables psicoemocional

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
– Disminuir obesidad
– Conocer los alimentos nutricionales más saludables
– Promover conductas y actividades positivas durante las comidas
– Promover el trabajo en equipo

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
– Entrevista con los docentes
– Charla informativa a los padres
– Charlas interactivas con los alumnos
– Actividades diversas: audiovisuales, recreación de un mercado...

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
– Encuesta a los alumnos antes y después de la charla
– Valoración de los resultados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
– Febrero: Muel, 4 sesiones / semanales
– Octubre: Cadrete, 2 sesiones
– Noviembre: Cuarte, 2 sesiones

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. NINGUNA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1324 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

2. RESPONSABLE ..... MONICA MARCO OLLOQUI
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VIDAL CIRAC ISABEL. ENFERMERO/A. CS MARIA DE HUERVA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La lactancia materna es considerada el método óptimo de alimentación infantil por sus ventajas nutricionales, emocionales e inmunológicas, además de ser la forma natural de alimentar a los bebes. Por lo que, trabajar para aumentar las tasas de lactancia contribuirá a mejorar la salud materno-infantil.
Por todo esto, es por lo que desde hace 4 años nos reunimos semanalmente los miércoles, una hora y media, un grupo de lactancia y crianza.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar el número de niños alimentados con lactancia materna y prolongar la duración de la misma, mejorando la satisfacción de las madres
Ayudar a madres y familias a tomar una decisión, correctamente informada, de la mejor forma de alimentar a sus hijos
Estimular el apego entre padres y niños haciendo que la crianza los primeros meses de vida sea más gratificante
Realizar precozmente por parte de enfermería la primera visita del recién nacido
Revisiones del programa de salud infantil del niño menor a 2 años
Captación de madres donantes de leche

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Información teórica que permita a las familias elegir como alimentar a los bebes.
Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia, sus posibles problemas y la prevención de dichos problemas los primeros días de vida
Pautas clínicas para el manejo de los problemas de lactancia materna los primeros días
Información práctica sobre técnica de amamantamiento
Información sobre técnica de extracción, almacenamiento y conservación de leche materna
Educación para la salud materno-infantil
Control del estado nutricional de los lactantes de alto riesgo (prematuros, gemelares,…) y de niños sanos
Captación de madres donantes de leche
Ofrecer pautas de manejo para continuar con la lactancia tras la incorporación materna al mundo laboral
Información sobre crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño, sobre la alimentación complementaria y consejos para el destete gradual
Recomendaciones a la madres con respecto a su dieta y hábitos saludables

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Satisfacción materna de las asistentes al grupo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reuniones semanales todos los miércoles de 16 a 17:30h de enero a diciembre
Evaluación de resultados en diciembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0631 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA RODRIGUEZ ESCUREDO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRIMA MOLINER JOSE LUIS. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· POBES LACRUZ MARIA JESUS. MATRONA. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patología de espalda es uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. No sólo en número de pacientes sino también en la frecuentación e intensidad de uso.
Así mismo es uno de los motivos mas frecuentes de baja laboral.
Se ha dotado al centro de salud de una Fisioterapeuta, esta circunstancia hace que podamos enfrentar este problema como una oportunidad de mejora en la asistencia de los pacientes y en usar este recurso de la manera mas efectiva posible

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dotar a los profesionales de medicina y enfermería de la formación adecuada para poder atender a los pacientes con mayor calidad, implementando medidas de educación para la salud en la patología dolorosa de columna, en la consulta diaria

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Establecer calendario de sesiones de patologia de espalda en el centro de salud

2.- Desarrollar sesiones de tipo práctico para los `profesionales del centro de salud

3.- Dotar a los profesionales de material del material didáctico correspondiente

4.- Sesión clínica de medicina y enfermería donde se detallen propuestas de Implementación en la consulta diaria

5.- Establecer un calendario de sesiones clínicas del E.A.P. Con la fisioterapeuta para consultar patologías y establecer posibles pautas de actuación

6.-Establecer periodicidad de sesiones teórico practicas del E.A.P. Sobre escuela de espalda

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Calendario de sesiones teórico practicas del E.A.P.hasta 2019 --- mas de tres sesiones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Establecer calendario de sesiones de patologia de espalda en el centro de salud---------- enero 2018

2.- Desarrollar sesiones de tipo práctico para los `profesionales del centro de salud ----------febrero 2018

3.- Dotar a los profesionales de material del material didáctico correspondiente ----------febrero 2018

4.- Sesión clínica de medicina y enfermería donde se detallen propuestas de Implementación en la consulta diaria ---------- marzo 2018 a febrero de 2019

5.- Establecer un calendario de sesiones clínicas del E.A.P. Con la fisioterapeuta para consultar patologías y establecer posibles pautas de actuación -------- Junio 2018

6.-Establecer periodicidad de sesiones teórico practicas del E.A.P. Sobre escuela de espalda
----de Octubre 2018 a junio 2019

Proyecto: 2018_0631 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0635 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS GRIMA MOLINER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHABART BOUDET ALICIA YUMEN. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LAINEZ MARTINEZ SARA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· MATEO OLMOS RAQUEL. CELADOR/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ HERVAS CRISTINA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LOMBAR GIMENO MARIA JOSE. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En febrero de 2018 se dotó al E.A.P. De un ecógrafo.
Esto implica una nueva actividad asistencial en el centro de salud. Esto hace necesario, en un primer momento promocionar y estimular a los profesionales para desarrollar un proceso asistencial nuevo e implementar esta actividad en el centro de salud

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Incluir la ecografia dentro de los procedimientos diagnósticos del centro de salud, con una calidad suficientemente alta, para desarrollarla con unas garantías adecuadas a toda la población

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-Seleccionar el grupo de profesionales interesados en el proceso

2.- Acudir a las sesiones de formación organizadas por la gerencia

3.-Estimular el aprendizaje y el uso del ecógrafo en el centro de salud

4.- Valorar horarios de realización de ecografias

5.- Establecer una agenda para citaciones de ecografías

6.- Valorar entre los profesionales la cauistica atendida y situaciones especiales y ordinarias en el desarrollo de las ecografías

7.- Valorar las nuevas necesidades de formación

8.- Revalorar la implantación del nuevo servicio y la agenda

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Establecer agenda de citaciones, para ecografia si/ no

Establecer agenda de días ecografias de formación si/ NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.-Seleccionar el grupo de profesionales interesados en el proceso
----- enero y febrero 2018

2.- Acudir a las sesiones de formación organizadas por la gerencia
----- febrero 2018

3.-Estimular el aprendizaje y el uso del ecógrafo en el centro de salud
--- de marzo a noviembre de 2018

4.- Valorar horarios de realización de ecografias
----- de marzo a junio 2018

5.- Establecer una agenda para citaciones de ecografías
--------de marzo a noviembre 2018

6.- Valorar entre los profesionales la cauistica atendida y situaciones especiales y ordinarias en el desarrollo de las ecografías
-------- nov 2018

7.- Valorar las nuevas necesidades de formación

Proyecto: 2018_0635 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD

------- abril 2018

8.- Revalorar la implantación del nuevo servicio y la agenda
------- noviembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Actividades diagnosticas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0636 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

2. RESPONSABLE ..... CARMEN NAVARRO ZAPATA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ ESPLIGARES LAURA. PEDIATRA. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· FERRER MUÑOZ PILAR. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA ENTRENA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ HERVAS CRISTINA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· HERAS GIRONELLA MERCEDES. PEDIATRA. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patologia cardiovascular actualmente continúia siendo una de las mayores causas de mortalidad y de patologia crónica.
La promoción de la salud es una de las actividades prioritarias de un E.A.P. Actuar en este sentido sobre población infantil, sus padres y sus profesores, en el entorno escolar es una actividad que puede tener alto grado de ganancia de estándares de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Desarrollar en ambiente escolar un actividad educativa dirigida a saber interpretar las etiquetas de los productos alimentarios que se encuentran en el comercio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elección de un grupo de trabajo

2.- Motivación de los profesionales del centro de salud

3.- Sesión clínica en el C. Salud dirigida a los profesionales y estudiantes del centro desarrollando el proyecto

4.-Sesion clínica desarrollando la actividad a desarrollar en los colegios

5.- Contactar con los colegios de la Zona Básica, proponiéndoles la actividad y establecer las fechas de la actividad

6.-Desarrollo de las actividades en los colegios .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Establecer grupo de trabajo
Si/no
I
Sesión clínica en C.S. a los profesionales
SI/NO

Actividad comunitaria
Si/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Elección de un grupo de trabajo---------- febreo 2018

2.- Motivación de los profesionales del centro de salud -- febreo - marzo 2018

3.- Sesión clínica en el C. Salud dirigida a los profesionales y estudiantes del centro desarrollando el proyecto ------ marzo 2018

4.-Sesion clínica desarrollando la actividad a desarrollar en los colegios ----------abril 2018

5.- Contactar con los colegios de la Zona Básica, proponiéndoles la actividad y establecer las fechas de la actividad ------ abril 2018

6.-Desarrollo de las actividades en los colegios .------ mayo 2018

Proyecto: 2018_0636 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0648 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LOMBAR GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAINEZ MARTINEZ SARA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ HERVAS CRISTINA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ GARCIA ALICIA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La atención a la patología urgente en el centro de salud requiere motivación y participación de todos los profesionales del centro de salud.
Para establecer una correcta atención a la patología urgente consideramos que es preciso establecer un protocolo de actuación.
La cardiopatía isquémica es una de las mayores causas de mortalidad en nuestro medio, por lo que hemos priorizado en primer lugar el dolor torácico con la intención de mejorar la calidad asistencial de dicha patolo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Motivar al personal del centro de salud en la atención de la patología urgente
Establecer procesos de actuación óptimos en la valoración precoz de esta patología.
Establecer indicadores fácilmente medibles y que nos permitan evaluar el proceso asistencial

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Nombrar equipo de trabajo formado por medicina y enfermería

2.- Diseñar el proyecto

3.- Establecer indicadores

4.- Valorar las necesidades de formación y motivación de los profesionales

5.- Determinar los procesos asistenciales

6.-Comunicar al equipo de atención primaria

7.- Evaluar los resultado obtenidos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valorar tiempo de actuación --

De solicitud de asistencia hasta ealizar E.C.G. > de 10 minutos

Diseñar check list de asitencia
Si/No

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Nombrar equipo de trabajo formado por medicina y enfermería
- abril y mayo 2018 ----Maria José Lombar

2.- Diseñar el proyecto

- Mayo a junio 2018----Sara Laínez Martínez
José Gabriel Sebastian Belanche

3.- Establecer indicadores

- mayo a junio 2018 -- Michelle Soler pérez
-Sara Laínez Martínez

Proyecto: 2018_0648 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

4.- Valorar las necesidades de formación y motivación de los profesionales

-- junio a agosto 2018 ----Maria José Lombar Gimeno
Miguel Ángel Labara SanJuan

5.- Determinar los procesos asistenciales

-- agosto a octubre 2018 --Cristina López Hervás
José Gabriel Sebastian Belanche

6.-Comunicar al equipo de atención primaria

- Octubre 2018 -- José Gabriel Sebastian Belanche
Miguel Ángel Labara SanJuan

7.- Evaluar los resultado obtenidos

- abril 2019--- José Gabriel Sebastian Belanche
Miguel Ángel Labara SanJuan

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2018_0676 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

2. RESPONSABLE ..... ALICIA YUMEN CHABBAR BOUDET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABARA SAJUAN MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ HERVAS CRISTINA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las enfermedades cardiovasculares sanitaria y en especial la la cardiopatía isquémica (CI) y la enfermedad cerebrovascular, constituyen la primera causa de
muerte a nivel de la población española, tienen una elevada incidencia
, son fuente importante de discapacidad y poseen gran repercusión
en los costes de la asistencia

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal de este proyecto se basa en la mejora por parte de los profesionales del centro de la detección de RCV y del control de los principales factores de riesgo modificables para poder poner en marcha las adecuadas actuaciones de prevención primaria o secundaria según el caso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Detección del punto de partida

2.- Establecimiento de objetivos

3.-Elaboración del plan de mejora
de mejora
4.- Sesión clínica informativa del plan

5.- Captación del paciente crónico y detección de RCV

6.-Seguimiento según RCV del paciente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
RCV en pacientes cronicos:

Nª de pacientes crónicos entre 35 y 74 años con detección de RCV/Nºde paciente crónico---- de -66,83% a --68%

RCV en fumadores:

Nº de personas fumadoras entre 35 y 74 años atendidas en AP con RCV calculado/Nº personas fumadoras entre 35 y 74 años
de -- 53,16% a -- 56,00%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Detección del punto de partida.
-- DE FEBRERO A MAYO 2018 --1. Dra. Chabbar

2.- Establecimiento de objetivos
-- DE MAYO A JUNIO 2018 -- Dra. Chabbar

3.-Elaboración del plan de mejora
de mejora

-- DE JUNIO A SEP DE 2018 -- 4. Gabriel Sebastian

4.- Sesión clínica informativa del plan.

- SEP 2018 - MIGUEL ÁNGEL LABARA

5.- Captación del paciente crónico y detección de RCV

Proyecto: 2018_0676 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

- DE OCT DEL 2018 A OCT DEL 2019 -- Dra. Chabbar

6.- VAloracion del proyecto

-- DIC 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2018_0683 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION Y MANTENIMIENTO

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GIL UÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ACIN LACASA MARTA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ HERVAS CRISTINA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· VENTURA LABORDA BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· ORTEGA LARRODE CRISTINA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LAINEZ MARTINEZ SARA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La demanda asistencial urgente, no es en absoluto extraña en un centro de salud. Ello implica que el centro de salud tiene que proveerse de unas instalaciones adecuadas a tal efecto, con los recursos en calidad, forma y cantidad adecuadas para facilitar la asistencia sanitaria en situación de urgencia y emergencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implicar a los profesionales sanitarios para establecer los mecanismos oportunos para conseguir un adecuado mantenimiento y reposición de los recursos necesarios para la atención sanitaria de urgencia y emergencia tanto en el centro de salud como en los avisos a domicilio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Formar un grupo de trabajo con un responsable y miembros de los diferentes estamentos del centro de salud.

2.- Crear un inventario con el contenido de la sala de urgencias: material farmacológico y no farmacológico. Revisión anual del inventario.

3.- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje: ECG, esfingomanómetro, pulsioxímetro, nebulizador.

4.- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.

5.- Revisar fechas de caducidad de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual.

6.- Dejar la sala limpia y preparada para el siguiente uso.

7.- Revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual.

8.- Sesión informativa a todo el personal de centro.

9.- Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses.

10.- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de revisiones realizadas/Nº de revisiones propuestas : 12/año

Existencia de un sistema de recogida de incidencias en el correcto funcionamiento: si/ NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Formar un grupo de trabajo con un responsable y miembros de los diferentes estamentos del centro de salud.
marzo 2018 ----------Cristina López

2.- Crear un inventario con el contenido de la sala de urgencias: material farmacológico y no farmacológico. Revisión anual del inventario.

Proyecto: 2018_0683 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION Y MANTENIMIENTO

De marzo amayo 2018 ----------Cristina Ortega
Cristina López

3.- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje: ECG, esfingomanómetro, pulsioxímetro, nebulizador.

mayo 2018 ----------Marta Acín
Beatriz Ventura

4.- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.

De marzo a mayo 2018----------Marta Acín
Beatriz Ventura

5.- Revisar fechas de caducidad de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual.

junio 2018 ---------- Margarita Floria

6.- Dejar la sala limpia y preparada para el siguiente uso.

junio 2018 ----------Beatriz Ventura

7.- Revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual.

junio 2018 ----------Beatriz Ventura

8.- Sesión informativa a todo el personal de centro.

junio 2018 ----------Marta Acín

9.- Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses.

marzo 201 9 ----------Cristina Ortega
Cristina López

10.- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso.

marzo 2019 ----------Cristina Ortega
Cristina López

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0695 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... MARTA ACIN LACASA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· LAINEZ MARTINEZ SARA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA. MIR. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· GIL UÑEZ CARMEN. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La atención sanitaria a la emergencia médica ha de tener los mayores indicadores de efectividad y eficiencia y mas si es en situaciones que pueden llegar a ser críticas para el paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Proporcionar una atención adecuada a un paciente en situación de urgencia vital.
- Asegurar un correcto equipamiento del carro de paradas
- Adecuar el carro de paradas para las necesidades del centro de salud.
- Establecer criterios para el correcto mantenimiento y uso adecuado del mismo.
- Adecuar las necesidades con la formación y reciclaje del personal sanitario.
- Concienciar al personal sanitario de la necesidad de un correcto uso y mantenimiento del carro de paradas
- Organizar una supervisión periódica del carro de paradas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-Calendario de sesiones clínicas de urgencias vitales

2-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función.

3.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro

4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas

5- Evaluación del proyecto

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realizar check list --- SI/NO

Revisión de checklist 1 CADA MES --- 12 VECES AÑO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.-Calendario de sesiones clínicas de urgencias vitales

---------- de marzo a abril 2018 ---Carmen Gil Uñez
Sara Laínez Martínez

2-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función.

---------- abril a mayo 2018 ----------Marta Acin Lacasa
Carmen Gil Uñez

3.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro

---------- mayo a junio 2018 ----------Michelle Soler Perez
Cristina López Hervás

4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas

---------- de junio a noviembre 2018 ---Natalia Fidalgo Pinillla

Proyecto: 2018_0695 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

Carmen Gil Uñez

5- Evaluación del proyecto

---------- enero a febrero 2018 ---------Marta Acin Lacasa
Carmen Gil Uñez

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0712 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TOMA DE DECISIONES PARA MANTENER E INTERRUMPIR EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ISANTA POMAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FLORDELIS MARCO FERNANDO. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· BOROBIO FLORIAN ALFONSO. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· MORATO GARCIA ANA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ MAZA PILAR. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tras la revisión de guías de práctica clínica, revisiones sistemática y metanálisis recientes que recoge el artículo publicado por BTA -Cadime Año 2014, Volumen 29 nº 1 http://dx.doi.org/10.11119/BTA2014-29-01 se aporta información útil para la toma de decisiones sobre mantener ó interrumpir los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IAC) y memantina en las personas con enfermedad de Alzheimer y asignadas a nuestros CIAS.
Aspecto asistencial relevante para una ZBS con una media de cuatro residencias por CIAS m

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
ValorarV
Valorar la posible interrupción del tratamiento con donepezilo, galantamina, rivastigmina y memantina cuando la demencia alcanza un estadio muy avanzado:

FAST superior A 7 c
Barthel igual a 0
Infecciones graves y repetidas sin beneficio relevante con el tto.
Disfagia problemática con desnutrición y/o deshidratación.
Ulceras por presión refractarias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Aplicar a todos los pacientes institucionalizados y asignados a nuestros CIAS respectivos con episodio de OMI AP: CIAP: P70
Escala de Deterioro Global GDS-FAST
Índice de Barthel
2.- Aplicar a todos los pacientes NO institucionalizados y asignados a nuestros CIAS con episodio CIAP: P70
Escala de Deterioro Global GDS-FAST
Índice de Barthel

3.-Toma de decisiones individualizada:
Continuar o interrumpir IAC

4.-Monitorizar acciones y resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de personas institucionalizadas evaluadas /CIAS --- 85%

Nº de registros de toma de decisiones en apuntes del CIAP P 70/ Nº de personas con CIAP P70
---------- 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Aplicar a todos los pacientes institucionalizados y asignados a nuestros CIAS respectivos con episodio de OMI AP: CIAP: P70
Escala de Deterioro Global GDS-FAST
Índice de Barthel
---------- septiembre a diciembre 2018 ------- Enfermera
-------- CIAS

2.- Aplicar a todos los pacientes NO institucionalizados y asignados a nuestros CIAS con episodio CIAP: P70
Escala de Deterioro Global GDS-FAST
Índice de Barthel
---------- septiembre de 2018 a junio 2019 ----------Enfermera
---------- CIAS

Proyecto: 2018_0712 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TOMA DE DECISIONES PARA MANTENER E INTERRUMPIR EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA

3.-Toma de decisiones individualizada:
Continuar o interrumpir IAC

---------- septiembre de 2018 a junio 2019 ----------Enfermera
---------- CIAS

4.-Monitorizar acciones y resultados

---------- noviembre y diciembre 2018 y mayo junio 2019

----------Enfermera
---------- CIAS

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Polimedicado
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0732 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

2. RESPONSABLE ..... NATALIA PILAR FIDALGO PINILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAVERO PEREZ INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· MORATO GARCIA ANA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· VENTURA LABORDA BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· ORIA FLORIA MARGARITA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Control de la patologia crónica es una actividad compartida entre medicina y enfermería.
La diabetes es una enfermedad con elevada prevalencia en la población y sobre todo en poblacion anciana
El control del diabético y fundamentalmente el pie diabético es implementado en la mayoría de las ocasiones por enfermería.
Los resultados de la evaluación de cartera de servicos del E.A.P., han sido deficitarios en los últimos años. Esto hace que sea necesario desarrollar actividades y proyectos para mejorar su cumplimentación y por lo tanto majorar la asistencia al pacietne crónico

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Mejorar la asistencia a los pacientes diabéticos
2.- Aumentar la motivación de los profesionales en la Implementación del servicio del pie diabético
3.- Aumentar la calidad en el registro OMI del paciente diabético.
4.- Prevenir las ulceras en extremidades inferiores en estos pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales d enfermería y medicina del centro de salud

3.- Repasar la metódica del registro OM.I del pié diabético

4.- Mejorar la sistemática de atención al paciente diabético insistiendo en el aumento de habilidades del paciente en el cuidado de los pies

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Calendario de sesiones clínicas teórico practicas sobre el pie diabético

----------3 sesiones clinicas / año

Mejorar el indicador de cartera de servicios de pie diábetico

----------Mejorar el indicador de cartera de servicios de pie diábetico Indicador individual de cumplimiento del servicio superior al 10

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

---- de enero a marzo de 2018 ---Margarita oria Floria

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales d enfermería y medicina del centro de salud

------ de marzo a Octubre 2018 ---I nmaculada Cavero Perez
Natalia Fidalgo Pinilla

3.- Repasar la metódica del registro OM.I del pié diabético

------ septiembre 2018 -------- Ana Morato Garcia

Pilar Rodriguez Maza

4.- Mejorar la sistemática de atención al paciente diabético insistiendo en el aumento de habilidades del paciente en el cuidado de los pies.

Proyecto: 2018_0732 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

--------mayo2018 a febrero de 2019 ---Beatriz Ventura Laborda
Inmaculada cavero Perez

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1325 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ISANTA POMAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
-Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
-Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
-Dar a conocer los principios generales PROA.
-Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
-Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. Si/no
-Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. Si/no
-Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. Si/no
-Nº Sesiones realizadas sobre PROA-AP: 3 sesiones al año.
-Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 75%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo. Designar un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo.
Mayo- Junio. Difusión de los principios generales PROA en atención primaria.
Junio- Septiembre 2018. Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP.
Junio-Diciembre . Sesiones realizadas sobre PROA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0653 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUDMIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS POBES LACRUZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VAQUERO CALLEJA NATALIA. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA ENTRENA MERCEDES. ENFERMERO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ ESPLIGARES LAURA. PEDIATRA. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA. FISIOTERAPEUTA. CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La incertidumbre y falta de conocimientos e información respecto a la lactancia materna en embarazadas y madres que dan el pecho, lo cual genera ansiedad y frustación.

Dada la importancia de la lactancia materna como herramienta de salud pública, es importante que todos los profesionales del centro de salud estén bien formados en todo lo relativo a la lactancia materna (inicio, duración, falsos mitos, promoción, compatibilidad con medicamentos, etc...)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Capacitar a todos los trabajadores del centro de salud en habilidades y conocimientos para que puedan fomentar y apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y complementaria hasta los dos años o mas. Continuar en la formación sobre lactancia materna.

Población diana: todos los trabajadores del centro de salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Continuación con el grupo de trabajo multidisciplinar en apoyo y promoción de la lactancia materna.

Reuniones del grupo de trabajo: al menos 6 al año.

Talleres de formación y capacitación en lactancia materna para los diferentes estamentos de trabajadores del centro de salud. Ofertar al menos 6 sesiones formativas al equipo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta antes y despues de cada taller para valorar los conocimientos y destrezas adquiridas en los mismos.

Actas de todas las reuniones y de los talleres formativos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración : De abril 2018, hasta abril 2019.

Anualmente: valorar la continuación del grupo de trabajo.

Responsable de implantación: Maria Jesus Pobes Lacruz, matrona del centro de salud.

Talleres formativos por estamentos (personal admisión, auxiliar y celador, enfermeria y médicos):

1.- En abril, mayo y junio 2018--SI/NO.

2. En octubre, noviembre 2018 y febrero, marzo 2019--SI/NO.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0815 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... FEDERICO BELTRAN LACORT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROY PEREZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Uso de antibióticos en patologías en los que no están indicados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir el el número de prescripciónes de antibiótico no adecuadas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Analizar la situación actual a partir de los datos proporcionados por el servicio de farmacia de referencia.
2-Proposición de medidas correctoras, si es preciso.
3-Aplicación de estas medidas durante 1-2 años.
4-Evaluación de resultados tras este período de tiempo, contando siempre con el apoyo del servicio de farmacia de referencia y de la dirección del sectorr III

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A concretar en reuniones posteriores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A concretar en reuniones posteriores.

9. OBSERVACIONES.
Deseamos contar con el apoyo de la dirección del sector III de Zaragoza y del servicio de farmacia de referencia, a fin de que nos faciliten los datos necesarios y si es necesario, nos liberen de la presión asistencial que pueda interferir en la dedicación a este proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0963 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN UN CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MIRANDA ANAYA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LLORENTE PRESOL TAMARA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS OLIVER. TRABAJO SOCIAL
· GASCON BRUMOS CARMEN. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE VALIENTE BELEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS OLIVER. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Enmarcado en la estrategia nacional para la violencia contra la mujer y el protocolo de actuación contra la violencia de género de Zaragoza

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer la sensibilidad de los profesionales en relación con la violencia de género en nuestro centro

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
encuesta para conocer sensibilidad y conocimientos
formación y recuerdo del uso del servicio de atención al maltrato a la mujer de omi
informar sa los profesionales sobre la casuística del maltrato en nuestra zona de salud
formación para detectar y manejar el problema
desarrollo de semana de detección
evaluación del impacto de estas actividades
expoxición al equipo
encuesta posterior

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
resultado encuesta previa y posterior
descripción de los casos detectados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
formación, encuesta inicial, información 2 días
semana de : 1 semana
1 día evalUación del impacto y exposición

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. maltrato
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Violencia de Género

Proyecto: 2018_0966 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS

2. RESPONSABLE ..... FEDERICO BELTRAN LACORT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· ROY PEREZ CARMEN. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El aumento de resistencias a antibioticos y sus consecuencias importantes se considera un problema de salud pública, se requiere una optimizacióndel uso de antibióticos.
La agencia española del medicamento pone en marcha el plan nacional para el control de antibióticos y en Aragón se aprueba el IRASPROA para avanzar de forma coordinada en eiiniciativas que conduzcan a la mejora del uso de antibióticos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de antibióticos para evitar la emergencia de resistencias
Adherirse a los principios generales PROA
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asistencia a la jornada de presentación del PROA
Dar a conocer los principios del PROA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
REUNIÓN INFORMATIVA
indicadores de prescripción adapatados al entorno

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
jornada de presentación
información
seguimiento

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1090 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INUSFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO SANCHEZ IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ALONSO LEJ ELENA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· MINGOTE TIZNE TERESA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA LANZUELA MARIA FERNANDA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· VIVANCO SANZ MARIA DOLORES. TCAE. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
HAY VARIABILIDAD, BAJA COBERTURA Y DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN A LA INSUFICIENCIA CARDÍACA, ESCASA INTEGRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y PREVENTIVAS EN EL PROCESO Y UN DESPLIEGUE DE MEDIOS EN DIAGNÓSTICO, TERAPIAS Y CUIDADOS QUE NO REPERCUTEN LO ESPERADO

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MEJORAR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA IC
REDUCCIÓN DEL USO URGENTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS
AUMENTAR LA COBERTURA DE LA VACUNACÓN ANTIGRIPAL Y ANTINEUMOCÓCICA
POTENCIAR CUIDADOS
ADECUAR EL TTO FARMACOLÓGICO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
FORMACIÓN
VÍA /GUÍA CLÍNICA: CARDIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, A PRIMARIA
REFERENTES RÁPIDOS
COMUNICACIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO CON MEDICINA INTERNA, CONSEJO DE SALUD

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
MEJORA DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS
DISMINUCIÓN DE INGRESOS POR REAGUDIZACIÓN DE LA IC
CUIDADOS EN IC % IC CON VACUNACIÓNANTIGRIPAL/ANTINEUMOCÓCICA
%PACIENTES CON PLAN DE CUIDADOS
ADECUADOS TTOS, REVISION

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 AÑO
CAMBIOS, TRAS CONSENSUAR VÍA CLÍNICA
FORMACIÓN: sesiones / gestión de casos / referentes rápidos
EVALUACIÓN
COMOOUNICACIÓN

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1095 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDDA SALUDABLES

2. RESPONSABLE ..... MANUEL LOPEZ GRANADA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAROD BENEDICO ETEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· BERGA CELMA MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO ALONSO SUSANA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· LLORENTE PRESOL TAMARA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS OLIVER. TRABAJO SOCIAL
· CASADO VELILLA ISABEL. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· MIRANDA ANAYA ANA BELEN. MATRONA. CS OLIVER. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· GARCIA RUIZ MARIA PIAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS OLIVER. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
INTERÉS POR REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD FUERA DEL CENTRO
PREVALENCIA DE DOLORES OSTEOMUSCULARES SEDENTARISMO, ALTERACIÓN DEL ÁNIMO, TABAQUISMO

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
PROMOVER INTERACCIÓN CON LA POBLACIÓN
DAR HERRAMIENTAS PARA TTO DE DOLORES MEDIANTE EJ FÍSICO Y ESTIRAMIENTOS
PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES, ADECUACIÓN DEL PESO
DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, CONTROL DEL ESTRES Y LA ANSIEDAD
APOYO EN EL EMBARAZO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
PASEOS
PREPARACIÓN PARTO, GIMNASIA PREMATERNAL
CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA
CONSULTA MONOGRÁFICA DE SALLUD MENTAL
GRUPO DE YOGA PARA LOS PROFESIONALES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
ASISTENTES Y GRADO DE SATISFACCIÓN, ENCUESTA
INTERVENCIÓN E INTERRRELACIÓN DE DIFERENTES ASOCIACIONES COMO FORMA DE INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS DEL BARRIO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
EL AÑO EN CURSO
PASEOS Y CALENTAMIENTO1 VEZ POR SEMANA
MATERNAL: CADA 15 DÍAS EN EL CENTRO CÍVICO
PERIODICIDAD DE LAS CONSULTAS MONOGRÁFICAS Y DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, A DETERMINAR

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1153 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIACENTRO DE SALUD OLIVER

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO SANCHEZ IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION CONTINUADA EN AP
· TRASMONTE LIENAS PURIFICACION. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· BARBERA MONTESINOS CARMEN. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN BALLARD TERESA. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· BENEDICO SANCHEZ CRISTINA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· VILLANOVA MUNIESA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· VIVANCO SANZ MARIA DOLORES. TCAE. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
LA ATENCIÓN URGENTE ES UN PUNTO ESPECIALMENTE SENSIBLE EN NUESTRA CARTERA DE SERVICIOS, EL AÑO PASADO INICIAMOS EL PROYECTO Y SE LE QUIERE DAR CONTINUIDAD.
INADECUADO USO POR PARTE DE LA POBLACIÓN EN HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MANTENER EL CONTENIDO DEL CARRO DE PARADAS Y EMERGENCIAS ORGANIZADO Y ESTANDARIZADO
MANTENER LA GESTIÓN DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETIN Y CARRO
MANTENER LAS HABILIDADES DE LOS PROFESIONALES EN ATENCIÓN URGENTE Y EN RCP
EVITAR DEMORAS EN LA ATENCIÓN URGENTE
EDUCAR A LA POBLACIÓN DEL EL USO ADECUADO DE LAS URGENCIAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
CONSENSUAR PROTOCOLO DE CONTENIDO Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADA Y MALETÍN DE URGENCIAS
PROMOVER LA AUTOFORMACIÓN EN ATENCIÓN URGENTE
TURNO DE ASIGNACIÓN DE LOS CASOS DE ATENCIÓN URGENTE
SITUAR EN LUGARES ESTRATÉGICOS LOS ALGORITMOS SOBRE LA ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA URGENTE
DISEÑAR Y DISTRIBUIR MATERIAL INFORMATIVO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN CON LAS INDICACIONES DEL USO ADECUADO DE LA ATENCIÓN CONTINUADA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
DOCUMENTO DE ASIGNACIÓN DE LAS URGENCIAS, EN EL CENTRO, EN EL DOMICILIO Y EN LA CALLE:
EXISTE EL DOCUMENTO? LO CONOCEN LOS PROFESIONALES?
%PROFESIONALES QUE HA PARTICIPADO EN FORMACIÓN EN PATOLOGÍA URGENTE Y RCP
REVISIONES DEL CARRO Y MALETINES

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIADO EN 2017, SE PREVE LA CONTINUACIÓN HASTA EL TOTAL DESARROLLO DEL PROYECTO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. URGENCIAAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1156 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECUSOS PARA TU SALUD. PROYECTO DE CONTINUIDAD EN ATENCION COMUNITARIA. CS OLIVER

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GASCON BRUMOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LLORENTE PRESOL TAMARA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS OLIVER. TRABAJO SOCIAL
· CASADO VELILLA ISABEL. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· GARCIA RUIZ PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS OLIVER. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CEBOLLA GRACIA MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· LOZANO SUSANA. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· BERGA CELMA MONTSERRAT. ENFERMERO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA
· CAROD BENEDICO ETEL. MEDICO/A. CS OLIVER. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
CONTINUACIÓN DEL PROYECTO DE ATENCIÓN COMUNITARIA, YA CONSOLIDADO

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DEL PROYECTO

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
CONSEJO DE SALUD
MAPEO DE ACTIVOS/RECURSOS
ACTIVIDADES Y REUNIONES CON DISTINTOS COLECTIVOS
PROMOCIÓN DE SALUD EN POSITIVO
DESMEDICALIZACIÓN

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
REUNIONES CONSEJO DE SALUD

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN EL BARRIO

PARTICIPACI´N EN FORMACIÓN

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0838 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUDO DE LA ZBS DE SADABA

2. RESPONSABLE ..... PILAR MARIN MURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAITA EZQUERRA ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SADABA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Consejo de Salud cuente con un blog desde Nov 2017. Por distintos motivos la divulgación del mismo ha sido escasa por lo que el nº de entradas es bajo.
El blog se creó con objeto de dar a conocer el funcionamiento del Consejo de Salud y como estrategia del Salud en promoción comunitaria de salud.
El buzón de sugerencias disponible en blog no ha tenido ninguna entrada.
A lo largo de la corta existencia se han publicado de manera periódica artículos de promoción de hábitos saludables, información al usuario de pj : campaña VAG, campaña PCCR....

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- La población adscrita a la ZBS conocerá la existencia del blog
2- La población visitará el blog
3- El blog servirá de plataforma para nuevos proyectos comunitarios.
4-El blog servirá de comunicación entre la comunidad y el Consejo de Salud

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Diseñar carteles para dar a conocer el blog en la población
2-Solicitar a ayuntamientos, asociaciones y entidades de la ZBS que incluyan en sus web, blog o redes sociales el enlace al blog del Consejo de Salud.
3- Plantear un actividad de modalidad concurso en la escuela con temática de hábitos saludables que será publicada en blog, de esta manera dar a conocer el blog y el Consejo de Salud entre la población infantil

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Incremento nº de entradas en blog

– nº web/blog/redes sociales que incluyen enlace a blog / nº web/blog/redes sociales a las que se ha solicitado inclusión

– Incremento nº sugerencias recibidas en buzón.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
MAYO 2018: Diseñar carteles.
JUNIO 2018 Contactar con entidades para solicitar inclusión de enlace a blog en sus redes sociales.
JUNIO 2018 Contacta con escuela para plantear actividad.
OCT-NOV 2018:Realizar actividad en escuela.
DIC 2018: Medir indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población sana y con patología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0843 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROLAR EL RIESGO DE INFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CS SADABA

2. RESPONSABLE ..... TERESA PEREZ GUZMAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO GUSTRAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· MENA GALLIZO ELENA. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· MARIN MURILLO PILAR. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El carro de curas de la sala de urgencias del CS es un carro de uso común para todo el personal de enfermería del centro. El material que contiene el carro se usa para realizar curas urgentes o programadas durante el horario de Atención Continuada (A. C.)
El material de curas multidosis del carro (antisépticos, pomadas, colirios, suero fisiológico…) no es debidamente rotulado con la fecha de apertura, así mismo es habitual encontrar apósitos abiertos y almacenados en carro, suponiendo ambas circunstancias un alto riesgo de contaminación del material y consecuentemente un riesgo de infección de las heridas sobres las que se realiza las curas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Todos los envases multidosis estarán debidamente rotulados con la fecha de apertura.
2- Todos los profesionales de enfermería conocerán los periodos de tiempo de seguridad que pueden permanecer los envases abiertos.
3- Ningún envase rotulado con fecha de apertura sobrepasará el periodo de tiempo de seguridad aconsejado según las indicaciones de la Farmacia de HCU.
4- No se almacenará ningún apósito abierto en carro de curas.
5- En el caso de existir presentación mono dosis este será el formato de envase disponible para uso en carro.
6- El carro será revisado periódicamente por responsable designado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Informar a todos los profesionales de enfermería implicados (EAP, EAC, personal eventual) sobre el proyecto, objetivos y actividades
- Facilitar tabla con listados de productos y periodo de seguridad en el que pueden permanecer abiertos. La tabla es confeccionada por el servicio de Farmacia del HCU.
- Los profesionales de enfermería rotularán los envases multidosis con fecha de apertura
- Los profesionales de enfermería desecharan los envases rotulados que se encuentre fuera de periodo de seguridad.
- Los profesionales de enfermería no almacenarán los apósitos abiertos.
- Los profesionales de enfermería usarán los envases mono dosis disponibles.
- Colocar en carro de curas un rotulador indeleble para facilitar la rotulación.
- Nombrar como responsable de revisiones del carro al responsable del proyecto que realizará revisiones mensuales
- Las revisiones se realizarán mensualmente coincidiendo con el día de solicitud de material al almacén de farmacia del HCU
- Confeccionar tabla de registro de revisiones.
- En la revisión se desecharán los envases no rotulados, los envases rotulados fuera de periodo de apertura seguro, los apósitos que se encuentran abiertos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1:
nº envases debidamente rotulados / nº de envases existentes en carro.
Estandar:100%
Indicador 2:
nº de envases rotulados en periodo óptimo de seguridad /
nº envases rotulados.
Estandar: 75%
Indicador 3 :
0 apósitos abiertos en carro de curas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El periodo de evaluación será de Mayo del 2018 a Diciembre de 2018 realizándose un total de 8 revisiones.
Mayo 2018.
Presentación proyecto de Mejora a los profesionales de enfermería implicados.
Reparto de tabla con periodos de seguridad de apertura de productos confeccionada por Farmacia del HCU

Proyecto: 2018_0843 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROLAR EL RIESGO DE INFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CS SADABA

Designación del responsable de revisiones y confección de tabla de registro de revisiones.
Diciembre 2018.
Presentación de resultados de indicadores del Proyecto de Mejora

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0852 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNCASTILLO SE MUEVE

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MORENO GUSTRAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALAN ALAYETO BERTA ELISABET. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Caminar a paso ligero cinco veces a la semana, durante al menos 30 minutos puede alargar la esperanza de vida hasta tres años y reducir el riesgo cardiovascular hasta un 11%. Caminar beneficia, de muchas formas, a nuestro sistema cardiovascular. Ayuda a reducir sus principales factores de riesgo, como son la obesidad, la hipertensión, y la diabetes, además, se ha demostrado que también contribuye a un aumento del tono muscular y nos ayuda a controlar el estrés emocional.
También se ha relacionado con la mejora de la interacción social y reafirmación personal
Resulta de suma importancia el fomento de la actividad física, como factor para mejorar la calidad de vida de las personas

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
PRINCIPAL:
Mejorar la salud cardiovascular de la población
Fomentar el ejercicio físico en los adultos de Uncastillo

SECUNDARIOS:
Aumentar el conocimiento sobre hábitos saludables
Fortalecer la red social en la comunidad
Mejorar la calidad de vida en la población diana

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Los paseos tendrán una duración de unos 50 minutos de forma semanal
10 minutos de estiramientos y calentamiento
30 minutos de paseo
10 minutos de estiramientos
Durante el paseo y estiramientos se realizaran charlas sobre hábitos saludables, que habrán seleccionado los participantes durante el paseo anterior. De forma lúdica y en ambiente distendido
Se hará un resumen/ puesta en común del tema tratado ese día al final del paseo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Grado de aceptación de la actividad: Población diana total / personas que han mostrado interés, aunque no hayan participado en ningún paseo
Número de participantes en cada sesión
Resultados de la encuesta de satisfacción

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo: Desarrollo del proyecto
Junio: Difusión de la actividad: En el Ayuntamiento de Uncastillo, EAP
Consejo de Salud, Redes sociales
Junio-Septiembre: Captación de personas interesadas
Septiembre: inicio de la actividad (De forma semanal en horario de 9:30- 10:30)
Diciembre: Evaluación y Encuesta de Satisfacción
Junio/19: Final de la actividad.
Evaluación y Encuesta de satisfacción final

9. OBSERVACIONES.
Según el número de participantes y edades, se podrían plantear dos grupos de paseo

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

Proyecto: 2018_0852 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNCASTILLO SE MUEVE

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0903 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICEINCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

2. RESPONSABLE ..... MARTA MARIA ALVAREZ SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALCOLADO ARANDA ANA MARIA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA EZQUERRA ROSARIO. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se han observado los siguientes problemas en la atención a nuestos paciente con Insuficiencia Cardiaca:
- Baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP
- Diferencias en la formación de los profesionales
- Falta de implementación GPC.
- Falta de implicación en el proceso de IC
- Las actividades preventivas comunitarias para IC no se integran en el proceso.
- No se implementan completamente los medios diagnósticos, terapéuticos, cuidados y recomendaciones.
- No existe una ruta asistencial definida para IC.: planes de cuidados, planes estandarizados.

Por lo tanto consideramos que debemos iniciar un proyecto de mejora para conseguir un seguimiento óptimo de los pacientes con IC y mejorar la atención que reciben por nuestra parte, Así evitaremos descompensaciones en pacientes con IC e ingresos de repetición.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar las actividades preventivas en IC.
- Reducir los ingresos en descompensaciones agudas.
- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
- Potenciar los cuidados a los pacientes del programa.
- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.
- Mejorar los conocimientos delas GPC de IC de los profesionales del centro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Se solicitará a Dirección el listado de pacientes con IC de nuestro centro.
- Se implementará el uso de GPC entre los profesionales del centro.
- Aumento de oferta servicios: incorporación plantilla autocuidados, visitas programadas en agenda OMI para pacientes con IC
- Se realizará un plan de formación específico: Sesiones Clínicas sobre IC.
- Se nombrará un referente de IC en el centro (responsable del proyecto).
- Se comunicará el desarrollo del proyecto al Equipo, Servicio de Medicina Interna de referencia y al Consejo de Salud

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de ingresos urgentes por reagudización/ Número de pacientes con ICC (Reducción del 2% respecto al año anterior)
- Número de pacientes con IC con vacunación antigripal/ Número de pacientes con IC (Aumento del 10%)
- Número de pacientes vacunados antineumococica/ Número de pacientes con IC (Aumento del 5%)
- Número de paciente con ICC en los que consta exploración básica (peso, TA, Perímetro abdominal)/ Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Número de pacientes polimedicados con ICC a los que se ha revisado prescripción / Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Pacientes con IC en tratamiento con calcioantagonistas / Número de pacientes con IC
- Pacientes con IC en tratamiento con betabloqueantes/ Número de pacientes con IC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Aumento de oferta servicios: agendas OMI, plantilla autocuidados : mayo-diciembre 2018
- Sesiones clínicas: mayo-diciembre 2018
- Comunicación a EAP, Consejo de Salud: mayo- diciembre 2018
- Revisión prescripción: enero-diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.
No existe una ruta asistencial de pacientes con IC consensuada con el Hospital Ejea ni con el Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa, que son nuestros hospitales de referancia, lo que dificultará llevar a cabo este proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0903 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICEINCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1041 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO LABORDA EZQUERRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Diversos
estudios y encuestas nos hacen pensar que los adolescentes precisan
conocimientos y habilidades para detección de la violencia de genero
en todas sus modalidades y en sus primeras manifestaciones .

La violencia de genero es un problema de nuestra sociedad que afecta a
la salud en todos sus aspectos. Está demostrado que la educación basada
en la igualdad de sexos y oportunidades es la base para erradicar
este tipo de violencia .
La adolescencia es una edad adecuada para adquirir conciencia y
actitudes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Educar, instruir y concienciar a los adolescentes .
Prevenir y detectar tipos de relaciones dañinas, así como de abusos en otros ámbitos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión con equipo directivo del IES Reyes católicos Sección Sadaba para proponer esta actividad.
Reunión o comunicación al AMPA
Reunión con trabajadora social comarca para informar y solicitar material.
Análisis del material didáctico disponible .
Elaboración guión para charla a alumnos de 3º y 4º ESO.
Dar charla a alumnos de 3º y 4º de la ESO,
Elaborar encuesta satisfacción .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se
pasará una encuesta previa a esta intervención a los alumnos para ver
sus habilidades y conocimientos y posteriormente se pasará otra donde
además de preguntar sobre contenidos sepregubntará sobre grado de
satisfacción y si consideran de utilidad la sesión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo 2018 . Contacto con AMPA y Equipo directivo IES

Junio 2018 . Contacto con servicios sociales de la comarca,Instituto Aragonés de la mujer,

Julio 2018 : Recopilación material formativo y análisis del mismo .
Agosto -Septiembre 2018 elaboración guión, y estructuración charla y de las encuestas .

Primeros Octubre 2018 Reunión con equipo directivo y puesta en común.

Noviembre 2018, charla a alumnos de 3º y 4º de la ESO.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. atencion a la comunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Violencia de Género

Proyecto: 2018_1122 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES

2. RESPONSABLE ..... CARMEN PEREZ-CABALLERO BONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ GUZMAN TERESA. ENFERMERO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· LAITA EZQUERRA ROSARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· VIDAL CANCER CONCHA. MAESTRO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· ESPES BIESCAS MIGUEL. MAESTRO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Una dieta inadecuada y la falta de actividad física son dos factores de riesgo de las principales causas de enfermedades evitables, como los trastornos cardiovasculares, la obesidad, algunos tipos de cáncer y la diabetes mellitus tipo 2. Frente a esto, caminar se considera a menudo como la forma de actividad física que mayores beneficios aporta para la salud. Además, es una práctica económica, que no requiere de un equipamiento complejo ni de instalaciones específicas, se adapta a multitud de horarios y se puede modular dependiendo de las características personales, como la edad o el estado de salud
La actividad física es uno de los activos que de modo más redundante identifican los niños y jóvenes
El proyecto pretende diseñar una ruta saludable en cada municipio de la ZBS de Sadaba, contando para su diseño con la participación de todos los niños escolarizados en el Colegio Rural Agrupado Bañales; que es un único centro público compuesto por seis localidades (Alera, Biota, Castiliscar, Luesia, Sádaba, Uncastillo). Todos ellos pertenecientes a nuestra ZBS excepto Luesia.
Pretendemos que estas rutas unan distintos puntos identificados como saludables por los niños, medir distancias y dificultad, y en un futuro que cuente con señalización estable

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implicar y sensibilizar a la población escolar en la generación/ promoción de salud.
Fomentar el ejercicio físico de toda la comunidad
Mejorar la salud cardiovascular de la población
Disminuir el grado de obesidad en la población de la ZBS de Sádaba

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Contacto con el Centro Educativo CRA Bañales, de la zona rural de Sadaba para presentar el proyecto y establecer una colaboración mutua.
2. Presentar el proyecto en el Consejo de Salud de la zona
3. Sesión en el C.S. para dar a conocer el proyecto a todos los integrantes del equipo
4. Charla a todos los niños del CRA sobre salud
5. Que los niños identifiquen zona saludables en su entorno
6. Realizar una ruta saludable que pase por todos los puntos identificados como saludables en su pueblo
Requisitos:
a) Tener un recorrido de unos 3 km, que es la distancia aproximada para cumplir las recomendaciones de la OMS.
b) Que la ruta sea adecuada para las personas que potencialmente pueden hacer más uso de ella, normalmente personas mayores sin ningún factor invalidante que les impida cumplir las recomendaciones de realizar media hora diaria de actividad física por un trazado accesible y de dificultad baja.
7. Presentar estas rutas en Consejo de Salud, para su inclusión en las páginas Web de los ayuntamientos y su posible señalización estable.
8. Fomentar los paseos saludables utilizando estas rutas desde las consultas de Atención Primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Numero de reuniones con el CRA Bañales
2. Número de niños que han participado en el trabajo/ total de niños escolarizados en el CRA entre 6-12 años.
3. Número de rutas diseñadas sobre el total de las escuelas del CRA.
4. Numero de reuniones con el Consejo de Salud, en las que se ha participado y trabajado el proyecto en el año.
5. Miembros del equipo participantes/ total de miembros del equipo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Mayo 2018: Presentación del proyecto a comunidad Educativa y Miembros del EAP
2. Mayo/ Junio 2018: Elaboración y desarrollo teórico del programa. Contenidos y actividades consensuadas con el CRA Bañales
3. Septiembre 2018: Charla de unos 45 min de duración sobre salud a todos los niños escolarizados en el CRA Bañales de Sadaba
4. Septiembre / Octubre 2018: Trabajo grupal de los niños para la identificación de zonas saludables en cada municipio
5. Octubre 2018: Diseño de la ruta saludable que incluya los puntos identificados, con medición de la distancia entre cada uno de ellos y la distancia total.
6. Noviembre 2018: Presentación de las rutas al Consejo de Salud y difusión entre la población.

Proyecto: 2018_1122 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1154 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

2. RESPONSABLE ..... ELENA MENA GALLIZO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS. ENFERMERO/A. CS SADABA. URGENCIAS
· SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS SADABA. URGENCIAS
· LIEVANO SEGUNDO MARIA PAOLA. MEDICO/A. CS SADABA. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La atención urgente precisa de un equipamiento clínico, diagnóstico y terapéutico completo y al mismo tiempo fácilmente transportable y manejable de tal modo que todo debe estar dispuesto para facilitar la labor al personal.

Se han detectado los siguientes problemas en nuestro centro:
Variabilidad en los criterios de atención urgente.
Excesivas diferencias profesionales en formación e implicación.
Variabilidad del personal (vacaciones,bajas...)
Dificultad en el seguimiento de procesos de mantenimiento de maletín, vitrina.
Inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador.
Presencia de material y medicamentos caducados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Unificar criterios.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias y maletines definiendo sus contenidos básicos y facilitando una organización estandarizada en la que se implique a todos los profesionales.
Establecer un mínimo de medicación y material en la vitrina de urgencias.
Garantizar la disponibilidad inmediata de medicación, material y productos sanitarios.
Facilitar un documento conocido por todos los profesionales en el que se indique cuál es el criterio en cada momento para designar al profesional /profesionales responsables de la atención urgente tanto en el Centro de Salud como fuera de él.
Facilitar la labor al personal eventual.
Evitar demoras en la atención urgente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Promover la autoformación en atención urgente mediante la realización o participación en cursos y talleres.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos sobre la atención en la patología urgente y el mantenimiento del desfibrilador.
Mantenimiento de los maletines después de su uso y periódicamente mediante un calendario de revisiones.
Consensuar entre el equipo de atención continuada un listado de fármacos y material fungible que debe contener la vitrina y el stock mínimo de cada uno de ellos.
Registro de incidencias.
Realizar un algoritmo que defina el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1:

nº revisiones del maletín realizadas/ nº revisiones que se han de realizar según el calendario

Objetivo: 90%

Indicador 2:

Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y en RCP/nº total de profesionales del centro

Objetivo: 70%

Indicador 3:

Existencia de un documento que defina la asignación de casos de atención urgente.

Objetivo: Existencia de dicho documento

Indicador 4:

Porcentaje de profesionales conocedores del mismo/ nº total de profesionales del centro

Proyecto: 2018_1154 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

Objetivo: 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Periodo de evaluación de Enero de 2018 a Enero de 2019.

En Enero de 2019 presentación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1226 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

2. RESPONSABLE ..... BERTA ELISABET GALAN ALAYETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALCOLADO ARANDA ANA MARIA. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN. MEDICO/A. CS SADABA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas.
Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De abril a diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0827 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

2. RESPONSABLE ..... LUCIA HERNANDEZ ABADIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CAUDEVILLA ESEVERRI ELENA. ENFERMERO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CASALES LABORDA SERGIO. ENFERMERO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las UPP(úlceras por presión) representan un importante problema de salud en todos los niveles asistenciales y un problema socio-económico(por el aumento de estancias hospitalarias y el mayor consumo de recursos)
El papel de enfermería es muy decisivo en su abordaje, ya que es aceptado por la comunidad científica que el 95% de las UPP son prevenibles con los cuidados y recursos adecuados.
Por eso desde Atención Primaria, queremos informar y concienciar a la población de riesgo para mantener unas pautas de prevención adecuadas y así poder fomentar su autocuidado

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
.GENERAL: mejorar la salud y calidad de vida de la población de riesgo mediante la implicación del EAP (equipo de Atención Primaria), de los pacientes y/ó cuidadores en la prevención y manejo de las UPP.
.ESPECÍFICOS:
-Incrementar el conocimiento sobre medidas de prevención de UPP en población de riesgo en nuestra zona de salud en un 20%
-Disminuir la incidencia de aparición de úlceras en la población de riesgo mediante el desarrollo y fortalecimiento del conocimiento técnico de UPP y habilidades para la aplicación de prácticas seguras por parte del equipo responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-CAPTACIÓN: a través de consulta de enfermería (programada, a demanda, visita domiciliaria),
-DESARROLLO DE LA CONSULTA:
.Valoración COGNITIVA (Test PFEIFFER), social y del entorno del paciente, si fuera preciso citar algún familiar a cargo
.Valoración FUNCIONAL AVD (BARTHEL)
.Cómo escala de valoración de riesgo de úlceras se implementará la ESCALA BRADEM
-Se proporcionará INFORMACIÓN ESCRITA a los pacientes y/ó cuidadores sobre: causas UPP, medidas de prevención.método del reloj-cambios posturales
-INTERVENCIÓN MEDIANTE EDUCACION:
.Resolver dudas y corregir errores detectados
.Programar una fecha de revisión periódica
.Sesión clínica en nuestro centro para actualizar conocimientos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
.COBERTURA: Nº pacientes incluídos en el programa/nº de pacientes totales en riesgo en el mismo período de intervención
.ACTIVIDAD: nº de pacientes incluídos en el programa a los que se ha realizado la consulta/valoración y entregado la hoja informativa a los 6 meses de iniciada la intervención/nº de pacientes totales incluídos en el programa
.Grado de cumplimiento segú la escala de BRADEM a los 6m de inicio del programa/tasa de cumplimiento inicial
.Grado de conocimiento que tiene el paciente sobre cuidados preventivos a los 6m del seguimiento del programa/grado de conocimiento inicial
.SATISFACCIÓN: Grado de satisfacción de los usuarios y de los profesionales con el programa de atención sanitaria sobre prevención de UPP
.SEGUIMIENTO: revisión como mínimo cada 6m que podrá variar en función de las necesidades detectadas
EVALUACIÓN: son necesarios para la evaluación el "REGISTRO DE LOS PACIENTES" incluídos en el programa y la copia de la última escala BRADEM realizada para comparar con la anterior

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Comienzo del proyecto de mejora el 1 de Septiembre 2018 si es aprobado
-A lo largo de todo el año (todos los trimestres) se podrán ir realizando consultas/valoraciónes con los pacientes que se van captando

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0827 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODA PATOLOGÍA QUE OCASIONE UNA DEPENDENCIA A NIVEL FUNCIONAL
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1238 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ENTRENAMIENTO EN SOPORTE VITAL BASICO PARA ALUMNOS DE PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... RAUL JUAREZ VELA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERGANZO ANDONEGUI NEKANE. MEDICO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MAULEON PELLON MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANZ JIMENEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La parada cardiaca (PC) se define como la interrupción súbita, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontáneas. La PC es la principal causa de mortalidad en el mundo industrializado a tenor de que los servicios de emergencias extrahospitalarios europeos atienden anualmente más de 275.000 PC y en España el número asciende a 24.500 PC anuales . Los niños en edad escolar que reciben formación en primeros auxilios son capaces de prestar una ayuda básica e inicial a un paciente inconsciente y a aquellos a los que se les instruye en RCP pueden aprender y llevar a cabo maniobras en soporte vital básico (SVB) con razonable exactitud y precisión y retener dicha información y habilidades durante largos periodos de tiempo. Dicho entrenamiento y formación debe ser impartida en los colegios debido a que a partir de los 10 años de edad son capaces de aprender maniobras de RCP con una sesión por curso. La sociedad Americana del Corazón recomienda que la formación en RCP debería impartirse en los colegios a niños con edades comprendidas entre 11 y 16 años y al menos cada dos años deberían reciclarse.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
1. Capacitar a los alumnos de educación primaria para el reconocimiento de una PC y puesta en marcha de un protocolo de SVB adecuado.
Objetivos secundarios:
2. Evaluar los conocimiento obtenidos antes y después de la sesión. Planteando en este proyecto de calidad un estudio cuasi-experimental de intervención pre-post

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el mes de octubre de 2018, un equipo formado por un Médico y un Enfermero de Atención Continuada en Atención Primaria (MAC/EAC) del Centro de Salud de Sos del Rey Católico, visitará el Colegio de Sos del Rey Católico para exponer el programa a los alumnos de 6º de Primaria.
-El programa comprenderá impartir una sesión formativa gratuita a todos los alumnos del curso objeto de estudio, a los que se hará un seguimiento durante 6 meses para valorar el grado de aprendizaje y afianzamiento de los conceptos. El número de alumnos será de 10 por sesión, de manera que cada pareja Médico/Enfermero siempre tendrá a un máximo de 10 alumnos.
-La formación se impartirá en una sesión de 60 minutos de duración y combinará técnicas expositivas con técnicas de desarrollo de habilidades. La técnica expositiva consistirá en impartir teóricamente los conocimientos necesarios básicos sobre la cadena de supervivencia, maniobras de RCP y obstrucción de la vía área por cuerpo extraño, mediante una lección teórica con apoyo audiovisual.
-La técnica de desarrollo de habilidades se llevará a cabo mediante una demostración con un maniquí preparado para la RCP
-Durante la sesión solicitaremos la colaboración del tutor/profesor para que ejerza como figura de observador externo, con el objeto de que después realice una encuesta de satisfacción para verificar ciertos check-points.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La cobertura esperada es del 100 % de los alumnos y para ello, quince días antes de la sesión, se les entregará una hoja informativa para que la presenten en sus respectivos hogares y en la cual se informará al padre/madre/ tutor legal sobre la intervención que se quiere llevar a cabo y se pedirá que autoricen a su hijo a participar en dicho proyecto. Se les informará que los datos solicitados son necesarios para el estudio y que se asegurará el anonimato de los participantes mediante la codificación de las variables. La evaluación se llevará a cabo en dos áreas: Conocimientos y destrezas. Para recoger las variables incluidas en el área de conocimiento se proporcionará al alumno la misma encuesta antes y después de la intervención. Del mismo modo pasado 6 meses se volverá a trasladar la encuesta para ver el nivel de permanencia.
Las evaluaciones de las variables incluidas en el área de destrezas se efectuarán durante la puesta en práctica por parte de los alumnos de la simulación práctica.
Desde el punto de vista CUALITITATIVO se valorará : Aseguramiento de la zona, comprobar la conciencia, pedir ayuda, apertura de vía área, comprobación de la respiración mediante la maniobra OVS (Oír -Ver- Sentir) alerta precoz al SEM, facilita datos, correcta colocación de las manos en la RCP, efectuar insuflaciones, reevaluación, reconocimiento d signo de atragantamiento, animar a toser, palmadas interescapulares, maniobra de Heimlich, Comprobación OVACE
Desde el punto de vista CUANTITATIVO se analizará : tiempo empleado en maniobra OVS, número de compresiones, profundidad de las compresiones, número de insuflaciones, número de palmadas interescapulares, número de maniobra de Heimlich.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_1238 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE ENTRENAMIENTO EN SOPORTE VITAL BASICO PARA ALUMNOS DE PRIMARIA

Reunión Miembros del Proyecto: septiembre 2018
Carta a los Padres, Centro Educativo y Reunión con los profesores: Finales de septiembre 2018
Sesión Formativa Práctico Teórica: octubre 2018. (2 grupos)
Análisis de las Variables: Octubre- marzo 2018
Seguimiento 6 meses: abril 2018
Publicación de Resultados: junio 2018

9. OBSERVACIONES.
La repercusión de la educación en SVB de los alumnos de primaria no se ha tratado ampliamente. Sin embargo, la limitada evidencia existente parece apoyar esta iniciativa.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PCR
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0364 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

2. RESPONSABLE ..... NATALIA GARCIA LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ ABADIAS LUCIA. ENFERMERO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· VIELBA DUEÑAS BEATRIZ. MEDICO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· BUIL COMPANY ESTHER. ENFERMERO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP..
El carro de paradas y el maletín de urgecias son dos puntos clave en la atención de la urgencia, tanto en el propio Centro de Salud (Carro de Paradas), como extra-centro (Maletín de Urgencias): aunque se viene realizando el mantenimiento de ambos desde hace tiempo, proponemos una sistemática para reposición y control periódico según protocolo intracentro.

Asímismo, creemos útil el mantenimiento de “sets” de urgencias (como el de SCA) y la creación de nuevos (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones y politrauma/sangrante).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y maletín de urgencias con la propuesta organizativa estandarizada.

-optimización de recursos disponibles en el área de urgencias del Centro de Salud: fármacos y materiales, priorizando su fácil localización y garantizando su estado óptimo.

-determinación de las diferentes responsabilidades del personal, en cuanto a revisión y mantenimiento material, fármacos, así como revisión de sus indicaciones.

-mantener actualizados los conocimientos del personal sanitario del centro respecto a la actuación en situaciones de urgencia (colaboración estrecha con el Grupo de Mejora de Formación del Centro de Salud de Sos).

-mantener en constante observación las posibles mejoras a realizar en el área (colaboración estrecha con el Grupo de Mejora de Calidad del Centro de Salud de Sos) a través del Listado de Incidencias del Centro.

-evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indica cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-listado de material y fármacos disponibles tanto en carro como en maletín, consensuado en calidad y cantidad con los miembros del EAP.

-creación de un sistema de registro de control periódico y reposición de material y fármacos disponible en formato papel.

-creación y mantenimiento “sets” de fármacos+material para determinadas patologías por lo frecuente de su aparición y lo protocolizado de su manejo.

-realización de sesiones clínicas para actualizar conocimientos en área de urgencias.

-situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

-proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo, se contemplan las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Abril 2018: presentación del proyecto de mejora en el centro e inicio de la primera sesión presentadora de carro de paradas y nueva distribución del maletín de urgencias.

Proyecto: 2018_0364 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

-Valoración a los 6 meses de inicio del proyecto de : porcentaje de revisiones de carro/maletín completadas respecto a las totales previstas.

-Valoración a los 6 meses de inicio del proyecto de : número total de incidencias relacionadas con el área de urgencias .

-3 indicadores sobre el documento del profesional responsable de la atención urgente:
- -Indicador nº 1: existencia o no de dicho documento.
- -Indicador nº 2: porcentaje de profesionales conocedores del mismo.
- -Indicador nº 3: porcentaje de profesionales que han participado en formación patología urgente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
de Abril a Diciembre 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. patología urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0465 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VIELBA DUEÑAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ GIL RAQUEL. MEDICO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
EL ALARMANTE INCREMENTO DE LAS RESISTENCIAS A LOS ANTIMICROBIANOS ES UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.
LAS INSTITUCIONES SANITARIAS CONSIDERAN LA RESISTENCIA A ANTIBIOTICOS UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA Y SU ABORDAJE UN ASUNTO PRIORITARIO QUE INCLUYE OPTIMIZAR EL USO DE ANTIBIOTICOS.
LA A.E.M. HA PUESTO EN MARCHA EN PLAN NACIONAL PARA CONTROL DE LA RESISTENCIA A ANTIBIOTICOS Y A NIVEL DE ARAGON EL PROGRAMA IRASPROA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
OPTIMIZAR EL USO DE ANTIMICROBIANOS PARA EVITAR LA RESISTENCIA A LOS MISMOS
ADHERIRSE A LOS PRINCIPIOS GENERALES PROA (DECALOGO ELABORADO POR EL GRUPO IRASPROA)
REALIZAR FORMACION DEL USO ADECUADO DE ANTIBIOTICOS

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ASISTENCIA A LA JORNADA IRASPROA 13 ABRIL
DAR A CONOCER LOS PRINCIPIOS GENERALES PROA
DAR SESIONES FORMATIVAS RELACIONADAS CON PROA, PERFIL DE RESISTENCIAS A ANTIBIOTICOS, INFECCIONES MAS FRECUENTES Y SU TRATAMIENTO.
PARTICIPAR EN CAMPAÑAS SANITARIAS QUE PROMUEVA IRASPROA EN ARAGON

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
TENER RESPONSABLE EN EL EQUIPO (ABRIL)
DIFUSION D ELOS PRINCIPIOS GENERALES PROA EN ATENCION PRIMARIA (MAYO)
INDICADOR: DIFUSION DE INFORME DE CONSUMO/RESISTENCIAS A LOS ANTIMICROBIANOS EN EL SECTOR DE TODOS LOS EAP (SEPTIEMBRE 2018)
OBJETIVO: FORMACION EN USO ADCUADO DE ANTIBIOTICOS
INDICADOR: Nº SESIONES REALIZADAS SOBRE PROA
3 SESIONES AL AÑO
POORCENTAJE DE PROFESIONALES SANITARIOS DEL EAP QUE HAN PATICIPADO EN FORMACION PROA, OBJETIVO 80%.
INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DE ABRIL A DICIEMBRE 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0658 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL AGUIRRE DE SANTIAGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VELA JUAREZ RAUL. ENFERMERO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANZ JIMENEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS SOS DEL REY CATOLICO. ATENCION CONTINUADA EN AP
· PEREZ PORTAL VIRGINIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SOS DEL REY CATOLICO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Pertenece a los proyector estrella del Sector Zaragoza III para 2018.
La Insuficiencia cardíaca es una patología frecuente en cuestra zona, con población envejecida y alta frecuencia de comorbilidades como la Fibrilación Auricular y la Hipertensión Arterial. Es importante por su alta prevalencia y mortalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar las actividades preventivas de la Insuficiencia Cardiaca entre ellas aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica como prevención primaria: Dirigido a todos los pacientes con Insuficiencia Cardiaca.
2. Reducción de uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios evitando ingresos por descompensación.
3. Potenciar los autocuidados de los propios pacientes consigo mismo y de los cuidadores hacia los pacientes. Dirigido a todos los pacientes con esta patología.
4. Adecuar el tratamiento farmacológico en la Insuficiencia Cardiaca: Dirigido a todos los pacientes con esta patología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación Guía Práctica Clínica según la Sociedad Española de Cardiología (www.secardiologia.es)
2. Formación: Sesiones EAP.
3. Listado abierto de pacientes con Insuficiencia Cardiaca en la Zona de Salud.
4. Comunicación del desarrollo del proyecto: Reunión del EAP, Consejo de Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Potenciación de los cuidados en Insuficiencia Cardiaca. Nº de pacientes con este diagnóstico en los que consta la vacunación antigripal (aumentar 10%) y antineumocócica (aumentar 5%).
2. % de pacientes con Insuficiencia Cardiaca en los que const registros del plan de cuidados: Exploración básica, control de peso, perímetro de cintura, Tensión Arterial.
3. Adecuación del tratamiento farmacológico en Insuficiencia Cardiaca: Nº de pacientes polimedicados con esta patología a los que se les ha hecho revisión de tratamiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica:Implementación GPC/Vía Clínica
2. Oferta de Servicios: Plantilla autocuidados / Comunitaria: Mayo - Noviembre 2018
3. Formación : Sesiones EAP : Mayo - Diciembre 2018
4. Listados, comunitaria, indicadores: Marzo - Junio 2018
5. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud: En todo el periodo del Proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0637 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

2. RESPONSABLE ..... IRENE PEÑA LEON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIRON ESTRADA VANESSA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· TURRION GONZALEZ JESUS. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES. TCAE. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· AGUDO ABAD JARA CARLOTA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· CIORDIA GARCIA MARIA LUISA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE BARRERA SARA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc.
Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento
del carro, sala de urgencias y maletines

Proyecto: 2018_0637 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ATENCIÓN URGENTE
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0639 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

2. RESPONSABLE ..... PILAR COSCOLIN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELLOSO RODANES MARIA ISABEL. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· GARGALLO GOMEZ PILAR. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO PARRA CARMEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LUJAMBIO CHUECA MIREN ITZIAR. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· SANZ BURGOS LARA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· VILLANUA BONET MARIA TERESA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· AGUADO ABAD JARA CARLOTA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopIa, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)
Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2018
Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2018
Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2018
Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0665 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL BELLOSO RODANES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEBAN GIMENO ANA BELEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ CORONADO JOSE LUIS. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA LEON IRENE. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO ELIZONDO MARIEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· CASTILLO PARRA CARMEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· MIRALLES ROMANILLOS ISABEL. PEDIATRA. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asitencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas.
Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0665 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Proyecto: 2018_0857 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS

2. RESPONSABLE ..... EMILIA GARCIA HUERTA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ADELL RUIZ RAFAEL. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO. CELADOR/A. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· CACHO VAL MARIA AURORA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GIL LIGOS MARIA FELISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA. CELADOR/A. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION
· TAUS GREGORIO MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TARAZONA. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la documentación de todas las historias de pacientes fallecidos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dejar espacio en el archivo del centro de salud de Tarazona y documentarlas para su "Archivo Definitivo" en el archivo DGA.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.-Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP
2.-Contactar con Dirección de AP para llevar a cabo el proyecto
3.-Documentar historia de exitus a partir de 1-1-2002 hasta 31-12-2014

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Almacenamiento de historias clínicas siendo toda la documentación a partir del 1-1-2012 debiendo haber transcurrido un mínimo de 3 años desde el cierrre de la historia.
El formato será el de "Archivo Definitivo".
Documentarlas en cajas relacionando en la "Hoja de transferencia de fonfos" del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Conservar este documento en formato electrónico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1.- Difusión e información del proyecto de EAP tras la firma del AC.
2.- Creación del circuito: mayo-junio.
3.- Finalización del proyecto primeros de Diciembre de 2018.
4.- Valoración de la actividad realizada.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EXITUS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0935 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ..... JULIA LASHERAS GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA. CELADOR/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· MODREGRO MOROS MARIA AMPARO. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· TIRADO VALLEJO MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LUJAMBIO CHUECA MIREN ITZIAR. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· SANZ BURGOS LARA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde hace 4 años, varios colegios e institutos de Tarazona acuden a visitar el C.Salud para conocer sus instalaciones y servicios.
Los profesionales hemos querido aprovechar estas visitas ya consolidadas para realizar talleres para la Educación en hábitos Saludables, Prevención de Accidentes y Adiestramiento en primeros auxilios. Creemos que el C.Salud es es el espacio idóneo para ello.
El presente proyecto queda incluido dentro del proyecto comunitario del acuerdo de Gestión Clinica del Salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana:

-niños de Educación Infantil y Primaria (Colegio Comarcal Moncayo y Joaquín Costa, Colegio Ntra Sra Del Pilar y Colegio Sagrada Familia).
-niños de la ESO (Nuestra Señora del Pilar, colegio Sagrada Familia e Instituto Jesús Rubio).
-niños de Educación Especia (Colegio Comarcal Moncayo)

Los objetivos serán distintos según las edades de los niños, en general queremos que todos sepan reconocer las situaciones de riesgo vital, enseñar a activar el sistema de emergencias .

En niños de la ESO: Les entrenaremos a aplicar precozmente la RCP básica y primeros Auxilios.

En niños de infantil y Primaria siendo un grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, les enseñaremos a prevenirlos y cómo actuar ante ellos.

Intentaremos concienciar y educar sobre los beneficios de distintos hábitos saludables a través de unos conocimientos básicos sobre la influencia de la alimentación y el ejercicio físico en la salud y en su defecto de los graves problemas que se derivan del abuso de determinados alimentos,del sedentarismo y el consumo de sustancias tóxicas .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Mayo 2018: reunión semanal
REUNION del grupo de mejora para determinar :

-Responsable de realizar recorrido en el c- salud.
-Responsables del Taller de RCP.
-Responsables del Taller para niños de infantil y Primaria.
-Responsables del Taller de Educación en hábitos saludables.

Realizar invitación a los distintos Colegios e Institutos de Tarazona

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Niños de infantil: se les da un cuestionario con tres iconos: positivo, neutro y negativo.

Niños de Primaria: se les pasa un cuestionario para recoger las impresiones de los participantes.

Niños de la ESO. Se les da un pretest y un postest adecuado para los niños y para valorar los conocimientos adquiridos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Es un proyecto que viene determinado por el calendario escolar .
En Mayo : visita prevista de alumnos de la ESO (2º de la ESO del Colegio Ntra Sra Del Pilar el 25/05/2018)
Estamos pendientes que nos confirmen los días de visita por parte de dichos colegios.

Fecha inicio del proyecto: Mayo 2018
Finalización del proyecto: Enero 2019.

Proyecto: 2018_0935 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EDUCACIÓN PARA LA SALUD
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1080 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA

2. RESPONSABLE ..... PILAR GARGALLO GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COSCOLIN GARCIA PILAR. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· ESTEBAN GIMENO ANA BELEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRO ELIZONDO MARIEN. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· BERGES ZUECO CONSUELO. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· ADELL RUIZ RAFAEL. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: ¿Somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso y monitorizar el seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
2. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
3. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Consejo de salud de zona.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria (Paseos saludables desde el C.S Tarazona) .
2. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica (Si se acuerda desde dirección) Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP.
3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP .
4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia.
5. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto a desarrollar en periodo: Mayo 2018-Enero2019. Se intentará la continuidad del proyecto.
1.- Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
2.-Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
3.-Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio

Proyecto: 2018_1080 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1205 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S DE TARAZONA

2. RESPONSABLE ..... MARIA AMPARO MODREGO MOROS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VILLANUA BONET MARIA TERESA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LATORRE BARRERA SARA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· CIORDIA GARCIA MARIA LUISA. MEDICO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· LASHERAS GARCIA JULIA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· PASCUAL ZALDIVAR JULIA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· GIL LAHOZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ DIAZ RAFAELA. ENFERMERO/A. CS TARAZONA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La nueva conducta de sedentarismo o inactividad física se han relacionado de manera constante, con un aumento de la mortalidad general y por diferentes causas (incluida la cardiovascular). Por tanto, cada vez es más evidente la necesidad de combatir la conducta de sedentarismo o inactividad física para reducir la incidencia de todos los problemas de salud con los que está relacionada.
Para ello se cuenta con dos intervenciones: el consejo sanitario para aumentar los niveles de actividad física y la prescripción de ejercicio

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo fundamental de realizar paseos cardiosaludables desde el centro de Salud servirá como apoyo a todos los profesionales del EAP a la hora de prescribir ejercicio físico entre los pacientes en las consultas de enfermería y medicina.
La prescripción de ejercicio es ayudar a las personas a incrementar su · nivel de actividad física habitual. Los objetivos específicos de la prescripción de ejercicio varían en función de los intereses de la persona, sus necesidades, entorno y estado de salud. En la mayoría de los casos se prescribe ejercicio para: 1) mejorar la condición física, 2) mejorar la salud reduciendo el riesgo futuro de desarrollar o volver a padecer ciertas enfermedades, y 3) mejorar la seguridad al hacer ejercicio.
Con los paseos saludables se favorece la socialización de las personas .
La población a la que irá dirigido el proyecto es toda la población adulta que pertenezca a la zona básica de Salud de Tarazona.
Los paseos se realizarán en Tarazona y en Malón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reunión para realizar equipos para realizar los paseos . Mayo 2018
- Captar a los pacientes desde las consultas de EAP . Mayo 2018
-Se realizan carteles informativos, que se distribuyen por el C.Salud. Mayo 2018
-Recoger desde Admisión la lista de las personas que quieren participar en la actividad para poder revisar las enfermedades crónicas de dichos pacientes
-Charla informativa previa a la puesta en marcha de la actividad, explicando recorrido, la ropa que hay que llevar. Junio 2018
-Iniciar los paseos en Junio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Encuesta de satisfacción al finalizar los paseos.
-Primer mes: Registrar el número de pacientes que salen a pasear desde el C.Salud.
- A los 5 meses: Registrar el número de pacientes que se mantienen al finalizar el proyecto. (Qué el 50% de los pacientes que iniciaron los paseos sigan paseando con los responsables).
-A los 7 meses: ver la continuidad del grupo sin salir a pasear con los responsables.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Establecer un día a la semana con un horario concreto . Punto de encuentro: El centro de Salud de Tarazona y Consultorio de Malón.
Cada día irán 2 responsables del grupo de mejora para organizar los paseos, (en Malón sólo irá un responsable)
Duración: Inicio junio 2018- Noviembre 2018
En principio nos gustaría que fuese un proyecto de continuidad en el tiempo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1205 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S DE TARAZONA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Educación para la Salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0671 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL BUÑUEL GRANADOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ FRANCES ANTONIO. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· MOLINES FUERTES HORTENSIA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· JACA PINZOLAS JUAN CARLOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAUSTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAUSTE. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación de al menos 1 profesional del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Valoración de las lesiones mediante dermatoscopio, previo a su envío a Dermatología, si procede.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 3). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
-Porcentaje de médicos que han acudido a al menos 2 sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
-Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 1%, en el cupo del profesional que ha recibido formación por parte del sector). Fuente de información: audit historias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Formación de los profesionales responsables: Fechas que establezca la Dirección del Sector
-Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Solicitado en el Plan de Necesidades de 2018. Pendiente de adjudicación de presupuestos.
-Sesiones formativas del Equipo: Se realizarán con posterioridad a la recepción del Dermatoscopio y a la formación recibida por el responsable del proyecto.

9. OBSERVACIONES.
En principio se va a incluir uno de los cupos de medicina, que será el evaluado, aunque la práctica se extenderá al resto de profesionales, con la peculiaridad de los consultorios periféricos, dado que la ubicación del Dermatoscopio va a ser la cabecera del centro de salud.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0671 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_0763 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE LAUDO TESAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· MOLINES FUERTES HORTENSIA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· LURI PASTOR ALICIA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.
Uso racional de recursos: Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, adecuada comunicación AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la capacidad de resolución en la atención de la IC por parte de A.P.
Actividad: Intentar identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido. Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC. Pendiente establecer circuito para la vacunación del neumococo que actualmente depende exclusivamente de A.Especializada.
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Cambios en la práctica clínica: Implementar el conocimiento y uso de la GPC-
Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos con Medicina Interna.
Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal . Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.

2. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
3. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

Proyecto: 2018_0763 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0781 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ASTIER PEÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ FRANCES ANTONIO. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· BELLO GIL JOSE LUIS. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN GALVE MARIA. PEDIATRA. CS TAUSTE. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BANDRES OLIVAN TERESA. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asitencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas.
Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 60%
FI: informe del centro actas firmadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Control de resistencias antibioticas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0781 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Proyecto: 2018_0788 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

2. RESPONSABLE ..... MARIA GUILLEN GALVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LORENTE SERRANO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· CARRERAS GIRALDA ANTONIO. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· BELLO GIL JOSE LUIS. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· TENA DOMINGO INMACULADA. MATRONA. CS TAUSTE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· ASTIER PEÑA MARIA PILAR. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAUSTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LURI PASTOR ALICIA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El proyecto se adscribe en los objetivos del Acuerdo de Gestión del Centro de Salud de Tauste de 2018, se enmarca dentro de las líneas estratégicas de promoción de las actividades comunitarias, nos parece útil, con posibilidad de buenos resultados y capacidad de continuación en el tiempo.
El proyecto surge de manera bidireccional:
Por una parte al inicio del curso escolar 2017 – 2018 la Escuela Infantil de Tauste solicita la colaboración del equipo de Pediatría para fomentar hábitos de salud saludables en cuanto a la alimentación ofrecida en dicha escuela.
Por otra parte el equipo de Pediatría, se plantea la realización de un proyecto de colaboración con los centros educativos de la zona, participando conjuntamente con el profesorado y actuando sobre el alumnado, fomentando medidas y comportamientos saludables que mejoren la salud y bienestar de los escolares y apoyando su participación en el cuidado de la salud y prevención de enfermedades dirigidas a promover la salud de la comunidad educativa.
Se justifica el proyecto, dado que la cooperación entre el centro de salud y educativo para la promoción de la salud de la comunidad escolar, hace posible realizar un abordaje global facilitando la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables aumentando las competencias en salud de los escolares, permitiendo además que haya un acercamiento entre ámbito escolar y sanitario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer un marco de acercamiento y colaboración coordinada entre el EAP y centro educativo que permita asegurar la sostenibilidad de estas actuaciones, fomente un entorno saludable y aumente las competencias en salud de los escolares y profesorado.
Se plantea que el proyecto sea el paso previo a que el CEIP Alfonso I se convierta en Escuela Promotora de Salud.
La actividad va dirigida a la población de la Escuela Infantil, niños de 3 meses a 3 años, a través de su profesorado
A nivel escolar en los CEIP Alfonso I de Tauste y San Nicasio de Novillas se trabaja con niños de Educación Infantil.
Según el tipo de actividad se trabajará con clases individualizadas o en grupos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones y contactos telefónicos Escuela Infantil de Tauste y Pediatría para establecer pautas de alimentación saludable, haciéndose extensiva la colaboración en otros temas mediante la Guía de Ayuda para Centros Docentes.
Reunión Pediatría con equipo directivo del CEIP Alfonso I de Tauste, estableciendo el Modelo de Acuerdo entre Centro de Salud y Educativo para la promoción de la Salud, identificando los objetivos e intervenciones educativas que se realizarán a lo largo de los cursos 2017-2018 y 2018-2019, trabajando
con metodologías participativas, aplicando técnicas en grupos pequeños.
Pediatra y enfermera acudirán a las clases de 1ªEducación Infantil (3 clases de unos 15 alumnos) para impartir unos talleres y trabajar con los escolares y profesores de dichas clases, sobre “El resfriado y hábitos saludables“. Se lleva material sanitario, láminas de dibujos y peluches para practicar con los niños.
Pediatra, Enfermera y Médico de Familia impartirán otro taller sobre “higiene de Manos” en la Biblioteca del Centro Escolar con material necesario para su desarrollo, 2 grupos, uno con niños de 2º y otro de 3º de infantil.
Visitas de escolares al Centro de Salud para conocer las instalaciones, servicios, profesionales que trabajan en él y funciones que desempeñan, se enseñarán espacios y materiales de Admisión, Pediatría, Medicina, Matrona, Fisioterapia y Urgencias.
Médico y Enfermera de Novillas (Consultorio de la ZBS de Tauste) imparten un taller con la profesora de Infantil dentro de un proyecto del colegio “El cuerpo humano y mi pediatra”. Se intentará que alumnos puedan ir al consultorio a conocerlo.
Comunicación del Proyecto y sus fases evolutivas periódicamente al EAP de Tauste y Consejo de Salud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2018_0788 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Nº de reuniones realizadas con Centros Educativos que participan en el Proyecto
Nº de Talleres impartidos
Nº de Participantes
Fichas escolares y dibujos donde se plasma la realización de lo aprendido comparativamente antes y después del taller realizado o visitas escolares- sanitarias
Encuesta a profesores y profesionales participantes de satisfacción y resultados obtenidos con el proyecto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Oct Nov 2017 Reuniones Escuela Infantil Tauste y Pediatría
Oct Nov 2017 Reunión CEIP Tauste y Pediatría -
Realización 1er taller
Mar 2018 Taller en CEIP Novillas
Jun 2018 2ºTaller en Colegio Tauste
Oct Nov 2018 Visitas de escolares a centro de Salud

9. OBSERVACIONES.
Colaboración del EAP para cubrir las ausencias de profesionales intervinientes

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0896 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA. CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO CARRERAS GIRALDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BANDRES OLIVAN TERESA. MEDICO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· LORENTE SERRANO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA. ENFERMERO/A. CS TAUSTE. ATENCION PRIMARIA
· JACA PINZOLAS JUAN CARLOS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAUSTE. ADMISION Y DOCUMENTACION
· TENA DOMINGO INMACULADA. MATRONA. CS TAUSTE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP.
Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador,.. etc.
Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

Proyecto: 2018_0896 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA. CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento
del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0926 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DEPURACION Y ORGANIZACION DE LAS HISTORIAS FISICAS DE LOS USUARIOS FALLECIDOS

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MORATILLA LOPEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL GARCIA MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· RANDET LATORRE MARIA VICTORIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MINGUILLON CASTILLO ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ROMAN DIEZ MARI FE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RIVAS RODRIGUEZ ENRIQUE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· BOLSA ENFEDAQUE MARIA PAZ. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MOLINES MATEO MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
-Existencia de cantidades grandes de Historias físicas que se han dado de baja en la BDU (base de datos de usuarios) sin ningún tipo de orden, están guardadas en cajas de múltiples formatos o sueltas en estanterías en la consulta dedicada al almacén de material.
-Existencia de Historias físicas dentro de los archivos de los médicos que no han sido retiradas de los mismos una vez dados de baja en la BDU
-Dificultad o casi imposibilidad de encontrar una Historia determinada si es necesaria paraalgún trámite dado el desorden existente de las mismas desde hace más de 10 ó 12 años

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Ordenación por fechas de fallecimiento de las Historias que están repartidas y desordendas en el almacén
-Depuración de los archivos de los médicos con el objeto de retirar las Historias de los usuarios fallecidos y poder archivar dichas Historias por el orden correspondiente.
-Archivar las Historias de los fallecidos en las cajas correspondiente que nos han suministrado para tal fin junto con un listado que se irá haciendo en un Excel para indicar en cada caja su contenido

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Revisar todas las Historias que están en el almacén una por una en la BDU para verificar que están fallecidos y registrarlas por nombre y apellidos y año de fallecimiento en el listado
-Revisar las Historias de los archivos de los médicos para retirar las de los fallecidos y registrarlas igualmente en el listado de excel
-Colocar las Historias en las cajas que nos han suministrado con el listado correspondiente
-Una vez que estén ordenadas y registradas, avisar para que vengan a buscar dichas cajas que son enviadas a la DGA
-En el Centro tendremos únicamente los fallecidos de los tres años anteriores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Conseguir que las Historias de los fallecidos estén ordenadas en cajas para saber en cada momento donde se encuentran todas y cada una de ellas.
-Conseguir que a partir de ahora, siempre que haya un usuario fallecido, registrarlo en el listado correspondiente y guardarlo con orden para poder encontrarla si hiciera falta.
-Conseguir que en la consulta de almacén, estén únicamente los fallecidos de tres años anteriores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Al ser un proyecto que se va haciendo a la vez que se hacen todas las tareas de Admisión, creemos que será a largo plazo.
-En principio serán unos 8 meses, pasados los cuales haremos una evaluación de como va el proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. fallecidos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0766 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S .UNIVERSITAS

2. RESPONSABLE ..... PILAR AZNAR TEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MURILLO LAHOZ EVA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· OSES SORIA AMALIA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· DIESTE AISA LUCIA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· BONED JIMENO CARMEN. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· PERALTA GINES MARIA. MIR. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· BOLSA ENFEDAQUE PAZ. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· GIL GARCIA MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según revisiones realizadas existe una baja cobertura y gran variabilidad en la atención, medios diagnósticos, terapias, cuidados .
Es necesario mejorar la adhesión al tratamiento y mejorar la aplicación de GPC.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar actividades preventivas.
- Reducción de servicios Hospitalarios.
- Aumentar cobertura vacunal antigripal y antineumocócica.
- Fomentar autocuidado.
- Adecuar tto. farmacológico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reunión con EAP, para explicar proyecto.
Reunión con Médicos y enfermería de forma diferenciada para incidir en los objetivos que son compentencia de cada uno y de los comunes.
Reparto de listados de pacientes con IC de cada cupo, para incidir en las actividades con estos pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mejora de la cumplimentación de RCV.
Reducción uso Servicio Hospitalario.
Aumento de cobertura vacunal : Gripe y Neumococo.
Número de pacientes con Ic a los que se realiza revisión de tto.
Número de pacientes en tto con Calcioantagonistas respecto del total con IC.
Número de pacientes con IC en tto con betabloqueantes repsecto del total.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista el día 30 de mayo con la reunión de EAP.
Resto de actividades a lo largo del año con reuniones bimensuales para incidir en las actividades.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0883 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LIZANDRA FRON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAJARIN SANCHEZ ANA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO PEDRAZA ANGELES. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· MUNIESA GRACIA PAULA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· MORATILLA LOPEZ ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· MOLINER MATEO CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
el incremento em la resistencia a los antibioticos supone una dificultad para el manejo de infeciones comunitarias y Hospitalarias

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de antibioticos (ab.) en atención primaria asumiendo unos principios de racionalidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
asistencia a jornada IRASPROA dia 13 Abril
dar a conocer lop principios enerales
sesiones formativas relacionadas con el uso racional de ab. Perfil de resistencias a las infeciones habituañes en atención primaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
tener un responsable del uso de ab en el equipo
.difusion de los principios generales de uso racional de ab.
indicador : difusion del informe consumo / resistencias a los ab.

. formacion del uso adecuad de ab.
indicador : nº de sesiones realizadas

.presentacion del programa
% profesionales que participan en el proyecto

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De abril a Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1052 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS AUTOCUIDADOS

2. RESPONSABLE ..... AMALIA OSES SORIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BONED JIMENO CARMEN. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· MUNIESA GRACIA PAOLA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· DIESTE FRANCA CAROLINA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· APARICIO TORNAY NURIA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ MOYA ANTONIO. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· CONTI CUESTA ANTONIA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· GIL CLAVERIA GREGORIA. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dada la elevada población con sobrepeso, sedentarismo y malos hábitos en la alimentación, se plantea la promoción de hábitos saludables para dicha población

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Promover y motivar autocuidado a través de dietas, ejercicio, e intercambio de experiencias que favorezcan una actitud de cambio en la mejora de dichos hábitos
-La población a la que va dirigida sería enfermos crónicos, escolares
-Interacción de la población con los profesionalesy entre ellos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración de la parte teórica y ejercicios
-Elaboración de encuesta.
-Charlas en centro escolares, asociaciones de vecinos y mayores.
-Información a la población,talleres y paseos saludables.
-Atención individualizada en consulta programada
-Recogida de datos y evaluación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de talleres programados y realizados >80 %
-Número de pacientes satisfechos > 80%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Planificación: Junio 2018
Talleres: Tercer y cuarto trimestre 2018
Evaluación:Septiembre y diciembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. sobrepeso, diabeticos,hipertensos, escolares
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_1092 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. UNIVERSITAS

2. RESPONSABLE ..... EVA MURILLO LAHOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OSES SORIA AMALIA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
· DIESTE AISA LUCIA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· TORRES TRASOBARES MARIA BELEN. ENFERMERO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· GORGOJO ITOIZ PUY. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· PERALTA GINES MARIA. MEDICO/A. CS UNIVERSITAS. ATENCION PRIMARIA
· ROMAN DIEZ MARI FE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RIVAS RODRIGUEZ ENRIQUE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS UNIVERSITAS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
LA ATENCIÓN URGENTE ES UN PUNTO ESPECIALMENTE SENSIBLE E IMPORTANTE DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL EAP.
RAZONES:
-VARIABILIDAD EN LOS CRITERIOS DE ATENCIÓN URGENTE
-EXCESIVAS DIFERENCIAS ENTRE LOS PROFESIONALES EN CUESTIÓN DE FORMACIÓN E IMPLICACIÓN.
-INADECUADA ORGANIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS SALAS DE URGENCIAS Y MALETINES, CON ACÚMULO DE MEDICACIÓN EN OCASIONESY FALTA DE ELLA Y DE MATERIAL EN OTRAS.
- INADECUADO CONTROL DE MEDIOS TERAPEÚTICOS, COMO EL DESFIBRILADOR, ETC.
-INADECUADO USO POR PARTE DE LA POBLACIÓN DEL HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADA

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-DEFINIR UN PROCEDIMIENTO CON LOS CONTENIDOS BÁSICOS DEL CARRO DE PARADAS Y EMERGENCIAS CON LA PROPUESTA ORGANIZATIVA ESTANDARIZADA.
-CONSEGUIR LA BUENA ORGANIZACIÓN DEL CARRO DE PARADAS Y MALETÍN DE URGENCIAS, Y QUE TODO EL EAP SE FAMILIARICE CON ÉL Y SE RESPONSABILIZE DE SU ADECUADO MANTENIMIENTO.
-EDITAR UN DOCUMENTO CONOCIDO POR TODO EL EAP, Y DEJANDOLO EN UN LUGAR ACCESIBLE PARA TODOS, INDICANDO CLARAMENTE LOS PROFESIONALES QUE DEBEN HACERSE CARGO DE DICHA URGENCIA EVITANDO ASÍ LA DEMORA EN LA ATENCIÓN URGENTE, TANTO EN EL PROPIO CENTRO COMO LA DOMICILIARIA.
-HACER PROPUESTAS DE EDUCACIÓN SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN PARA INCREMENTAR LA EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN URGENTE POR UN USO ADECUADO.
-PROPORCIONAR TALLERES DE FORMACIÓN Y MANTENIMIENTO DE HABILIDADES DE LOS PROFESIONALES EN ATENCIÓN URGENTE Y RCP, ASI COMO DEL USO DEL DESFIBRILADOR
-MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS SALAS DE URGENCIAS, MALETÍN Y CARRO DE PARADAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-PROMOVER LA AUTOFORMACIÓN EN ATENCIÓN URGENTE EN EL C.S., ORGANIZANDO SESIONES CLÍNICAS SOBRE RCP Y LAS DIVERSAS PATOLOGIAS URGENTES
- SESIONES FORMATIVAS SOBRE EL USO DE FÁRMACOS EN ATENCIÓN URGENTE, SOBRE EL MANEJO DE ECG, ASPIRADOR, DESFIBRILADOR POR PARTE DE TODO EL EAP,SOBRE LA LOCALIZACIÓN DE TODO ELLO EN LA SALA DE URGENCIAS, PARA TIULARES Y PERSONAL EVENTUAL, PARA LA FAMILIARIZACIÓN CON LA SALA DE URGENCIAS Y EVITAR DEMORAS EN LA BÚSQUEDA DE LOS NECESARIO.
- UNA REUNIÓN SEMESTRAL CON EL EAP, PARA LA CONCIENCIACIÓN Y MOTIVACIÓN EN LA COLABORACIÓN DEL MANTENIMIENTO DEL MALETÍN Y LA SALA DE URGENCIAS.
- PROPROCIONAR AL EAP UNA MATRIZ PARA QUE DEFINAN EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR, DEJANDO ESTA MATRIZ TANTO EN ADMISIÓN COMO EN LA SALA DE URGENCIAS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN DOCUMENTO CONOCIDO POR TODO EL EAP EN EL QUE SE ESPECIFIQUE EL PERSONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN URGENTE DENTRO Y FUERA DEL C.S.
-INDICADOR:EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO
-OBJETIVO:GARANTIZAR LA RAPIDEZ EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EVITANDO DEMORAS, POR LA EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO.
-INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE CONOCEN DICHO DOCUMENTO
-OBJETIVO : SUPERIOR AL 80%
-F I:INFORME DEL CENTROY/O VISITA AL EAP
-PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL EAP QUE AHN PARTICIPADO EN FORMACIÓN EN PATOLOGÍA URGENTE Y EN RCP.
-OBJETIVO : 80%
-F I: INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS
-NÚMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL CENTRO QUE HAN ASISTIDO/PARTICIPADO EN AL MENOS UNA SESIÓN RELATIVA A URGENCIAS/NÚMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL SECTOR
.OBJETIVO : 80%
-F I: INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS
-QUE EXISTA CONSTANCIA POR ESCRITO DE LOS CONTENIDOS Y LAS REVISIONES DE MANTENIMIENTO DEL CARRO, SALA DE URGENCIAS Y MALETINES.
-OBJETIVO 80%

Proyecto: 2018_1092 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. UNIVERSITAS

-FI: INFORME DEL CENTRO Y/O VISITA AL EAP
-

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DE FEBRERO A DICIEMBRE DE 2018.SE PREVÉ LA CONTINUACIÓN DEL PROYECTO.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIA URGENTE NO DEMORABLE
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0713 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

2. RESPONSABLE ..... DIEGO CALAVIA SARNAGO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALINDO MORALES GEMA. FISIOTERAPEUTA. CS DELICIAS SUR. FISIOTERAPIA EN AP
· LOIDI PLA MARIA ANGELES. FISIOTERAPEUTA. CS DELICIAS SUR. FISIOTERAPIA EN AP
· AZNAR VIDALLER CARMEN. FISIOTERAPEUTA. CS DELICIAS SUR. FISIOTERAPIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
CADA SEMANA ENCONTRAMOS DE MEDIA 2 PACIENTES QUE NO ACUDEN A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA.
ESTE PROBLEMA AFECTA A LOS FISIOTERAPEUTAS DE AMBOS CENTROS DE SALUD (UNIVÉRSITAS/DELICIAS SUR) Y A TODOS LOS PACIENTES QUE ESTÁN ESPERANDO PARA SER ATENDIDOS PUESTO QUE AUMENTA LA DEMORA CON CITAS DE CONSULTAS QUE NO SON EFECTIVAS.
LAS CAUSAS DE ESTE PROBLEMA SON:
– LA EXCESIVA DEMORA ENTRE EL MOMENTO DE LA CITACIÓN Y EL MOMENTO DE LA CONSULTA LO QUE PROVOCA QUE EL PACIENTE OLVIDE LA CITA.
– LA INADECUADA DERIVACIÓN DESDE MEDICINA PRIORIZANDO PROBLEMAS CRÓNICOS DANDO COMO RESULTADO QUE LOS AGUDOS SE RESUELVAN ANTES DE LA CITA OTORGADA EN FISIOTERAPIA.
– EL DESCONOCIMIENTO DEL PROCESO Y LA DIFICULTAD QUE ENCUENTRAN LOS PACIENTES PARA ANULAR LA CITA CUANDO NO PUEDEN ACUDIR.
– FALTA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DEL PACIENTE DE NO ANULAR LA CITA, CUANDO ES SABEDOR DE QUE NO VA A ACUDIR A DICHA CONSULTA.
LAS CONSECUENCIAS QUE ÉSTO GENERA SON:
- NO APROVECHAMIENTO EFICAZ DEL TIEMPO DE TRABAJO DE LOS FISIOTERAPEUTAS.
- SOBRECARGA ADMINISTRATIVA DEL FISIOTERAPEUTA AL TENER QUE LOCALIZAR A OTRO PACIENTE PARA OCUPAR ESE LUGAR EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
REDUCIR O EVITAR LAS INCOMPARECENCIAS A PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19.

MEJORAR LA EFICACIA DEL TRABAJO DE LOS FISIOTERAPEUTAS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. ASEGURAR DESDE ADMISIÓN QUE EL PACIENTE RECOGE Y COMPRENDE EL RECORDATORIO DE LA CITA.
2. RECORDAR LOS PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN (PREFERENTES/ORDINARIOS) A FISIOTERAPIA AP A LOS FACULTATIVOS PARA REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA EN LOS PROCESOS AGUDOS.
3. ENTREGAR JUNTO A LA CITA DE FISIOTERAPIA UN DOCUMENTO EXPLICANDO EL PROCESO PARA FACILITAR LA ANULACIÓN DE LA CITA.
4. CONCIENCIAR AL PACIENTE DE LA IMPORTANCIA DE ANULAR LA CITA MEDIANTE LA EXPLICACIÓN DE LOS PROBLEMAS QUE CONLLEVA LA NO ANULACIÓN EN EL DOCUMENTO DEL PUNTO 3.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº PACIENTES QUE NO ACUDEN A PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19 / Nº DE PACIENTES CITADOS EN PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19 X 100

ESTÁNDAR DEL 95% LOS PRIMEROS 6 MESES; POSTERIORMENTE DEL 100%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
– JULIO 2018: ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO QUE EXPLICA EL PROCESO PARA FACILITAR LA ANULACIÓN DE LA CITA Y CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DE ANULARLAS. DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO.
– JULIO- AGOSTO 2018: REUNIÓN ENTRE DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO CON LOS JEFES DEL SERVICIO DE ADMISIÓN DE LOS CSDELICIAS SUR Y UNIVÉRSITAS PARA QUE RECUERDEN A LOS ADMINISTRATIVOS LA CONVENIENCIA DE ASEGURARSE DE QUE TODOS LOS PACIENTES RECOGEN Y ENTIENDEN EL RECORDATORIO DE LA CITA.
– JULIO-AGOSTO 2018: REUNIÓN DE DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO CON LOS MAP DE SUS RESPECTIVOS CS, RECORDANDO LOS PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA AP, INCIDIENDO EN LA PRIORIZACIÓN DE LOS CASOS AGUDOS.
– DE SEPTIEMBRE/18 A FEBRERO/19: REGISTRO DEL Nº DE PACIENTES CITADOS EN PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA ESPECIFICANDO LAS INCOMPARECENCIAS. DIEGO CALAVIA, CARMEN AZNAR, GEMA GALINDO, M ANGELES LOIDI.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0713 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1467 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¡ MI HIJO NO TOMA CHUCHES !

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA TARRAGO GIL
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MILLAN SOBRINO ESTELA. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. SALUD BUCODENTAL
· COCA GARCIA IRENE. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CS UNIVERSITAS. SALUD BUCODENTAL
· YAGÜE MUÑOZ MARIA DEL CARMEN. HIGIENISTA DENTAL. DAP ZARAGOZA 2. SALUD BUCODENTAL
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. SALUD BUCODENTAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las recomendaciones para reducir la ingesta de azúcares libres a lo largo del ciclo de vida se basan en los siguientes datos: los adultos que consumen menos azúcares tienen menor peso corporal, el aumento de la cantidad de azúcares en la dieta va asociado a un aumento comparable del peso, los niños con los niveles más altos de consumo de bebidas azucaradas tienen más probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad, un consumo de azúcares libres superior al 10% de la ingesta calórica total produce tasas más elevadas de caries dental
Por las entrevistas informales realizadas en la consulta hemos detectado que los usuarios desconocen el contenido real de azucares de las bebidas y de los alimentos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar los conocimientos para conseguir un cambio de hábitos.

Que los usuarios conozcan el contenido de azúcar de los productos más consumidos, centrándonos en las bebidas y golosinas que son prescindibles en la dieta.

Que los usuarios aprendan a identificar en la etiqueta la cantidad de azúcar que contienen las bebidas carbonatadas.

Que los usuarios relacionen el consumo de azúcar con las patologías relacionadas, especialmente la caries dental.

Que los usuarios identifiquen que alimentos/ bebidas de su dieta pueden eliminar/disminuir consumo para mejorar su salud general y bucodental.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Diseño y realización de un panel en 3D que informe del contenido de azúcar de las principales bebidas carbonatadas y de las golosinas más habitualmente consumidas. Se expondrá en la sala de espera de las consultas indicadas.

Hacer una recopilación de envases de bebidas y alimentos en las que se señalará el contenido de azúcar. Estas estarán en la sala de espera para la libre consulta de pacientes y familares.

Realización de charlas “exprés” en la misma zona presentando los materiales y explicando la relación del azúcar con patología bucodental y patología sistémica. Diseño de la misma.

Diseño de un formulario/encuesta en la que tras la charla los asistentes indiquen si han mejorado sus conocimientos y los compromisos personales en relacionados con el consumo.

Informar a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud que derivan pacientes de este proyecto para que refuercen los conocimientos y cambios de habitos propuestos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización del panel informativo: si/no
Preparación del material de consulta si /no
Número de “charla impartidas”
Número de asistentes.
Numero de encuestas recibidas y análisis de las mismas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Diseño del panel mayo junio
Recopilación de envases de bebidas y alimentos y descripción de sus contenidos junio
Diseño de la charla junio

Proyecto: 2018_1467 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¡ MI HIJO NO TOMA CHUCHES !

Diseño de la encuesta junio
Inicio de las charlas y exposición de material junio

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0689 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GRAJERA SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO GOMEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· BAILO GAY ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· OTO ROYO ANA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· CONDE VAZQUEZ PAULA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· OLMO PEREZ ELENA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· TARRAGUEL NAVARRO MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Aunque se ha realizado una redistribución de la sala de urgencias y se han organizado, materiales, medicación y maletin de urgencias, existen diferencias profesionales en cuanto a la formación e implicación.

Seria necesario mejorar la destreza en el manejo del desfibrilador, del DESA, de la utilización de mascarilla laringea y pistola intraosea asi como realizar reciclaje en RCP para todo el equipo.

Por otro lado tenemos que reorganizar el nuevo carro de paradas que va a sustituir al que teníamos

En cuanto a la gestión de la demanda urgente, aunque existe una planilla en la que se establece el turno de profesional sanitario para la atención a pacientes desplazados durante la jornada ordinaria, no esta protocolizado el procedimiento a seguir ante una demanda urgente desde que esta se produce en el servicio de admisión o por teléfono hasta que se atiende, ni la sustitución en la situación en la que se produce una ausencia no esperada de un profesional en horario de atención continuada como MAC o EAC.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Definir un procedimiento con los contenidos básicos del caro de paradas y emergencias
2. Conocimiento por todos los miembros del equipo del contenido del carro de paradas y maletín de urgencias, así como de los protocolos de mantenimiento
3. Mejorar las habilidades de los profesionales en el manejo del desfibrilador, del DESA, de la utilización de la mascarilla laringea y pistola intraosea
4. Realizar reciclaje en RCP
5. Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/es responsables de la atención urgente (emergencia), tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro
6. Definir la estrategia para cubrir el turno del profesional ausente por situaciones inprevistas en turnos de atención coninuada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del nuevo carro de paradas y maletín de urgencias
2. Establecer un procedimiento para mantener el orden de la sala de urgencias con registro de las actividades y revisiones realizadas por los responsables
3. Implantar hoja de registro de incidencias en la sala de urgencias
4. Definir los criterios y procedimiento de la atención urgente
5. Realizar taller de reciclaje de RCP y patologías consideradas urgentes
6. Realizar sesiones de formación en manejo de desfibrilador, del DESA, de mascarilla laríngea y pistola intraósea

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Creación de un protocolo con el contenido del nuevo carro de paradas y maletín de urgencias

Indicador: Existencia de dicho documento SI/NO

Objetivo: Existencia de dicho documento

Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo obtenido a través del acta con las firmas de la/las reuniones establecidas a tal fin.

Objetivo: Superior al 80% igual 85/90 de sanitarios (excluyendo administrativos y trabajador social.) incluyendo matrona

2. Existencia del registro cumplimentado mediante firma del mantenimiento según la periodicidad acordada

Objetivo: Superior al 80% el control de firmas

Proyecto: 2018_0689 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

3. Existencia de control de caducidades y firmas

Objetivo : superior al 80% el control de firmas

4. Utilización de hoja de incidencias

Indicador: Uso de la hoja de incidencias

5. Realización de un taller de reciclaje de RCP

Indicador: Número total de profesionales del centro que han asistido al taller de reciclaje de RCP

Objetivo: Superior al 80%

7. Realización de sesiones formaticas en el manejo del desfibrilador, del DESA, de mascarilla laringea y pistola intraosea

Indicador: Número de profesionales del centro que han asistido a los distintos talleres

Objetivo: Superior al 80%

8. Existencia de un documento con el procedimiento del circuito de atención de urgencias

Indicador: Existencia de dicho documento SI/NO
Objetivo: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo. Superior al 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Planificación del proyecto : Abril- Mayo 2018
Realización de los talleres: De Mayo-Junio a Diciembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patologias urgentes
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0850 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE UTEBO

2. RESPONSABLE ..... SALVADOR LOU ARNAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· IBAÑEZ ESTELLA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· MARTIN GRACIA GLORIA. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· TARRAGUEL NAVARRO MIGUEL ANGEL. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC.
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables.
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC.
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC Sociedad Europea Cardiología
2. Cambios en la oferta de servicios: protocolización coordinación asistencial medicina – enfermería, protocolización plan de seguimiento, potenciación autocuidados. Instauracion de una consulta monográfica para la deshabituación tabáquica
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos.
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.
Se ha solicitado plaza de refuerzo a las consultas de enfermeria
5. Evaluación. Trabajo Grupo ICC: listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: programa de ejercicio físico y envejecimiento saludable en colaboración con el Ayuntamiento de Utebo.
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD.
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC.
2. Oferta servicios: oferta de servicios: protocolización coordinación asistencial medicina – enfermería, protocolización plan de seguimiento, potenciación autocuidados: junio-noviembre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. junio-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. Junio-julio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto

Proyecto: 2018_0850 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE UTEBO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0998 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE ENGUITA PELLICENA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLMO PEREZ ELENA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· GASTON FACI ANA. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ORTILLES GRACIA MARTA. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SOLANS BASCUAS MARIA TERESA. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN. MATRONA. CS UTEBO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· MUÑOZ RUIZ ANA FELISA. MATRONA. CS UTEBO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En las primeras consultas tras el nacimiento los padres presentan múltiples dudas en relación a la lactancia, alimentación complementaria,desarrollo psicomotor y cuidados básicos.

El tiempo que se dedica en las consultas en limitado y no permite abordar éstos temas en profundidad,éste es el motivo por el que se decidió poner en marcha éste taller donde los padres son los protagonistas ante los tema a tratar.

Se había detectado un aumento del abandono de la lactancia materna en los inicios de ésta, por lo que se pensó que dando un entorno en el que se sintieran apoyadas tanto con los profesionales como con la experiencia de otras madres sirviese para no abandonar .

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Brindar a las familias un espacio donde sentirse apoyados en la tarea de la crianza de sus hijos, puedan plantear dudas,compartir experiencias, adquirir y mejorar habilidades, apoyados por el equipo de pediatría y otros profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán sesiones semanales, los jueves de 12,30 a 14h,en un local cedido por el Ayuntamiento y coordinado con el equipo de pediatría del Centro de Salud.
Los contenidos de las sesiones serán libres abiertos a los intereses de las personas que acudan al taller.
Un jueves al mes se tratará un tema monográfico propuesto por las familias.
La captación se realizará fundamentalmente en las consultas de pediatria, matrona y por el resto de profesionales del equipo.
Las sesiones monográficas serán publicitadas mediante carteles informativos en el C. Salud, así como en la revista mensual municipal y en las redes sociales del Ayuntamiento de Utebo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de sesiones realizadas a lo largo del año
Media de asistencia de padres y madres.
Análisis descriptivo sobre la satisfacción del usuario y de los componentes del equipo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La actividad se desarrollará todos los jueves del año no festivos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Promoción de la salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0997 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

2. RESPONSABLE ..... ANA GASTON FACI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOLANS BASCUAS MARIA TERESA. PEDIATRA. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ORTILLES GARCIA MARTA. MEDICO/A. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· BRUN ALONSO BELEN. MEDICO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas.
Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De abril a diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODOS LOS PACIENTES QUE ACUDAN AL CENTRO DE SALUD CON UNA INFECCION
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1038 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

2. RESPONSABLE ..... ANA GASTON FACI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ORTILLES GARCIA MARTA. MEDICO/A. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· SOLANS BASCUAS MARIA TERESA. MEDICO/A. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· OLMO PEREZ ELENA. ENFERMERO/A. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS UTEBO. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR. DIETISTA-NUTRICIONISTA. CS UTEBO. ATENCION PRIMARIA
· RUIZ MURILLAS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS VENECIA. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La alimentación ha sido un tema prioritario al que se le han dedicado muchas horas en las últimas décadas, tanto por parte de Atención Primaria como en el ámbito escolar, y además los padres cada vez están más concienciados, aunque no siempre bien informados

A pesar de todo el esfuerzo, no solo no hemos conseguido mejorar la alimentación de nuestros niños, sino que tendríamos unas cifras crecientes de patologías relacionadas con la alimentación como serían la obesidad y el sobrepeso

Ya desde el embarazo los padres están sometidos a múltiples mensajes publicitarios relacionados con la alimentación infantil. Esta publicidad dirigida a los padres sigue estando presente en los primeros años, pero a partir de los dos tres años la publicidad ya va dirigida a niños, que son los que coaccionan a sus padres a la hora de la compra. Hay bastantes estudios que relacionan la influencia que ejerce la publicidad de alimentos no saludables en la población infantil, y España estaría especialmente retrasada en este aspecto, ya que no tenemos una regulación detallada sobre la publicidad dirigida a niños.

Sobre la persuasión indirecta que se realiza entre iguales, en relación con los alimentos procesados, no se encuentran estudios ni publicaciones, pero él boca a boca en esta edad sería muy importante.

En este proyecto se está trabajando conjuntamente el Centro de Salud, los cuatro colegios de Utebo y el Ayuntamiento, para intentar disminuir la comida procesada no saludable que toman los niños a la hora del almuerzo, y de esta manera poder reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, que actualmente está en un 20%

Otros objetivos son mejorara la alimentación de la población infantil disminuyendo el consumo de los productos procesados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Retirada de las máquinas expendedoras de bebidas y comida los productos no saludables.
-los niños no llevaran al colegio alimentos procesados. Se recomendará que traigan bocadillos, fruta, frutos secos, bollería casera, leche y agua.
-los cumpleaños de los niños no se celebrarán en clase con dulces, bollería ni snaks.
-Se realizaran charlas para padres y para los alumnos.
-Promocionar el uso de fuentes de agua en los sitios públicos frecuentados por los niños.
-No patrocinar eventos infantiles con empresas que comercialicen alimentos no saludables.
-Se ha involucrado a los alumnos en la realización de los carteles informativos.
-El Ayuntamiento está divulgando las actividades realizadas.
-Se trabaja con los servicios sociales de base para que los alimentos que se proporcionan a las familias desfavorecidas sean lo más saludable posible.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se calculará la prevalencia anual de sobrepeso y obesidad infantil mientras dure el proyecto

Seguimineto del volumen de basura generado en los colegios a la hora del recreo.
Encuestas de satisfacción en las charlas a padres.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio en junio de 2018

Proyecto: 2018_1038 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

No hay fecha de finalización al ser un proyecto a largo plazo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACTIVIDADES PREVENTIVAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0690 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. VALDEFIERRO

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA MARTINEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRANCO OBIS PATRICIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· SAENZ LAFUENTE LAURA. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Dado que es un proyecto del Sector III el EAPs se plantea trabajar el mismo, aunque el EAPs en sesión clínica cree como algo consustancial a la labor asistencial normalizada esta actividad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

Reduccion uso urgente de servicios sanitarios hospitalariso: dirigido a la poblacion con IC con descompensacion aguda que originan ingresos potencialmente evitables

Aumentar cobertura de vacunacion antigrial y antineumococica como primera medida de prevencion primaria. Dirigido a toda la poblacion de IC

Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa

Adecuar el tratamiento farmacologico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consulta monografica de tabaquismo
Formacion: Sesiones clinicas en el EAP
Comunicación del desarrollo del proyecto: Reunion EAP, Medicina Interna como colaborador, Consejo de salud de zona

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mejora de las actividades preventivas en ICC: Actividades comunitarias (ANDARINES, CONSULTA DE TABACO) con repercusión en riesgo cardiovascular en el contexto de IC

Pontenciar los cuidados en IC: Número de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunacion antigripal y antineumocócica. (el objetivo aumentar 10% en vacunacion antigripal y 5% en antineumococica con respecto al año anterior)

Adecuación del tratamiento farmacológico en IC (numero de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se las ha hecho revisión el tratamiento). Fuente de datos: listado farmacia

Portentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Fuente de datos: listados farmacia.

Portentaje de pacientes en tratamiento con beta bloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Fuente de datos: farmacia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año

Cambios en la practica clinica. Revision de GPC e implementación

Oferta servicios: consulta monografica de tabaco.

Formación: Sesiones EAP

Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, indicadores

Comunicación: Reunion EAP, Consejo de salud de zona en todo el periodo del proyecto

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0690 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. VALDEFIERRO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0692 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL SANITARIO, MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARRANCO OBIS PATRICIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· BUIL LANGARITA SUSANA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· VILLARES ANDRES ROSABEL. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· PEDRUZO GARCIA MARIA LORETO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS VALDEFIERRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
· RERO GUIMERA MARIA JESUS. TCAE. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· SAENZ LAFUENTE LAURA. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En sesión clínica del EAPs. se establecen criterios para el desarrollo de las tareas asistenciales y formativas en la actuación frente a situaciones de urgencia circulatoria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Unificar conocimientos, procedimientos y uso de materiales frente a la asistencia de urgencias cardíacas.
-Conocimiento del EAPs. de las instatalaciones y equipos del CS.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Se realizan sesiones formativas para los profesionales sanitarios, residentes y estudiantes del C.S, donde se aborda los siguientes temas:
-RCP básica y avanzada, en adultos y pediatría, recordando las dosis de los fármacos usados según las recomendaciones de la ERC 2015, resaltando las actividades de urgencia que se realizan en los domicilios.
-Revisión de los cambios propuestos en la ERC.
Dentro de la actividad formativa del EAPs. Se realiza revisión del carro de paradas, con el stock mínimo de fármacos para atender las urgencias en condiciones lo más optimas posibles:

-Aérea y ventilación: Ambu, mascarilla laríngea, bala de oxígeno.
-Circulación: Abbocath, perfusiones disponibles tanto cristaloides como coloides.
-Revisar la caducidad del material y creación de un Excel para control de las próximas caducidades segun norma ISO 9001.
-Se propone revisar las caducidades la última semana de cada mes (firma de la persona correspondiente) y correcto funcionamiento de los aparatos.
-Indicaciones de la ERC, en formato póster en la sala de Urgencias.
-Repaso del algoritmo de la obstrucción de la vía aérea.
-Repaso del listado de medicación, anexo al carro de paradas.
-Inclusión en el maletín de un plano de la zona.
-Se realizan sesiones para recordar los contenidos de los protocolos ante situaciones de urgencias en Atención Primaria.
Se realizan dos cursos durante el año en el EAPs.uno de RCP. básica y otro de RCP.avanzada.
Se realiza durante el año y dentro del plan formativo del CS. hacia la comunidad un curso de RCP básica, para los vecinos del barrio interesados en esta formación, incluyendo el manejo del desfibrilador automático, y revisando el protocolo de actuación en caso de una parada cardiorespiratoria.
Se espera alcanzar:
-Adiestramiento en una RCP.
-Conocer la ubicación en la sala de Urgencias el equipamiento del carro de paradas y su uso por el EAPs. .
-Listado de material y fármacos del carro de paradas revisado y adecuado a las necesidades de la Urgencia en A.P.
-Localización precisa y rápida por parte del todo el equipo del material en situaciones de Urgencia.
-Chequeo periódico de todo el material, tanto fármacos como material fungible.
-Designación de un responsable del control habitual del maletín y del carro de paradas.
-Rotulación de los cajetines de medicación, perfectamente separados por fármaco.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Mejora de la calidad asistencial en este tipo de proceso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Para la formación e implementación en el EAPs de esta actividad se cree necesario el desarrollo de sesiones formativas para el EAPs y de las personas del Barrio al largo de del año y posteriores.

9. OBSERVACIONES.
-Es fundamental en una Urgencia tener el carro de paradas revisado y consensuado, con la caducidad revisada y sin que falte nada del listado anexo al carro.
-El material después de una Urgencia siempre se debe reponer, para un buen uso y correcto mantenimiento del carro de paradas, y maletin.

Proyecto: 2018_0692 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL SANITARIO, MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

-Reciclaje de los conocimientos por parte del personal de los EAPs. para que, en caso de la atención de las urgencias, que todos conozcan su actividad y dar una respuesta rápida, efectiva y eficiente, ante este tipo de atención.
En sesión clínica se decide continuar con el proyecto de mejora, para proponer que todos los centros sanitarios del Sector Zaragoza III, dispongan del mismo material y de la misma disposición en el maletín, para facilitar al personal eventual la localización de dicho material en situaciones de urgencia, potenciando la seguridad del paciente y aumentando la calidad asistencial.
Se podría disminuir el peso del maletín de Urgencias o sustituirlo con ruedas.
Es necesario formar y realizar una acogida en el C.S. Valdefierro a todo personal eventual, para facilitar el trabajo de los profesionales, por eso proponemos la estandarización de dichas herramientas.
Se debería trabajar para consensuar una guía básica de equipación estándar dentro del Sector para los EAPs.Urbanos y Rurales, dado que las necesidades son distintas.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0708 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP VALDEFIERRO

2. RESPONSABLE ..... JESUS RODRIGUEZ ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARTOLOME LALANZA LUCIA. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· BARRANCO OBIS PATRICIA. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· SOLER PARDINILLA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO. ENFERMERO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopIa, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutaneas susceptibles de cáncer cutaneo o atipia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Formación de al menos dos profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)
Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%)
Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Formación de los profesionales responsables: abril,Mayo2018
Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: abril 2018
Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2018
Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0731 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

2. RESPONSABLE ..... MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA. MEDICO/A. CS VALDEFIERRO. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas.
Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

9. OBSERVACIONES.
Mejorar la formación en el uso adecuado de los antibióticos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todos los pacientes que acudan al centro de salud con una infección.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0052 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

2. RESPONSABLE ..... SERGIO LAFITA MAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SARASA BELLOSTA CRISTINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ROYO SARTO ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: somo capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.
En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Cambios en la oferta de servicios: definición de una consulta monográfica, modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: PLan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAPs, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona y de sector.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Nº EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. Objetivo: al menos 7 . Fuente de datos: registro actividades comunitarias de los centros

2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD

3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP

4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP

5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia

6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

Proyecto: 2018_0052 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloquenates respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: GPC/Vía clínica: Valoración y adecuación hasta junio 2018.

2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados: Enero-junio 2018

3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. marzo-diciembre 2018

4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018

5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018

6. Comunicación: Reunión EAPs, MI, Consejos de Salud Zona y sector. Reunión EAPs periodo firma de AG. Comuniación MI en todo el periodo del proyecto. Comunicación con Consejos de Salud según reuniones planificadas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0064 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SARASA BELLOSTA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFITA MAINZ SERGIO. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ROYO SARTO ANGEL. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· NUÑEZ TOBOSO MARIA ANGELES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 3. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Disparidad de recursos en Urgencias (Botiquín, maletín de urgencias, carro de paradas), en algunos casos incluso carencia de un carro de paradas adecuado para el transporte y el soporte de la medicación y recursos de atención.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc.
Inexistencia en algunos casos de procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión intracentro del los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente a traves de que EAPs del sector tengan un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a traves de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención urgente tanto en la zona rural como en la urbana para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias. Se está intentando unificarlo a nivel del sector I, II y III.
Proporcionar a los profesionales de los EAPs una matriz para que definan (en el caso de que no exista) el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente (en los centros y en en los que existe más de un profesional). Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente.

Recopilar y distribuir entre los EAPs documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir para los EAps rurales un tríptico informativo dirigido a la poblacióncon las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada.
Diseñar y distribuir la información del uso más adecuado de las urgencias extrahospitalarias en los centros de salud urbanos.
Revisión anual presencial de las salas de urgencias para la evaluacion de las mismas
Incluir en el acuerdo de gestión de los EAPs la realización de las sesiones auto formativas relativas a urgencias y RCP que se considere adecuado en cada centro.
Organización de al menos cinco cursos de RCP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Que el 85 % de los EAPs tengan un carro de paradas con la organización estandarizada.(Se excluyen aquellos que tienen “camareras y otros recursos no adecuados)

Proyecto: 2018_0064 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZA III

Indicador : Número de carros correctamente organizados/ numero total de carros de paradas.
Fuente de información: informe del centro y/o visita al EAP.

Que el 90 % de los EAPs del sector tengan un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Número de centros con procedimiento explicito/ numero total de centros
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del sector que han participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP
Que el 90 % de las salas de urgencias estén dotados con los algoritmos remitidos.
FI: informe del centro y/o visita al EAP

Que el 90 % de los EAps rurales hayan diseñado y distribuido sus documentos con indicaciones de uso.(FI existencia de documento)
Revisión presencial de la menos el 90 % de los EAPs.
Numero de EAPs visitados / número de EAPs del sector.
FI actas de visita.
Número de cursos realizados/ numero de cursos previstos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De febrero a diciembre de 2018. Se prevee la continuación hasta la total desarrollo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención Urgente
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1439 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES. FARMACEUTICO/A. DAP ZARAGOZA 3. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· SERRANO PERIS DIANA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· FRAJ GARCIA NIEVES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· ZUECO OLIVAN GEMMA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA
· LAFITA MAINZ SERGIO. MEDICO/A. DAP ZARAGOZA 3. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La OMS considera la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública. Las bacterias multirresistentes causan 25.000 muertes al año en Europa. El uso excesivo e inadecuado de los antibióticos es una de las principales causas de este problema, por ello, la optimización del uso de antibióticos es un asunto prioritario.

En Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la DGAS aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Impulsar la implicación de los profesionales de atención primaria en el programa PROA-AP a través de personas clave en todos los equipos del sector.
Potenciar el compromiso de los EAP en proyectos asistenciales relacionados con la mejora de la utilización de antibióticos.
Evaluar la situación del uso de antibióticos en atención primaria del Sector Zaragoza III.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Selección de una persona clave con interés en el uso de antibióticos en cada EAP para implementar el Programa de PROA-AP en su equipo.
2. Facilitar la implementación del decálogo de principios generales de uso de antibióticos.
3. Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza III:
a. Adaptación de la Guía de Aljarafe para atención primaria. Selección de los procesos más prevalentes y su tratamiento. Difusión entre los profesionales de AP.
b. Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
c. Detectar las necesidades formativas en relación al uso de antibióticos de los médicos de atención continuada y residentes de 3 y 4 año.

4. Realizar un análisis actualizado del consumo de antibióticos en atención primaria del sector.
5 Elaborar una presentación relacionada con el informe de resistencias a los antimicrobianos en el ámbito extrahospitalario.
6.Actualizar e incorporar toda la información relativa al uso de antibióticos y resistencias a antimicrobianos en la Intranet de Atención Primaria de nuestro sector.
7. Utilizar salvapantallas en los ordenadores para difusión de mensajes a través de imágenes y carteles.
8 Validar los informes de utilización de antibióticos y hacer un seguimiento cuatrimestral de la evolución de los indicadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.a Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en cada equipo de atención primaria del sector.
1.b. Porcentaje de EAP del Sector que incluyen un proyecto Asistencial PROA en su Acuerdo de Gestión Clínica. Objetivo =75%

2. Asistencia a reuniones del grupo PROA autonómico. Asistencia al 75%
3. Número de reuniones del grupo PROA-AP del sector. Objetivo: 6 reuniones al año.
Objetivo: Adaptación de la Guía de Aljarafe.
Indicador: Revisión de los capítulos de infecciones respiratorias. Adaptación a los datos de resistencias locales de Aragón.
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Elaboración del material de soporte para las sesiones realizadas sobre PROA: Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes.
Indicador: Realizar y analizar una encuesta sobre conocimiento y necesidades formativas en prescripción de antimicrobianos para médicos de atención continuada (MAC) y residentes

Proyecto: 2018_1439 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

4. Realizar el informe de uso de antibióticos del sector
5. Difundir el informe de las resistencias a los antimicrobianos en atención primaria del sector Zaragoza III a todos los EAP.
6. incluir la información relativa al programa PROA-AP en el apartado específico de la Intranet de Atención Primaria de nuestro sector.
7. Difundir los principios generales PROA en atención primaria. Utilizar los salvapantallas
8. Envío cuatrimestral de la utilización de antibióticos a los profesionales. Monitorización del uso de cefalosporinas de tercera generación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP del sector
- Abril-Mayo: identificación áreas de mejora individualizadas de cada EAP en el uso de antibióticos
- Marzo-Abril: encuesta a MAC y residentes sobre conocimiento y necesidades formativas en prescripción de antimicrobianos.
- Mayo: informe de uso de antibióticos en atención primaria. Sector Zaragoza III.
-Junio-Octubre: convocatoria y formación de los responsables de uso de antibióticos de los EAP.
-Septiembre-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA.
-Mayo-Diciembre: Actualización del apartado PROA-AP en la Intranet de Atención Primaria y utilización de salvapantallas

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1486 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PINILLA LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. CARDIOLOGIA
· CARO CAVERO JAVIER. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. CARDIOLOGIA
· VOCES COMBARROS FRANCISCA. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. DIRECCION
· BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La IC es uno de los problemas médicos y sociales más relevantes de la actualidad. Es una patología altamente prevalente que acorta la supervivencia, reduce enormemente la calidad de vida e incrementa significativamente el coste sanitario.
Los ingresos hospitalarios suelen ser prolongados y se han incrementado en los últimos años, fundamentalmente debido aumento de los reingresos. Tienen un patrón bimodal, se producen principalmente tras el diagnóstico (las tasas de reingreso por IC a los 30 días se cifran entre el 25-50%) y en la fase final de la enfermedad. Constituyen la mayor parte del coste económico de esta enfermedad.
Además del impacto en mortalidad y coste sanitario, la IC provoca una gran merma en la calidad de vida.
Un seguimiento estructurado de los pacientes con IC basado en mejorar su educación sanitaria, optimizar el tratamiento médico, añadir apoyo psicosocial y facilitar el acceso a los cuidados necesarios, mejora la calidad de vida, reduce el reingreso por IC y la mortalidad de los pacientes tras la hospitalización.
Algunos estudios han mostrado que un Servicio de Enfermería de IC puede reducir la morbimortalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es realizar una intervención estructurada y precoz en el periodo postingreso, garantizando el continuum asistencial, con la finalidad de realizar intervenciones educativas (resolución de dudas, conciliación del tratamiento, aprendizaje de la autodosificación de diuréticos, distribución de material de apoyo al paciente...) y detectar signos incipientes de descompensación para poder actuar sobre ellos con el objetivo último de evitar reingresos.
También serán valorados en esta consulta aquellos pacientes, ya en control ambulatorio por esta patología, que consideremos que se pueden beneficiar de un seguimiento más estrecho.
Dicha valoración será realizada por personal de enfermería especializada en IC (otra finalidad es, por tanto, promover nuevos roles en enfermería).
De forma indirecta, pueden mejorar las demoras en la agenda de Cardiología, al reducir el número de consultas convencionales para control/optimización del tratamiento diurético en las reagudizaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Identificar a los pacientes dados de alta con el diagnóstico “insuficiencia cardiaca” mediante la revisión sistemática de todos los informes de alta remitidos a nuestra consulta.
2.- Identificar a los pacientes ya en control ambulatorio por esta patología, que consideremos que se pueden beneficiar de un seguimiento más estrecho.
3.- Crear una consulta de enfermería paralela a la agenda de cardiología, donde se atenderá a los pacientes citados de forma sistemática. Podrá consultar con Cardiología las dudas que surjan, puesto que serán consultas realizadas en horario simultáneo y comunicadas físicamente.
4.- Tras el alta hospitalaria, los pacientes serán citados por enfermería en un plazo entre 5 y 15 días (preferiblemente una semana). Así mismo, recibirán la cita de asistencia habitual realizada por un cardiólogo.
5-. La enfermera especializada en IC realizará:
- Intervención educativa, mejorando el autocuidado en 3 dimensiones: mantenimiento (dieta, ejercicio, toma de fármacos), monitorización (autoevaluación diaria para detectar precozmente descompensaciones) y automanejo (signos de alarma y uso flexible de diuréticos).
- Conciliación del tratamiento médico y revisión de la medicación, para evaluar la adherencia al tratamiento y detectar efectos secundarios u otros problemas relacionados con la medicación.
- Promover una atención sanitaria precoz en caso de signos o síntomas de incipiente descompensación, que no puedan ser manejados únicamente con el aumento de la dosis de diuréticos.
6.- Mejorar la relación del personal sanitario con el paciente, de forma que nos reconozca como personas accesibles a la hora de resolver las dudas que se le presenten a lo largo de la evolución de su enfermedad.
7.- Mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El personal sanitario recogerá el grado de adherencia terapéutica en forma de escala numérica y si el paciente ha traído cumplimentada la hoja de dosificación de diuréticos en función del peso y los síntomas, con la finalidad de valorar la mejora en la calidad de la asistencia y en el autocuidado.
Se valorarán los reingresos en los primeros 30 días y en otros momentos del primer año, se compararán con el porcentaje de reingresos por insuficiencia cardiaca del resto de pacientes del Área III en el mismo periodo, con la finalidad de evaluar la efectividad de este seguimiento en cuanto a morbimortalidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto comenzará en el mes de junio de 2018, y los indicadores comenzarán a evaluarse al mes del inicio.

Proyecto: 2018_1486 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

Establecemos un tiempo de 12-18 meses para obtener resultados en los indicadores de morbimortalidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0698 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERROTERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA JOSA LAORDEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCES HORNA VANESA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· OLIVAN USIETO TERESA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· LONGAS GASPAR ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La vía actual de derivación para los pacientes subsidiarios de tratamiento con hierro endovenoso, se realiza desde Atención Primaria, Urgencias u otras especialidades. Habitualmente el paciente es citado en nuestras consultas en un periodo máximo de 2 meses, según demora. Si en el momento de la visita se dispone de analítica completa reciente (igual o inferior a un mes), se decide si el paciente es candidato a tratamiento con hierro. Si no se dispone de la misma, se solicita una analítica con dichos parámetros, requiriendo una nueva visita.
Tras esta evaluación, si el paciente requiere tratamiento con hierro endovenoso, se gestiona a través del servicio de urgencias del Centro Sanitario Cinco Villas el día de inicio, programando tanto la dosis como la periodicidad.
Tras el tratamiento pautado se revalora la necesidad de continuación del mismo.
La pertinencia de este proyecto, en el momento actual en nuestro centro, sería con el fin de reducir el tiempo de demora entre Atención Primaria y Medicina Interna, mediante una derivación rápida, por vía telefónica, asegurando citar en el periodo inferior a un mes, a todos los pacientes que potencialmente requirieran este tratamiento. Este proyecto contribuiría a mejorar la situación actual, dado que el número de pacientes que requieren tratamiento con hierro endovenoso es elevado en nuestra población, teniendo en cuenta la edad y las comorbilidades asociadas. Esto hecho mejoraría el tiempo de espera y la gestión de las necesidades del paciente. Además, se iniciará un registro electrónico de los pacientes en tratamiento, para adecuar las dosis y periodicidad a las necesidades reales.
Nos gustaría remarcar que hasta el momento actual no existe ninguna vía de derivación rápida, la cual reduciría la demora de la primera visita, el número de visitas necesarias para inicio del tratamiento y permitiría un mejor registro y gestión de los tratamientos pautados.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana serian aquellos pacientes, de cualquier edad, con anemia (Hb < 12 g/dL en mujeres y Hb < 13 g/dL en hombres) asociada con ferropenia, con índice de saturación de la transferrina inferior al 20%.
Los objetivos de este proyecto son:
- Disponer de una vía reglada de derivación rápida a nuestras consultas, mediante conexión telefónica, para los pacientes subsidiarios de tratamiento con hierro endovenoso.
- Implantar el sistema de derivación con Atención Primaria para remitir de forma rápida a los pacientes que precisan dicho tratamiento.
- Disminuir el tiempo de demora para la valoración del paciente, con una única visita inicial para programar el tratamiento.
- Adecuar la dosis y periodicidad del tratamiento con hierro endovenoso a las necesidades del paciente, mediante un registro informatizado de todos los tratamientos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el momento actual, unos 65-70 pacientes acuden a nuestras consultas mensualmente, con una demora aproximada de primera visita de 1-2 meses, si la derivación es considerada “normal”, e inferior en el caso de “preferente”.

Las acciones previstas para lograr nuestros objetivos son: previo a la implantación del proyecto, los componentes del mismo, nos pondríamos en contacto con los coordinadores de todos los centros de salud dependientes del Centro Sanitario Cinco Villas. En esta reunión de formación, bien presencial, por vía telefónica o videoconferencia, les indicaríamos el objetivo del proyecto, así como su los requisitos y el método de contacto para su implantación. A partir de ese momento, podrían ponerse en contacto telefónico directo con nuestro Servicio, de lunes a viernes, de 8 a 14 horas, indicándonos los datos de filiación y el número de historia del paciente que requiera nuestra valoración.
Para agilizar nuestra valoración recomendaremos remitir al paciente con una analítica completa que incluya todos los parámetros necesarios para el estudio etiológico de la anemia, enviando así mismo una analítica de muestra en caso de que fuera necesario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- número de consultas solicitadas
- número de tratamientos con hierro endovenoso implantados
- demora (días) para primera visita
- demora (días) para inicio del tratamiento

Proyecto: 2018_0698 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERROTERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Dentro de 6 y 12 meses tras el inicio previsto, en Febrero y Agosto 2019, se evaluarán estos indicadores, así como los tiempos de demora y la satisfacción de este nuevo método de comunicación y vía rápida por los médicos de atención primaria, mediante una encuesta de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implantación en los Centros de Salud mediante información telefónica, por video-conferencia o presencial: Junio-Agosto 2018
Derivación de pacientes a Consultas de Medicina Interna por vía telefónica: A partir de Agosto 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1346 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES PARA VALORACION NUTRICIONAL DESDE ATENCION PRIMARIA A MEDICINA INTERNA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS-HCU

2. RESPONSABLE ..... TERESA OLIVAN USIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCES HORNA VANESA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· JOSA LAORDEN CLAUDIA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· LONGAS GASPAR ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· GUTIERREZ CIA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El enclave geográfico donde está ubicado el Centro Sanitario Cinco Villas se caracteriza por tener una población añosa. En esta población se detectan cada vez más problemas nutricionales tanto por enfermedades degenerativas como por el propio proceso del envejecimiento. La mejora nutricional ha demostrado beneficios en este tipo de pacientes. Dentro de la valoración geriátrica integral el aspecto nutricional es un campo importante. Además el número de pacientes paliativos, muchos de ellos no terminales, también está aumentando. Nuestro centro dota de importancia a la nutrición de los pacientes y a la detección de desnutrición precoz de nuestros pacientes ingresados, interés que se extrapola a las consultas.
Actualmente los suplementos nutricionales precisan una receta emitida por un facultativo especialista con firma autorizada para posteriormente ser valorados por la inspección médica. Los médicos de Atención Primaria pueden realizarla en caso de urgencia, pero se ha detectado un elevado número de devoluciones y los profesionales de Atención Primaria existe la preferencia de que el tratamiento comience desde la consulta de Atención Especializada. La disfagia, la anorexia y la desnutrición, potencial o ya instaurada, en estos pacientes genera gran inquietud en los familiares, que solicitan una valoración rápida para poder comenzar cuanto antes el tratamiento, caso de ser necesario.
En ocasiones, debido a la demora en consultas externas, los pacientes acuden habiendo comenzado el tratamiento con suplementos; con mejora de los parámetros antropométricos y analíticos que pueden hacer pensar que el paciente no cumple los requisitos necesarios para la autorización por parte de inspección médica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana serian aquellos pacientes en los que se ha detectado desnutrición, posibilidad de tenerla o necesidad de suplementos por otras circunstancias, como portador de SNG o disfagia.

Los objetivos de este proyecto son:
- Disponer de una vía reglada de derivación rápida a consultas para los pacientes desnutridos, en riesgo o que necesiten suplementos nutricionales.
- Implantar el sistema de derivación con A. Primaria.
- Disminuir el tiempo de demora para la valoración del paciente, con una única visita inicial para emitir la receta de suplemento, en caso de precisarse.
- Mejorar el estado nutricional del paciente con mejor calidad de vida y disminución del número de ingresos.
- Disminuir la ansiedad en familiares por la tardanza en obtener un tratamiento.
- Valorar al paciente desnutrido o en riesgo de estarlo previamente a la administración de suplementos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actualmente, unos 65-70 pacientes acuden a nuestras consultas mensualmente, con una demora aproximada de primera visita de 1-2 meses.

En primer lugar se realizará una reunión formativa en todos los centros de salud, de los que nuestro centro es referencia, para facultativos y para personal de enfermería. El objeto de esta reunión es concienciar de la alta prevalencia de pacientes con parámetros de desnutrición o en riesgo. Se analizarán las principales escalas para poder realizar un screening de forma eficiente. Se presentaría un modelo de derivación en el que se debe aportar los datos básicos del paciente para una valoración nutricional y en el que viene detallado el análisis a solicitar según las características básicas del paciente, así se puede realizar una valoración completa en la primera visita. Rellenar el modelo conlleva 5 minutos. Tendrán siempre la posibilidad de contactar con el especialista de Medicina Interna por vía telefónica, en horario de 9 a 14 horas de lunes a viernes, para cualquier consulta.
Se reservarán en la agenda de la consulta de Medicina Interna varios espacios de citación para poder dar cobertura rápida a estas consultas, se determinará con la dirección del centro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nª de consultas solicitadas
- Demora en primera visita
- Nº de consultas con diagnóstico/tratamiento en la primera consulta.
- Encuestas de satisfacción a atención primaria.

Proyecto: 2018_1346 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES PARA VALORACION NUTRICIONAL DESDE ATENCION PRIMARIA A MEDICINA INTERNA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS-HCU

- Encuestas de satisfacción a pacientes/familiares.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Contacto con centros de salud: septiembre-octubre 2018.
- Inicio de atención: octubre 2018.
- Valoración de resultados: tras seis meses del inicio y al año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1452 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE DISFAGIA Y VALORACION INTEGRAL EN EL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE ..... TERESA OLIVAN USIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JOSA LAORDEN CLAUDIA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· GARCES HORNA VANESA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· LONGAS GASPAR ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· AGUADO CASADO JAVIER. ODONTOESTOMATOLOGO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. ODONTOESTOMATOLOGIA
· CEBOLLADA DEL HOYO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El enclave geográfico donde está ubicado el Centro Sanitario Cinco Villas se caracteriza por tener una población añosa. En esta población se detectan cada vez más problemas de disfagia. Tanto la European Society for Swallowing Disorders como la European Union Geriatric Medicine Society han publicado un documento de consenso en el que la disfagia orofaríngea es reconocida como un nuevo síndrome geriátrico. Una mala higiene bucal y la colonización orofaríngea por patógenos juega un papel esencial en el desarrollo de la disfagia, teniendo el odontólogo un importante papel. Este nuevo síndrome interacciona con otros síndromes y tiene complicaciones como malnutrición (40% de los diagnosticados) y deshidratación (prácticamente en el 100%), así como infecciones respiratorias. Se asocia a un aumento de los ingresos y de la estancia media. El tratamiento es sencillo, coste-efectivo y aplicado a tiempo evita complicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana serian aquellos pacientes en los que se ha detectado problemas de disfagia y aspiraciones pulmonares, o presentan patología que pueda derivar en una disfagia orofaríngea. Mediante el test EAT_10 o sospecha clínica.

Los objetivos de este proyecto son:
- Detección precoz de la disfagia para reducir las aspiraciones.
- Disminuir el número de ingresos y complicaciones derivados por un mal manejo de la disfagia.
- Garantizar una valoración integral del paciente, incluida la odontológica.
- Mejoría de la calidad de vida del paciente con disfagia.
- Elegir la mejor textura de dieta según el grado de disfagia.
- Formación al cuidador, disminuyendo así su estrés.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primer lugar se realizará una reunión formativa en todos los centros de salud, de los que nuestro centro es referencia, para facultativos y para personal de enfermería. El objeto de esta reunión es concienciar de la alta prevalencia de pacientes con disfagia, en muchas ocasiones infra-diagnosticada. Una vez que se detecta un posible caso de disfagia por parte de Atención Primaria, o por cualquier especialidad, se contacta telefónicamente con el médico internista en horario de lunes a viernes de 9 a 14 horas y se concertará cinta para acudir a Hospital de Día de Medicina Interna.
Los pacientes que pueden beneficiarse de esta opción diagnóstica son:
- Pacientes con EAT_10 igual o mayor a 3.
- No posibilidad de realizar el EAT_10.
- EAT_10 menor a 3 pero con antecedentes personales que predispongan a disfagia o signos que hagan sospechar la presencia de disfagia.

*Mismos criterios que los usados en la detección de disfagia del paciente hospitalizado.

En esa consulta se realizará:
- Exploración clínica con test de disfagia y adaptación de fluidos volumen-viscosidad, mediante el método de exploración clínica volumen-viscosidad MECV_V.
- Evaluación nutricional y adaptación de los alimentos por textura según calorías y proteínas así como organoléptica.
- Evaluación y tratamiento de la higiene y salud oral por parte de odontología de Atención Primaria (en el mismo Hospital de Día)
- Se realizará una pequeña formación a la familia con administración de material para mejor conocimiento y manejo de esta patología por parte del familiar y/o paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Nª de valoraciones realizadas.
• Número de pacientes con nuevo diagnóstico
• Demora en ser atendidos.
• Grado de satisfacción por parte de los familiares.
• Encuestas de satisfacción a atención primaria.

Proyecto: 2018_1452 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE DISFAGIA Y VALORACION INTEGRAL EN EL HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Contacto con centros de salud: septiembre-octubre 2018.
- Inicio de atención: octubre 2018.
- Valoración de resultados: tras seis meses del inicio y al año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1457 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION CONTINUADA E INTEGRAL A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

2. RESPONSABLE ..... VANESA GARCES HORNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIVAN USIETO TERESA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· JOSA LAORDEN CLAUDIA. MEDICO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· LLERA GUERRA RAQUEL. MEDICO/A. CS EJEA DE LOS CABALLEROS. ATENCION PRIMARIA
· LONGAS GASPAR ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS. MEDICINA INTERNA
· BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La insuficiencia cardiaca (IC) constituye uno de los principales diagnósticos al alta en los servicios de Medicina Interna, afectando fundamentalmente a población anciana y pluripatológica. Se trata de una enfermedad crónica que cursa con múltiples descompensaciones, ocasionando numerosas consultas ambulatorias, visitas a urgencias y reingresos hospitalarios, lo que supone una importante limitación funcional para los pacientes, y provoca un elevado coste sanitario. En este escenario desfavorable, uno de los objetivos del manejo de IC es alcanzar y mantener la estabilidad clínica de los pacientes a través de una atención especializada, integral y continuada, mediante un adecuado régimen terapéutico.
En el Centro Sanitario Cinco Villas la IC es, junto con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el diagnóstico más prevalente al alta hospitalaria y a nivel ambulatorio, las consultas especializadas de medicina interna también cuentan con un número elevado de pacientes.
Nuestro proyecto propone varias líneas de mejora actuando a distintos niveles, para lograr una atención integral y continuada del paciente con IC. Por un lado, plantemos actuar sobre el paciente y familiares promoviendo una mayor información, comprensión y manejo de su enfermedad con la entrega de un material estandarizado y dirigido a este tipo de patología. Por otro lado, se pretende una asistencia precoz tras el alta y posteriormente continuada en consultas ambulatorias de Medicina Interna, además de mantener una adecuada comunicación y coordinación con los profesionales de Atención Primaria involucrados en el paciente para lograr un proceso asistencial eficiente y de mayor calidad. Y, por último, para asegurar el conocimiento actualizado y las nuevas pautas terapéuticas sobre esta patología se plantea la posibilidad de hacer reuniones conjuntas Medicina Interna/Atención Primaria con sesiones formativas en los distintos centros de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Administrar al alta hoja informativa y recomendaciones no farmacológicas para pacientes con IC, confeccionada por el Servicio de Medicina Interna Sector III (Proyecto de Mejora de la Calidad SALUD 2014), adaptada a nuestra población y actualizada a las últimas guías.
• Garantizar al paciente con insuficiencia cardiaca clase funcional basal NYHA II-III una visita ambulatoria precoz en Medicina Interna en un tiempo máximo de 15-20 días tras el alta, para control evolutivo y ajuste terapéutico.
• Disponer de una vía de comunicación directa entre Atención Primaria y Medicina interna, mediante contacto telefónico, para plantear casos complejos, resolver dudas terapéuticas y tener la posibilidad de derivación y atención precoz, evitando visitas a urgencias e incluso hospitalizaciones. En el caso de que el paciente esté incluido en el programa “Paciente Crónico Complejo” de nuestro Centro, pendiente de implantación actualmente, se seguirán las pautas de atención y derivación establecidas por dicho programa.
• Impartir varias sesiones formativas en los centros de salud para actualización del manejo de la insuficiencia cardiaca.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Previamente a desarrollar el proyecto se realizaría, de forma consensuada entre los internistas y con enfermería, una serie de recomendaciones para dar a los pacientes diagnosticados de IC al alta, independientemente de su NYHA. Posteriormente se acudirá a los centros de salud para revisar brevemente las nuevas guías en IC y explicar este proyecto. En estos encuentros se ofertará la posibilidad de resolución de dudas de forma telefónica cuando se precise desde atención primaria, para ello disponemos de un teléfono que siempre lleva un internista en horario de 9 a 14 h de lunes a viernes. Debido a la situación actual de la consulta de Medicina Interna, 65-70 visitas al mes, se debería prever una serie de consultas extra, a cuantificar según la demanda y en consenso entre facultativos y dirección, para atención ambulatoria preferente de aquellos pacientes que precisen un estrecho control para evitar descompensaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Número de consultas atendidas telefónicamente.
• Grado de satisfacción por parte de pacientes y familiares.
• Grado de satisfacción por parte de los médicos de atención primaria.
• Número de pacientes atendidos en la consulta de medicina interna tras cita telefónica por parte de atención primaria.
• Demora (días) para la visita.
• Pacientes con diagnóstico “Insuficiencia Cardiaca” NYHA basal II-III atendidos antes de 20 días tras el alta.
Dentro de 12 meses, en junio 2019, se evaluarán estos indicadores.

Proyecto: 2018_1457 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION CONTINUADA E INTEGRAL A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implantación en los Centros de Salud mediante información telefónica, por video-conferencia o presencial: Agosto-septiembre 2018.
Derivación de pacientes a Consultas de Medicina Interna por vía telefónica: A partir de octubre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0650 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

2. RESPONSABLE ..... LUCIA FERRER CLAVERIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SEGURA ARAZURI NIEVES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· LEZAUN ALFONSO APOLINAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· AGULLO GARCIA ANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· CARRION SARI SILVIA KARINA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· COLAS SANZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor es una enfermedad muy poco frecuente. Se estima que afecta en torno a 1/50.000 habitantes, lo que hace que se enmarque dentro de las llamadas “enfermedades raras”.
Cursa con episodios recurrentes de angioedema, no pruriginoso, en distintas localizaciones, lo más frecuente a nivel cutáneo y abdominal. Los episodios abdominales son habitualmente “no filiados”, precisando múltiples asistencias a urgencias e incluso han llegado a confundirse con cuadros de abdomen agudo, que han terminado con cirugía abdominal en pacientes no bien diagnosticados. Los más peligrosos, los ataques laríngeos, son la manifestación más dramática que puede darse en estos pacientes por obstrucción de la vía aérea superior y muerte por asfixia. Aproximadamente la mitad de los pacientes sufren al menos un ataque laríngeo a lo largo de su vida, con el consecuente riesgo vital.
El tratamiento con antihistamínicos, corticoides y adrenalina es ineficaz en estos pacientes y por tanto debe evitarse. El tratamiento en el ataque agudo más eficaz consiste en concentrado plasmático de la C1 esterasa humana (Berinert® o Cinryze®) intravenosos o fármacos sintéticos que actúan sobre la vía de contacto activada en AEH-C1-INH como un antagonista de RB2 (acetato de icatibant -Fyracir®) subcutáneos.
El curso de la enfermedad es impredecible a lo largo de la vida de un paciente, así como en los miembros de la misma familia con la misma mutación genética. El diagnóstico de AEH-C1 INH se retrasa durante un promedio de 8.5 años a partir de la presentación inicial de los síntomas, aunque algunos estudios sugieren demoras de más de 13-20 años de promedio. Estos retrasos son preocupantes por el importante riesgo de edema laríngeo que compromete la vida de los individuos afectados, así como el aumento del gasto sanitario en exploraciones, ingresos y tratamientos ineficaces a lo largo de la vida de estos pacientes.
Merece la pena destacar la gran afectación en la calidad de vida de estos pacientes, que debutan con esta patología en edades tempranas, habitualmente durante la pubertad, desarrollando una alta carga de enfermedad que les incapacita en sus actividades diarias, escolares y laborales, con un elevado coste indirecto de la enfermedad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es unificar a todos los pacientes con una patología muy poco frecuente en una única consulta monográfica. El número de pacientes aproximados con este diagnostico en Aragón es de alrededor de 20.
En dicha consulta se tendrá registro y conocimiento de todos los pacientes afectados en Aragón, para poder realizar un mejor seguimiento y manejo de una patología con riesgo vital y curso impredecible. Esta consulta implicara una mejor accesibilidad al sistema, dando lugar a una consulta de referencia para pacientes, familiares y facultativos, para poder optimizar todos los recursos, intentar disminuir las asistencias a urgencias y los tratamientos innecesarios.
Por otro lado, facilita el mejor conocimiento de una enfermedad rara, para poder llevar a cabo un adecuado manejo y actualización de estas enfermedades tan poco frecuentes. Se ofrece la posibilidad de un mejor aprendizaje a los residentes y estudiantes de la facultad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La oferta que se propone es la apertura de una consulta monográfica con carácter trimestral, 2 días cada trimestre, con un total de 8 días/año.
Se citaran a los pacientes cada 30 minutos a lo largo de ese día.
Se elaboraran protocolos de seguimiento (analíticas, pruebas complementarias, interconsultas), protocolo en situación de emergencia, protocolos en embarazadas y protocolos para la edad infantil.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores para monitorizar el proyecto serán:
Número de pacientes atendidos en el año.
Indicadores de demanda: reducción del número de asistencias a urgencias.
Se realizara evaluación del proyecto con carácter anual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0650 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

La duración del proyecto es indefinida.
El responsable de la implantación será la Dra. Lucía Ferrer en colaboración con Dra, Nieves Segura, Dr. Carlos Colas, Dra. Mª Teresa Sobrevía, Dra. Mª Mar Garcés, Dr. Apolinar Lezaun, Dra. Ana Agullo y Dra. Silvia Karina Carrión.
El proyecto se iniciara a lo largo del segundo trimestre del 2018.
La revisión para tener concluidos los protocolos es en el último cuatrimestre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0483 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... EMMA OLMEDO ARBIZU
· Profesión ..... TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALERO TORRES CAROLINA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· BARRA BORAO VERONICA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· GONZALEZ SEJAS ARIEL. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· FELIPO BERLANGA FRANCESC. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El servicio de anatomía patológica, se encuentra en la necesidad de disminuir las incidencias relacionadas con la manipulación, orientación y manejo, que se dan durante el procesado de las muestras histológicas, que se reciben diariamente en nuestro laboratorio de Anatomía Patológica en la fase analítica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Como objetivo principal, nos planteamos mejorar la calidad, seguridad y trazabilidad, evitando la perdida de material durante la manipulación y la adecuada orientación de las muestras, para llegar al diagnóstico adecuado en el menor tiempo posible, y con el mayor aprovechamiento del material que recibe nuestro servicio. Enfocada a mejorar la calidad.
Como segundo objetivo, nos planteamos evitar en la mayor medida de lo posible la exposición y el uso de productos químicos (formaldehído y xileno).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Implementación por parte del personal tanto medico como técnico, en el uso del nuevo sistema de tallaje con cápsulas de seguridad.
b) Utilización de las mesas de tallaje, y de los sistemas fotográficos, de dictado de voz y trazabilidad.
c) Procesamiento de muestras, mediante sistema microondas de flujo continuo.
d) Realización de bloques mediante sistema automático.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Grado de implantación: (número de biopsias procesadas de forma automática / número total de biopsias) * 100.
Grado de eficacia: (tiempo total utilizado en una única manipulación / número total de biopsias) * 100.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º mes: Formación del personal sobre el manejo de las cápsulas de seguridad y del proceso automático.
2º- 3º mes: Realización de algunas biopsias con este proceso. Reunión del grupo de calidad para evaluar avances.
4º- 12º mes: Implementación en el proceso al 100% de las biopsias.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0529 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

2. RESPONSABLE ..... BELEN LAFUENTE MAINAR
· Profesión ..... TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FLORIA TRUC LIDIA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· CHICO RODRIGUEZ MILAGROS. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· BARRA VORAO VERONICA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· RAMIREZ GASCA TERESA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARTA CASANOVA CARLO BRUNO. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· GUMIEL MARIA VICTORIA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha detectado que la hoja de solicitud de cribado cervical vigente en estos momentos en el sector III, no se adapta a las necesidades actuales, especialmente en lo relativo a la terminología empleada. Este modelo de solicitud, no sigue el actual sistema recomendado por todas las Sociedades Científicas (SEAP,SEC,SEGO y AEPCC), que es el Sistema Bethesda 2014.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Como primer objetivo, nos planteamos que todas las solicitudes de cribado cervical recibidas en Anatomía Patológica utilicen el mismo modelo de solicitud y que el mismo, esté ajustado a los estándares internacionales.
La población diana será toda aquella susceptible de cribado cervical.
Este documento va dirigido tanto a ginecólogos del Sector III, como a matronas de Atención Primaria de dicho sector.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
b) Una vez realizado el borrador, se realizara una reunión del grupo para su aprobación y envío a la comisión de Historias Clínicas.
c) Puesta en marcha del proyecto, informando del cambio a la nueva hoja de solicitud a todo el personal implicado (ginecólogos y matronas del Sector III).
d) Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Grado de implantación: (número de solicitudes en el formato correcto de hoja de petición/ número total de solicitudes) * 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º mes: reunión/es para acordar el mejor modelo de la nueva hoja de solicitud.
2º mes: Envío del modelo de solicitud acordado a la comisión de Historias Clínicas para su aprobación.
3º al 12º mes: Implantación del modelo definitivo una vez sea aprobado por la citada comisión.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. CRIVADO DE CERVIX
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0531 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRIAJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... ELAINE MEJIA URBAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARDIEL GARCIA MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MOROS GARCIA MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MARTA CASANOVA CARLO BRUNO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· FELIPO BERLANGA FRANCESC. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· GONZALEZ SEJAS ARIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· VALERO TORRES ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se observó desde el Comité de Tumores de Mama la presencia de pacientes procedentes de otros servicios diferentes a la Unidad de Mama, diagnosticadas de carcinoma mamario, cuya valoración por parte del Comité se demoraba, aumentando los tiempos de respuesta. Esto se veía agravado por la supresión del formato de papel en los informes anatomopatológicos, siendo el momento en que la paciente acudía a la consulta cuando se iniciaba la derivación a la Unidad de Mama. Ésta misma situación se observó en aquellos casos con diagnóstico de carcinoma de mama no sospechado previamente.
Una vez identificado el problema, se propuso desde el servicio de Anatomía Patológica la posibilidad de incluir directamente todos los diagnósticos de carcinoma de mama en el Comité por parte de los patólogos que realizaban el diagnóstico, permitiendo que no se escapara ningún diagnóstico tumoral con la consecuente demora en los tiempos de actuación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Resultados: Realizar el triaje de todos los casos nuevos de cáncer de mama desde el servicio de Anatomía Patológica para su inmediata inclusión y posterior discusión en el Comité de Tumores Mamarios.
Población diana: Todas pacientes biopsiadas por lesiones mamarias.
Servicios diana: Todos los que intervienen en diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Propuesta del proyecto descrito previamente en el Comité de Mama.
- Reunión con los integrantes del Comité de mama para consensuar y determinar el procedimiento a seguir.
- Reunión con el personal del servicio implicado en el diagnóstico de esta patología para coordinar la actuación ante un diagnóstico nuevo de cáncer de mama.
- Puesta en marcha del proyecto.
- Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Grado de implantación: Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama incluidas en el Comité de Tumores mamarios /Total de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º mes: Reunión/es para acordar las actuaciones a seguir.
2º mes: Puesta en marcha del proyecto.
4º mes: Reunión para evaluación preliminar del grado de implantación.
6º mes: Reunión para evaluación definitiva.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_0548 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO A LAS NECESIDADES ACTUALES

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CARDIEL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAFUENTE MAINAR BELEN. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· MEJIA URBAEZ ELAINE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· RAMIREZ GASCA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· VALERO TORRE CAROLINA. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· CHICO RODRIGUEZ MILAGROS. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA
· OLMEDO ARBIZU EMMA. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el servicio de Anatomía Patológica hemos detectado que la vigente hoja de solicitud de Estudio Anatomopatológico no se ajusta a las necesidades actuales, presentando un formato obsoleto en muchos aspectos. Asimismo carece de datos fundamentales para el trabajo diario del patólogo, además de incluir apartados coincidentes con el documento de Cribado Cervical.
Los datos que se considera debe incluir dicho documento y que, o bien estaban ausentes o eran incompletos, son:
- Procedimiento: Hace referencia al método empleado para la obtención de la muestra (ej.: biopsia diagnóstica y método de obtención, tipo de exéresis, tipo de cirugía, PAAF, citología exfoliativa, etc).
- Hora de extracción: Actualmente es de vital importancia saber con absoluta precisión el tiempo de isquemia fría y/o de fijación en formol que han sufrido las muestras en la fase preanalítica, la cual influye de manera decisiva en el resultado de los biomarcadores predictivos de respuesta a tratamiento.
- Muestra/s remitida/s: Se venía observando que este apartado se quedaba en muchas ocasiones escaso para referir las diferentes muestras remitidas, ocupando espacios relativos a otras cuestiones.
- Sospecha de patología maligna: Facilita el triaje de las muestras recepcionadas en cuanto al grado de urgencia.
- Antecedentes personales de patología neoplásica: Igualmente permite un manejo más eficiente de las muestras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Resultados:
- Facilitar la cumplimentación de la hoja de solicitud de Estudio Anatomopatológico al médico peticionario.
- Mejorar el manejo de la muestra una vez llega al servicio de Anatomía Patológica.
- Reducir tiempos y costes derivados de la realización de pruebas innecesarias (que se realizaban por carecer de ciertos datos clínicos relevantes).
- Dar prioridad a los casos más urgentes.

Población diana: Todos los pacientes a los que se realice una biopsia.

Servicios diana: Todos los que envían muestras para su estudio anatomopatológico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
a) Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
b) Una vez realizado el borrador, se convocará una reunión del grupo para su aprobación y envío a la comisión de Historias Clínicas junto con el correspondiente informe justificando la modificación.
c) Puesta en marcha del proyecto, informando del cambio a todo el personal implicado (Médicos del Sector III).
d) Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Grado de implantación: (número de solicitudes en el formato correcto de hoja de petición/ número total de solicitudes) * 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1º mes: reunión/es para acordar el mejor modelo de la nueva hoja de solicitud.
2º mes: Envío del modelo de solicitud acordado a la comisión de Historias Clínicas para su aprobación.
3º al 6º mes: Implantación del modelo definitivo una vez sea aprobado por la citada comisión.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0548 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO A LAS NECESIDADES ACTUALES

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Toda patología que requiera estudio anatomopatológico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0198 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZAR NIVELES DE HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO

2. RESPONSABLE ..... SILVIA OLAGORTA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEBAN CIRIANO MARIA ESTHER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La elaboración de este protocolo nace de la necesidad creciente de desarrollar protocolos basados en la evidencia para mejorar la calidad y reducir los errores clínicos en el manejo clínico de pacientes con carcinoma vesical.

La presencia de anemia perioperatoria representa un riesgo independiente de resultados negativos en el postoperatorio, mayores costes y mayor tiempo de estancia hospitalaria. La transfusión de componentes hemáticos se asocia a efectos adversos y deben de evitarse en lo posible, de aqui la importancia de la hemoglobina previa en un paciente susceptible de cirugia vesical.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es realizar una valoración preoperatoria adecuada en pacientes de alto riesgo susceptibles de tratamiento quirurgico y detectar y corregir alteraciones en valores de hemoglobina previos a cirugia.
Con la optimización de este parametro así com posibles alteraciones en la coagulación se podran reducir los requeriminetos transfusionales y de forma indirecta se disminuiran la mortalidad y morbilidad perioperatoira.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Valoración preoperatoria exhaustiva de pacientes de alto riesgo analizando valores de Hemoglobina preoperatoria así como posibles alteraciones en la coagulación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes que podrían beneficiarse de la valoración preoperatoria en consulta preanestésica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0240 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCU)

2. RESPONSABLE ..... AURORA CALLAU CALVO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEDRAZ NATALIAS MARTA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BADEL RUBIO MARIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· FORNIES GIMENEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· LONGAS VALIEN JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· ZARATE TEJERO ISABEL. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El HCU lleva a cabo unos 500 procedimientos anestésicos anuales en pacientes pediátricos. Existen expectativas de aumentar la cifra en el próximo año con la implantación del PET-TAC de referencia para los niños de todo Aragón. Los Servicios de COT, OFT y ORL intervienen niños mayores de 12 meses de manera programada, y nuestra cartera de servicios incluye asistencia a niños mayores de 8 años que precisen cirugía urgente. A veces la población pediátrica del sector requiere la realización de pruebas diagnósticas bajo anestesia general o sedación fuera de quirófano, y siempre con la presencia de especialistas en Anestesia. El HCU es centro de referencia de Cirugía de Implante Coclear, Litotricia, y en los próximos meses también para exploraciones con PEC-TAC de la población Infantil en Aragón.

Ahora, un anestesista ve inicialmente al niño en consulta, donde se realiza el estudio preoperatorio. Ahí explica a padres o tutores en qué consiste el proceso, el tipo de anestesia a realizar, y las recomendaciones o pautas a tener en cuenta los días previos al ingreso para la intervención.
En el preoperatorio se ofrece información sobre el proceso, comprensible y fácil de asimilar. Además de la entrevista en la consulta o en la planta de hospitalización, podemos utilizar otro tipo de instrumentos como materiales gráficos, visitas al quirófano etc.
Diversos estudios afirman que un 60 % de los niños experimentan ansiedad en el preoperatorio y durante la inducción anestésica. Es muy importante preparar a niños y padres antes de la cirugía. La ansiedad y el miedo preoperatorios prolongan la inducción de la anestesia y pueden ocasionar problemas en el postoperatorio (trastornos del sueño, trastornos alimentarios, aparición de enuresis) que interfieren en el funcionamiento diario del niño en su proceso de hospitalización.
Se plantea la creación de un material gráfico específico dirigido a niños y padres. Muchos beneficios se asocian a una buena preparación ante una intervención quirúrgica: menor ansiedad, menor dolor, menor necesidad de fármacos y estancia hospitalaria, postoperatorios más cortos...

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo Principal:
- Proporcionar información veraz y fácilmente comprensible sobre el procedimiento anestésico a realizar y disminuir la ansiedad prequirúrgica en el paciente pediátrico y sus posibles consecuencias.
Objetivos específicos:
- Crear un material gráfico que explique a niños y padres de forma comprensible todo el proceso anestésico
- Hacer partícipes a los padres y fomentar su colaboración en el proceso previo a la anestesia
- Disminuir los efectos negativos de una insuficiente preparación previa a la intervención quirúrgica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reuniones con los facultativos del grupo multidisciplinar para unificar el protocolo de anestesia en paciente pediátrico
- Material específico para niños que recibirán un procedimiento anestésico. Así facilitar una buena preparación antes de la intervención quirúrgica. El material contemplará diversos aspectos (ansiedad previa, síntomas asociados, técnicas a utilizar). Se presentará de forma gráfica, fácilmente comprensible
- Material para padres y niños con pautas a seguir los días previos a la cirugía de forma clara y sencilla
- Visita al niño por un anestesista el día previo a la intervención para recordar últimas pautas, resolver posibles dudas y verificar si el niño es apto para la cirugía
- Encuesta de satisfacción anónima a los padres para valorar la intervención del servicio anestesia
- Encuesta a los niños (en edad escolar) a través una escala de Likert registrada en emoticonos
- Recogida y revisión de datos de las encuestas para realizar la evaluación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Material gráfico realizado SI / NO
- % de padres satisfechos/muy satisfechos con la información recibida respecto a la anestesia
- % de niños satisfechos/muy satisfechos con la información recibida respecto a la anestesia
- % de padres y/o niños que han utilizado la herramienta (con respecto al número de pacientes pediátricos anestesiados)

Proyecto: 2018_0240 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCU)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Duración del proyecto: 1 año
- Junio-Agosto 2018:
" Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas, orientación y diseño preliminar del material gráfico
" Actualización de procedimientos de evaluación preoperatoria en pediatría y elaboración de protocolos
" Sesión informativa a facultativos para la exposición del proyecto, nuevos protocolos, y de la información que debe ser entregada a padres y niños
- Agosto-Septiembre 2018: comienzo de la realización del material gráfico
- Octubre 2018: Revisión final del material elaborado, del diseño y contenido, para su posterior edición e impresión
- Noviembre 2018: entrega de folletos informativos y puesta en marcha de nuevos protocolos
- Reunión semestral del equipo para evaluación intermedia de resultados, posibles modificaciones e introducción de mejoras

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes pediátricos que vayan a sometidos a una intervención quirúrgica u cualquier otra prueba que necesite la asistencia de un facultativo anestesista
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0467 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA

2. RESPONSABLE ..... JOSE FELIX MARTINEZ JUSTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLAGORTA GARCIA SILVIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Identificar preoperatoriamente a los pacientes de riesgo además de realizar una adecuación de las técnicas anestésicas y analgésicas para evitar las complicaciones respiratorias postquirúrgicas en los pacientes intervenidos de cirugía de colon de forma programada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminución de las complicaciones respiratorias postquirúrgicas en los pacientes intervenidos de cirugia de colon de forma programada. Elaboración de un protocolo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Identificar y optimizar los pacientes con patología pulmonar en la consulta preanestésica. Adecuación de la ventilación mecánica intraoperatoriamente. Utilización de técnicas analgésicas locorregionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes que se beneficien de las técnicas anestésicas y analgésicas dirigidas a disminuir las complicaciones respiratorias postoperatorias

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cáncer de colon

Proyecto: 2018_0476 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR

2. RESPONSABLE ..... MARIA BADEL RUBIO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEDRAZ NATALIAS MARTA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· CALLAU CALVO AURORA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· FORNIES GIMENEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· LONGAS VALIEN JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GUILLEN ANTON JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el HCU se llevan a cabo unos 500 procedimientos anestésicos anuales en pacientes pediátricos. Los Servicios de COT, OFT,ORL y UROLOGÍA intervienen niños mayores de 12 meses de manera programada, y en nuestra Cartera de Servicios se incluye la asistencia a niños mayores de 8 años que precisen cirugía urgente. Cada vez es mayor el número de pacientes pediátricos del sector que requiere la realización de pruebas diagnósticas bajo anestesia general o sedación fuera de quirófano y siempre con la presencia de uno/dos anestesistas. El HCU es Centro de Referencia para Cirugía de Implante Coclear,
Litotricia y en los próximos meses para exploraciones con PEC-TAC en Aragón.
Actualmente, nuestro Servicio dispone de diversos documentos de Consentimiento Informado, que se explican y entregan a los pacientes en función del procedimiento anestésico que se les vaya a realizar (anestesia general, anestesia locorregional, sedación...). Todos ellos proporcionan información detallada de la labor del anestesiólogo, y han sido redactados tomando como paciente de referencia al individuo adulto.
Sin embargo, en el manejo anestésico existen importantes diferencias entre los pacientes adultos y pediátricos, tanto fisiológicas como farmacocinéticas y emocionales. Además, las recomendaciones de ayuno preoperatorio y las precauciones en cuanto a la coexistencia de procesos infecciosos también presentan connotaciones diferentes.
Por ello, el Grupo de Mejora plantea la necesidad de diseñar un Consentimiento Informado de Anestesia Pediátrica que recoja, en un único documento, los distintos procedimientos anestesiológicos aplicables a nuestra población infantil.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal
- Crear un consentimiento informado de anestesia específicamente dirigido a niños y padres.

Objetivos específicos

- Presentar al anestesiólogo como facultativo accesible, de fundamental importancia en la asistencia al paciente quirúrgico pediátrico.
- Actualizar los procedimientos de evaluación preoperatoria en pediatría.
- Disminuir la incertidumbre en los padres acerca de aspectos sobre el manejo anestésico; el ayuno, los procesos infecciosos de vías respiratorias previos al día de la intervención, la medicación que se debe mantener o retirar.
- Reunir en un único consentimiento las diversas técnicas anestésicas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realizar una búsqueda bibliográfica de trabajos y documentos relacionados con el consentimiento informado en pediatría.
- Analizar los requerimientos legales y éticos que describen para los documentos de consentimiento informado las normas nacionales y del Servicio Aragonés de Salud.
- Reuniones con los facultativos del grupo para identificar los puntos más importantes del consentimiento informado.
- Realizar una fase de elaboración del documento dirigido a los padres de los niños. En éste figurarán unificadas las diferentes modalidades anestésicas. Se presentará escrito y fácilmente comprensible y cumpliendo los requisitos de consentimiento informado propuestos por las autoridades sanitarias.
- Realizar actividades de formación al servicio de Anestesiología para mejorar la aplicación del protocolo.
- Elaborar un cuestionario de satisfacción para los padres respondido de forma anónima y valorar la calidad de la información recibida por las familias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de consentimientos que han sido entregados a los padres, están firmados y constan en la historia clínica.
- % de padres satisfechos/muy satisfechos con la información recibida sobre la técnica anestésica, según la encuesta de satisfacción.

Proyecto: 2018_0476 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR

- % sobre el total de quejas verbales o escritas, formuladas por los padres, sobre la información recibida y que figuran en la historia clínica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Duración del proyecto: 1 año
- Septiembre- diciembre de 2018:
• Búsqueda bibliográfica y revisión de requerimientos legales y éticos para el consentimiento informado e identificación de puntos importantes.
• Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas y diseño preliminar del consentimiento informado.
• Realización del consentimiento informado e impresión del mismo.
- Sesión informativa a los facultativos para la exposición del proyecto.
- Enero 2019: inicio de entrega de los nuevos consentimientos en la consulta preanestésica. Se comenzará con la realización de una encuesta de satisfacción y comprensión del proceso anestésico dirigida a los padres una vez se haya llevado a cabo la intervención quirúrgica.
- Reunión semestral del equipo para la evaluación intermedia de resultados, posibles deficiencias e introducción de mejoras.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Distintas intervenciones quirúrgicas en las especialidades de; otorrinolaringología, traumatología, urología, oftalmología. Exploraciones, pruebas diagnósticas o terapéuticas en niños de diferentes patologías que requieran sedación o anestesia general.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1554 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

SOLICITUD PREOPERATORIA DE RADIOGRAFIA DE TORAX: PROTOCOLO DE INDICACIONES. SIGUIENDO RECOMENDACIONES DE "NO HACER"

2. RESPONSABLE ..... JULIA GUILLEN ANTON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· GARCIA SAEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· TOBAJAS MORLANA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· JASA ARDANAZ VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· AMORIN CALZADA MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· GARCIA LECINA ANA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· BERGUA SEVIL FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La realización rutinaria de radiografía de tórax en el preoperatorio de todos los pacientes quirúrgicos no suele aportar información relevante al anestesista que influya en el manejo anestésico de la mayoría de los pacientes. Por otro lado, supone una irradiación innecesaria de los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar un protocolo de indicaciones de radiografía de tórax en el preoperatorio de los pacientes quirúrgicos dirigida según historia clínica y exploración de los pacientes así como edad y tipo de procedimiento quirúrgico al que se someten los pacientes.
Crear un circuito de alta resolución de forma que al paciente en una única consulta de anestesia y, según valoración del anestesista, se le realice la radiografia de tórax cuando esté indicada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
.- ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE INDICACIONES DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN EL PREOPERATORIO
.- CREAR EL CIRCUITO DE ALTA RESOLUCIÓN PARA REALIZAR RADIOGRAFÍA DE TÓRAX CUANDO ESTÉ INDICAD

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
.- PORCETAJE DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX INDICADAS RESPECTO AL TOTAL DE VISITAS PREANESTÉSICAS
.- PORCENTAJE DE RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX QUE ESTANDO INDICADAS APORTAN INFORMACIÓN RELEVANTE EN EL MANEJO DEL PACIENTE

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
.- AÑOS 2018-2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES QUIRÚRGICOS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0376 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

2. RESPONSABLE ..... NOEMI SANCHO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· GRIMA LAENCINA GEMA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· MARTIN HERRERO EVA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· CARRANZA VAZQUEZ PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· VALDRES CORRAQUINO NIEVES. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se observa la necesidad de revisar el protocolo de profilaxis antibiótica, para la actualización de los antibióticos mas efectivos en el momento actual en colaboración con el Servicio de Infecciosas, así como la necesidad de disminuir el numero de dosis de antibiótico suministrada tras el procedimiento quirúrgico, dado que tiene la misma efectividad y se consiguen disminuir los efectos secundarios de la administración de dichos tratamientos antibióticos a altas dosis, además de la repercusión económica que esto asocia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Revisión bibliográfica de los tratamientos antibióticos recomendados actualmente para la profilaxis antibiótica en la infección de herida quirúrgica en la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular.
Establecer el tipo de antibiótico indicado, el tratamiento sustitutivo en caso de alergia al fármaco de elección, la dosis, el número de dosis necesarias y especificar el tipo de intervenciones que precisan profilaxis.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer un protocolo de actuación en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular en colaboración con el servicio de Infecciosas, para ser implantado de forma unánime, con el fin de mejorar los resultados y minimizar la tasa de complicaciones infecciosas tras la intervención quirúrgica. A la vez disminuir los efectos secundarios innecesarios de la administración de los antibióticos y conseguir una mejora económica secundaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Revisión de las historias clínicas y comprobación del tipo de antibiótico utilizado en la profilaxis, la dosis y la utilización de una sola dosis previa a la intervención, salvo las situaciones que se indican, en las que precisa nueva dosis de antibiótico.
Analizar si se aplica correctamente el protocolo y si es efectivo, objetivando la tasa de infección de herida quirurgica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se inicia la revisión de bibliografía así como reuniones con el servicio de infecciosas realiza a partir de Febrero de 2018. Se realizara el protocolo en un plazo de 3-6 meses para posterior implantación.

9. OBSERVACIONES.
El protocolo genera un beneficio para el paciente, con reducción de la tasa de infección, disminución de la dosis y los efectos secundarios, así como un beneficio económico al disminuir el número de dosis necesarias y establecer el tratamiento antibiótico mas eficaz.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Infecciones postoperatorias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0710 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

2. RESPONSABLE ..... GONZALO JOSE YUNGE DEL POZO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO GRACIA NOEMI. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· GRIMA LAENCINA GEMA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· MARTIN HERRERO EVA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente, el tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal se realiza de manera cada vez más frecuente. Se ha observado en diversos centros que en los últimos 10 años ha habido un aumento en la tendencia a tratar esta patología con dispositivos no invasivos, suponiendo una menor tasa de complicaciones peritoreatorias, una menor estancia hospitalaria y un mayor confort del paciente entre otras.
Hay asociado a esta técnica quirúrgica un seguimiento periódico ya que el implante de éstos dispositivos no está exento de complicaciones. Se necesitan pruebas de imágenes para corroborar el correcto funcionamiento de la prótesis y la ausencia de complicaciones en los distintos sectores arteriales involucrados en la técnica.
Previamente el seguimiento se realizaba con AngioTC, obteniendo imágenes de alta calidad pero exponiendo a los pacientes a una cantidad de radiación que podría ser perjudicial. Actualmente existen estudios que vinculan al seguimiento con TC exclusivamente de éstos pacientes con la aparición de neoplasias asociadas a la excesiva radiación.
Por esto es que en el año 2017 se realizó una revisión bibliográfica y en base a esto y la experiencia de otros centros se formuló un nuevo protocolo de seguimiento en los pacientes postoperados de endoprótesis aórticas, basándonos en el mayor uso del eco doppler.
Hay evidencia en la actualidad que apoya el uso del eco doppler en el seguimiento de estos pacientes, reservando el uso del AngioTC para el control inicial y posteriormente sólo en caso de complicaciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Este proyecto se dirige a los pacientes intervenidos en nuestro servicio de aneurisma de aorta abdominal y que se haya implantado una endoprótesis. Se espera conseguir una menor utilización del AngioTC para el seguimiento de estos pacientes.
A la vez al ser un proyecto que realiza nuestro servicio en la mayoría de los casos, se disminuye la sobrecarga al servicio de radiología ya que solicitamos menos AngioTCs.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El protocolo actual de seguimiento de los pacientes con endoprótesis aórtica es el siguiente (de manera simplificada):
- Al mes postimplante se realiza AngioTC del sector aortoiliaco, radiografía de abdomen simple y una ecografía doppler del sector aortoiliaco.
- El seguimiento en un paciente sin complicaciones se realizaría con ecografía doppler y radiografía de abdomen a los 6 meses post implante, al año post implante y luego de manera anual.
- En caso que aparezca una complicación en los controles con ecodoppler se complementaría la exploración con un AngioTC el cual sirve para confirmar el hallazgo diagnóstico y planificar la intervención.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realiza un registro de pacientes en seguimiento, dejando constancia de las exploraciones realizadas, asegurando que se cumpla el protocolo de seguimiento implementado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se encuentra implementado en la actualidad y se mantendrá hasta que sea necesaria una nueva revisión de éste.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_1138 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON TVP. CONSULTA MIXTA DE CIRUGIA VASCULAR-HEMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL FUSTERO AZNAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GAVIN SEBASTIAN OLGA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARSAL MACHIN TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· TORRALBA CABEZA MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· FREIRE DIAZ SANDRA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· COGHI GRANADOS JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· BARTOLOME SANCHEZ ALEJANDRA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· DE POO RODRIGUEZ VICTORIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
SE estima que la incidencia de TVP es de 50/100000 hab/años. El tratamiento de la TVP se basa en la anticoagulación, para ello disponemos de distintos fármacos (NACOs, AVK, HBPM, HNF). La duración del tratamiento anticoagulante también ha sufrido cambios, así, se ha pasado de una pauta de 6 a 12 meses a 3 meses en la actualidad, incluso la no anticoagulación con controles periódicos en TVP distales limitadas.
En las Consultas de Angiología y Cirugía Vascular realizamos diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las TVP en extremidades, sin que exista un protocolo común. Esta situación conlleva variaciones individuales entre los facultativos:
- pauta de anticoagulación
- periodo de anticoagulación
- número de revisiones
- estudios etiolológicos

Con la creación de la Consulta para el manejo coordinado de la TVP/TVS C. Vascular-Hematología el paciente diagnosticado de TVP/TVS recibirá un tratamiento estandarizado, que se individualizará en casos concretos valorados por los Servicios de C. Vascular y Hematología. A la vez que se reducirán el número de revisiones, se hará un seguimiento prolongado de aquellos pacientes que lo necesiten, y se dará de alta a los que hayan resuelto su episodio.
Con este proyecto se intenta conseguir una mayor eficiencia de los recursos de que disponemos, a la vez que mejoramos la asistencia de los pacientes que sufren TVP

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: paciente con TVP
Servicios: Angiología y Cirugía Vascular y Hematología
Resultados a conserguir:
- atención intengral del paciente
- limitar anticoagulación innecesaria
- precisar diagnóstico: TVP, trombosis recurrente, trombosis residual
- limitar pruebas en el diagnóstico etiológico
- disminuir número de revisiones
- aumentar el número de altas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Diagnóstico de TVP en Consulta de C. Vascular : informe e inicio de tratamiento anticoagulante. Se precisa de Consulta Externa y Eco doppler de alta resolución de imagen para poder describir las características de la TVP
2. Remitir a Consulta de Hemostasia en menos de 1 mes: completar valoración del paciente, predecir tiempo de anticoagulación, valorar estudio de trombofilia. Este punto no precisa nueva inversión ya que se lleva a cabo en la consulta de Hemostasia del Sº de Hematología
3. Revisión en 3-6 meses en Consulta Mixta C. Vascular-Hematología: alta (fin del tratamiento), revisiones periódicas. Para este punto no es necesario material específico, ya que se coordinaran los servicios implicados para realizar esta consulta de forma conjunta
Con la puesta en marcha de esta consulta/consultas se agrupan los pacientes con TVP, lo que permite liberar huecos de las consultas de C. Vascular, con lo que se disminuirá la lista de espera media en CCEE tanto para el resto de las patologías como para los que sufren TVP. Al mismo tiempo creemos que se disminuirá el gasto farmaceútico al tener un mayor control sobres los pacientes anticoagulados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes vistos en C. Vascular
Número de pacientes vistos en Consulta Mixta (C. Vascular-Hematología)
Número de altas sin anticoagulación
Número de altas con anticoagulación
Número de estudios de trombofilia solicitados en pacientes diagnosticados de TVP
Número de retrombosis

Proyecto: 2018_1138 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON TVP. CONSULTA MIXTA DE CIRUGIA VASCULAR-HEMATOLOGIA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implantación septiembre de 2018
Revisión en septiembre de 2019 según los indicadores del punto 7

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1305 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SINDROME POSTROMBOTICO

2. RESPONSABLE ..... TERESA MARSAL MACHIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUSTERO AZNAR JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· ARREA SALTO EDUARDO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El síndrome postrombótico (SPT) es una enfermedad crónica con importanante repercusión médica, social y económica. La calidad de vida que presentan los pacientes con un cuadro severo es similar a la que sufren los pacientes con cáncer, insuficiencia cardiaca o angina de pecho.
La incidencia es de hasta el 60% de los pacientes que han sufrido TVP. Un 10% sufrirán trastornos tróficos y un 5% tendrán úlcera activa.
Hasta la fecha los pacientes con SPT son seguidos en revisiones manteniendo un tratamiento conservador. Lo que cronifica la asistencia de estos pacientes a CCEE, pues una vez diagnosticados el manejo del mismo no estaba muy claro por lo que se optaba por mantener los controles periódicos. Esta conducta conservadora postpone o impide ofrecer a determinados de estos pacientes el uso de técnicas quirúrgicas o endovasculares que mejorarían su calidad de vida.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: pacientes que han sufrido TVP

- Identificar incidencia del SPT en nuestra población
- Estadiaje del SPT según escala de Villalta
- Tratamiento individualizado de las complicaciones: conservador, cirugía de varices postrombóticas, tratamiento endovascular de trombosis y estenosis venosas, etc
- Limitar la duración de la anticoagulación
- Limitar uso de medias elastocompresivas
- Disminuir número de revisiones
- Aumentar alta de CCEE

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Describir las acciones previstas para lograr los objetivos, el plan de comunicación, actividades de formación, de participación comunitaria, investigación, ... Describir los recursos previstos para cada acción (número de reuniones, trabajo de campo .... recursos materiales....). Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios.

- Consulta inicial a los 6 meses de haber sufrido una TVP: datos demográficos (,edad, género, ambulatorio/ingresado), datos clínicos (antecedentes patológicos, territorio afecto,factores etiológicos de enfermedad tromboembólica, recurrencia) datos bioquímicos(mutaciones de factores de la coagulación) datos laboratorio vascular(ecográficos: TVP residual, medición de trombo; pletismografía: MVO) y graduación según escala de Villalta
- Revisión a los 6 meses: eco-doppler, MVO, estadiaje clínico según escala Villalta y tto
- Revisión a los 12 meses: MVO, estadiaje clínico según escala Villalta y tto
- Revisión a los 24 meses: estadiaje clínico según escala Villalta y tto
- Revisión a los 4 años: estadiaje clínico según escala de Villalta, tratamiento o alta si no hay criterios clínicos de SPT
- Control del trombo venoso con ecodoppler (CCEE C. Vascular y Laboratorio Vascular)
- Control de capacitancia venosa con MVO(Laboratorio Vascular)
- Valoración del reflujo venoso (Laboratorio Vascular)
- Flebografías diagnósticas y tto. Endovascular de lesiones obstructivas en SVP
- Curas de úlceras postromboticas (Curas C. Vascular)
- CIVIQ 14 en los pacientes que sean diagnosticados de SPT según escala de Villalta en el momento del diagnóstico, al menos una revisión y alta o cada 2 años.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Incidencia SPT/TVP
- Nº de pacientes dados de alta a los 4 años
- Nº intervenciones venosas en pacientes con SPT: flebografías, tto. Endoluminal, cirugía de varices
- % de pacientes que completan seguimiento hasta alta
- Evolución de CIVIQ 14 durante el seguimiento

Proyecto: 2018_1305 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SINDROME POSTROMBOTICO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio de las consultas en septiembre de 2018. Responsables Dra. Marsal/Dr.Fustero
Creación de base de datos Dr. Arrea
Evaluación parcial en septiembre 2019
Evaluación a los 4 años (septiembre 2022)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0608 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR GUTIERREZ SAMPER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· LLORENTE FERNANDEZ ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· FABRE ESTREMERA MARTA. QIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El cribado prenatal permite seleccionar a las gestantes con mayor riesgo de desarrollar un defecto congénito. Aproximadamente el 3% de los recién nacidos presentan una anomalía congénita, siendo el Síndrome de Down la cromosomopatía más común y la causa más frecuente de retraso mental.
El cribado bioquímico de segundo trimestre constituye la alternativa al cribado prenatal de primer trimestre, en las mujeres gestantes que inician el control prenatal de forma tardía, a partir de la 14 semana de gestación. Existen tres estrategias de cribado bioquímico de segundo trimestre: el doble test bioquímico consistente en determinar alfafetoproteína (AFP) y gonadotropina coriónica humana (ß-HCG), el triple test bioquímico determina AFP, ß-HCG y estriol (uE3) o el cuádruple test bioquímico (AFP, ß-HCG, uE3 e inhibina A). Hasta ahora en nuestra Área se realizaba el triple test con unas tasas de detección de Síndrome de Down del 60%.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es implantar el cuádruple test bioquímico, con la determinación de la inhibina A. Este test aumenta la tasa de detección del Síndrome de Down en las gestantes que empiezan tarde el control de su embarazo, que en nuestro Área es de aproximadamente el 5% de todas las gestantes.
Según la bibliografía la tasa de detección del triple test bioquímico está en torno al 69% frente al 81% del cuádruple test bioquímico, ambos para una tasa de falsos positivos del 5%.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Determinar la inhibina A en el equipo Access de quimioluminiscencia de Beckman Coulter. Y este parámetro se combina con las otras tres determinaciones analizadas, mediante una técnica de fluoroinmunoensayo en el analizador Delfia Xpress de Perkin Elmer. El cálculo del cuádruple test se realiza con el programa informático Lifecycle de Perkin Elmer.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de gestantes a las que se realiza el cribado prenatal de segundo trimestre.
- Tasa de detección del cuádruple test bioquímico.
- Tasa de detección del triple test bioquímico.

Se compararán las tasas de detección del cuádruple test bioquímico con las tasas de detección que se obtendrían con el triple test bioquímico en las gestantes de nuestra Área

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Formación del personal técnico y facultativo del laboratorio en el manejo del nuevo analizador Access 2 durante el mes de Mayo y Junio de 2018.
- Adaptación de la inhibina A al programa de cálculo Lifecycle durante el mes de junio de 2018.
- Comparación de las tasas de detección del cuádruple y triple test desde Julio de 2018 hasta Julio de 2019, con revisión cada 3 meses.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1026 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U. LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... VIOLETA LATORRE GARCES
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JULIAN ANSON MARIA ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· LARA NAVARRO EMMA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· ANDRES OTERO MARIA JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde la implantación de la notificación de valores críticos por correo electrónico en Enero de 2016, se ha seguido su efectividad mediante dos indicadores mensuales:
% de notificaciones enviadas correctamente (es decir, el servicio solicitante ha facilitado al laboratorio una dirección de correo electrónico para la recepción de las notificaciones).
% de notificaciones abiertas en un plazo inferior a 24 horas desde su envío.
Se observa que este proceso ha sido efectivo en más del 90% de los Centros de Salud solicitantes, pero sólo en algunos servicios de nuestro hospital (fundamentalmente, Nefrología, Medicina Interna, Endocrinología y Digestivo), por lo que muchos de los servicios solicitantes, o bien, no han facilitado todavía una dirección de correo electrónico al laboratorio, o si lo han hecho, no tienen establecida una sistemática de apertura de las notificaciones.
Por otro lado, se considera necesario la revisión con cada servicio de los valores críticos a notificar por el laboratorio, en función de las características de sus pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Teniendo en cuenta que la notificación de valores críticos es un requisito de la Norma UNE-EN ISO 15189, los objetivos a conseguir son:
- Consenso de los valores críticos con los servicios peticionarios del hospital.
- Notificación efectiva de valores críticos por vía electrónica, es decir, conseguir trasladar a los servicios solicitantes la necesidad de la implantación de una sistemática para la apertura de las mismas, poniendo como ejemplo aquellos servicios donde se realiza con éxito.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades a realizar:

1.- Desglosar en los indicadores relativos a la efectividad de las notificaciones, aquellos servicios que todavía no han facilitado una dirección de correo al laboratorio, y los que a pesar de haberlo hecho, no abren las notificaciones en menos de 24 horas.

2.- Comunicación con cada uno de estos servicios para:
a/explicarles en qué consiste el sistema de notificación electrónica
b/revisión conjunta de los valores críticos propuestos por bioquímica y modificarlos, si fuera necesario, para sus pacientes
c/solicitud de dirección de correo electrónico, si el servicio aún no la hubiera facilitado
d/revisión con el servicio solicitante de la sistemática para la apertura de las notificaciones, poniendo como ejemplo la seguida por los servicios de nuestro hospital donde se realiza con éxito

3.- Seguimiento durante un trimestre de los indicadores relativos a las notificaciones electrónicas para estos servicios.

4.- Comunicación a estos servicios agradeciéndoles su colaboración, y recordándoles si fuera necesario, las mejoras a realizar.

Por otro lado, a los servicios donde la notificación de valores críticos ya se realiza con éxito:

5.- Comunicación donde el laboratorio les felicita, les agradece su colaboración y les remite los valores críticos que se les notifican actualmente, por si consideraran necesario realizar alguna modificación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores a medir son los siguientes:
a/ % Noticaciones enviadas correctamente (el servicio solicitante ha facilitado una dirección de correo electrónico).
Fórmula: Notificaciones con error a servicios del hospital/Total de notificaciones a servicios del hospital
Resultado actual: 81%
Resultado deseado: 100%
b/ % Notificaciones abiertas en un período inferior a 24 horas.

Proyecto: 2018_1026 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U. LOZANO BLESA

Fórmula: Notificaciones abiertas en servicios del hospital <24h /Total de notificaciones a servicios del hospital
Resultado actual: 42%
Resultado deseado: 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividades 1 y 5: junio 2018
Violeta Latorre

Actividad 2: julio-noviembre 2018
M. Ángel Julián, M. Jesús Andrés, Emma Lara y Violeta Latorre

Actividad 3: enero-marzo 2019
Violeta Latorre

Actividad 4: abril 2019
M.Ángel Julián y Violeta Latorre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1268 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA TOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DE LA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA

2. RESPONSABLE ..... SEBASTIAN MENAO GUILLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRUEBO MUÑIO MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· RAMOS ALVAREZ MONICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· TORRALBA CABEZA MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· INDA LANDALUCE MERCEDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. INMUNOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La realización del proteinograma en suero es un método semicuantitativo de análisis de proteínas. Es una petición cuya indicación es muy diversa pero que se solicita de forma muy frecuente al laboratorio de Bioquimica. La región alfa1 del proteinograma se corresponde principalmente con la concentración de la proteína alfa-1 antitripsina (ATT). El déficit de AAT es la enfermedad congénita potencialmente mortal más frecuente en la edad adulta, pero sigue siendo hoy en día una enfermedad infradiagnosticada. La ATT es una glucoproteína inhibidora de proteasas cuya concentración en suero se encuentra en torno a 120-220 mg/dL. La deficiencia de ATT confiere una predisposición para desarrollar enfermedades a lo largo de la vida, principalmente enfisema pulmonar y diversos tipos de hepatopatías, colestasis neonatal, hepatitis juvenil, cirrosis hepática en niños y adultos, y hepatocarcinoma, de tal manera que incluso se ha sugerido que puede estar asociado al desarrollo de cánceres. El gen de la AAT se transmite por herencia mendeliana simple de manera autosómica recesiva, es un gen muy polimórfico, donde el alelo normal se denomina PiM, y los alelos deficientes más frecuentes son PiS, PiZ y más raramente el alelo Null. El aumento de riesgo para enfermedad hepática y/o pulmonar se asocia a valores de ATT por debajo de 120 mg/dL que presentan fenotipos MZ, SZ, ZZ, o null, siendo de alto riesgo valores por debajo de 40 mg/dL con fenotipos ZZ o Null (OMIM 107400). Se piensa que en España pueden existir más de 12000 personas con fenotipo deficiente ZZ, donde tan solo el 4% ha sido diagnosticado, de tal manera que estos pacientes tienen una alta probabilidad de padecer enfermedades respiratorias sobretodo asociadas al hábito tabáquico, por lo que un conocimiento de su situación puede ayudar a establecer estilos de vida saludable que evite ese deterioro progresivo de su función respiratoria y en determinados casos puede indicar la necesidad de establecer un tratamiento sustitutivo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Diagnosticar los casos de déficit de alfa 1 antitripsina en aquellas personas a las que se le realice un proteinograma y que presenten valores bajos de la fracción alfa1.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
A todas aquellas personas a las que se le realice un proteinograma y que presenten un valor de alfa 1 por debajo del 3.5% se les cuantificará la AAT en suero. Cuando las concentraciones de esta proteína estén por debajo de <100 mg/dL se recomendará el genotipado del gen que codifica a la AAT. Para ello, desde el laboratorio de Bioquímica se contactará con la consulta de Enfermedades Minoritarias Sistémicas del Servicio de Medicina Interna del HCU Lozano Blesa y posteriormente se citará al paciente para proponer la realización de dicho estudio. Una vez en la consulta, previo consentimiento autorizado, se realizará el diagnóstico genético en el laboratorio de genética de este Hospital

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
En términos generales, se evaluará al cabo de un año el número de pacientes en los que se hubiere detectado el alelo Z o Null, variantes con mayor predisposición a padecer enfermedad pulmonar, procediéndose a un seguimiento de estos pacientes con las pertinentes recomendaciones terapéuticas y de estilo de vida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El estudio del gen de la ATT se pondrá a punto a los largo de los 3 meses tras el inicio del proyecto. Posteriormente se empezará a analizar una serie de controles y se seguirá con el estudio de pacientes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hallazgos de laboratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1273 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL INFORME DEL PERFIL LIPIDICO

2. RESPONSABLE ..... EMMA LARA NAVARRO
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LATORRE GARCES VIOLETA. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· RUIZ BUDRIA JOSE. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· JULIAN ANSON MARIA ANGEL. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· FERNANDEZ GONZALEZ AYLA. BIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· PALACIOS FIGUER JULIA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· LEON GAÑETE INMACULADA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA
· ALMUDI SADABA ROSANA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En noviembre de 2017 se publicó un documento consenso entre las sociedades Españolas de Arteriosclerosis (SEA), Cardiología, Medicina de Laboratorio (SEQC ML), Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) y de médicos de Atención primaria (Semergen), para establecer unas recomendaciones para el control del perfil lipídico, análisis de las fuentes de variabilidad de dicho perfil y recomendaciones para el informe del laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es analizar el documento consenso “Homogeneización de los valores del perfil lipídico” y poner en práctica las recomendaciones que en él se tratan.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Análisis del documento consenso por el grupo de trabajo y revisión bibliográfica.
- Presentacion de resultados del análisis y revisión bibliográfica en el servicio de Bioquímica Clínica del HCU.
- Reunión de grupo de trabajo para establecer los cambios necesarios a nivel interno del laboratorio en todas las fases del proceso analítico.
- Realizar cambios necesarios que se puedan realizar inmediatamente y establecer cronogramas para realizar todos los cambios.
- Informar a especialistas clínicos de los cambios realizados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de informes de perfiles lipídicos actualizados/ mes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Finalización del proyecto en Diciembre 2018. Seguimiento en años sucesivos para incorporar actualizaciones futuras que se produzcan en estas determinaciones.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0596 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA SANTAMARIA GONZALEZ
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A CLINICO
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LORENTE MARTIN SILVIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· PALACIOS FIGUER JULIA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· MARCO CEBOLLA ANA CRISTINA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· ROS LOPEZ SUSANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LAMATA HERNANDEZ FELIX. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la última década se ha extendido el uso de la monitorización intraoperatoria de la parathormona (PTHi) en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario (HPTP). La vida media de esta hormona es de 5 minutos, por lo que la curva trazada por el nivel de PTH durante la intervención permite conocer la cuantía de la extirpación del tejido hiperfuncionante. De este modo, una caída significativa de los niveles posquirúrgicos de PTH tras haberse efectuado la resección de la(s) glándula(s) anormal(es) es un buen predictor de éxito quirúrgico. El estudio del perfil evolutivo de la PTHi tras la exéresis glandular se realiza en el laboratorio con un tiempo estimado de 30 minutos desde la recepción de las muestras. Sin embargo, en el laboratorio hemos detectado que las muestras recibidas no siempre reúnen las condiciones deseables, no siempre están correctamente etiquetadas, en ocasiones no son reconocidas por el analizador y en consecuencia el informe de resultados se demora. Para ofrecer un servicio más rápido y de mejor calidad resulta necesario revisar las condiciones en las que se reciben las muestras, concretar los puntos incluidos en el perfil evolutivo de la PTHi y establecer un protocolo de trabajo que incluya una comunicación fluida entre cirujanos y laboratorio. Este proyecto surge para dar continuidad al proyecto de mejora de la fase preanalítica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Optimizar la monitorización de PTH intraoperatoria en el laboratorio
2.Establecer un protocolo de trabajo en el laboratorio
3.Reducir el tiempo de emisión de resultados
4.Mejorar la comunicación entre cirujanos y laboratorio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
. Revisar y reducir los errores más frecuentes por los que el analizador no reconoce la muestra
. Determinar en una única muestra calcio y PTH basal, con lo que se evita extracción de muestras innecesarias al paciente.
. Protocolizar la fase analítica y postanalítica y concienciar de la importancia de la determinación entre los técnicos de laboratorio que procesan las muestras.
. Establecer las condiciones de procesamiento y almacenamiento de la muestra en caso de que la intervención se realice fuera de horario de trabajo de laboratorio de rutina.
. Consensuar con los cirujanos los puntos a incluir en el perfil evolutivo de la PTHi
. Conocer el proceso completo desde que la muestra es extraída en quirófano hasta que se emite el informe de resultados. El protocolo de actuación en quirófano y laboratorio se comunicará en una sesión informativa conjunta entre ambos servicios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
. Número de incidencias registradas en recepción de muestras. Se comparará el número de incidencias preanalíticas antes y después de establecer el protocolo de trabajo
. Número de incidencias registradas durante la fase analítica. Se valorará la reducción del número de incidencias analíticas desde la implantación del protocolo
. Encuestas al personal implicado para evaluar el protocolo de trabajo. Podremos evaluar si se ha comprendido, incluir sugerencias, comprobar el grado de satisfacción del personal
. Tiempo de respuesta informe de resultados, permitirá valorar la disminución del tiempo en la emisión de resultados.
. Sesiones informativas o reuniones diseñadas para mejorar el servicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN Y CALENDARIO: La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de 10-12 meses.

Durante el cuatrimestre trimestre del año, se estudiarán las principales causas que retrasan la entrega de resultados y se buscará soluciones que resuelvan los problemas más comunes, además de preparar y establecer un protocolo de trabajo en el laboratorio que incluya el trabajo técnico y facultativo.

Proyecto: 2018_0596 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

En el segundo cuatrimestre se procederá a la puesta en común entre cirujanos y bioquímicos, donde se consensuarán y establecerán los mejores puntos a incluir en el perfil de valoración de PTHi y se ofrecerán sesiones informativas que permitan a los profesiones implicados conocer el proceso completo.

Finalmente, el último cuatrimestre comprenderá la valoración del servicio tras las mejoras incluidas, se evaluarán los indicadores y se comprobará que el proyecto haya transcurrido con satisfacción

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0656 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

2. RESPONSABLE ..... ELENA LLORENTE FERNANDEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTAMARIA GONZALEZ MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· AZNAREZ NOGUERAS SOFIA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· FRANCO CUARTERO JAVIER. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· BASTARDO VALERO MARIA MERCEDES. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· USON URIEL MARIA CONCEPCION. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La testosterona es un andrógeno sintetizada en los testículos en los hombres, en los ovarios en las mujeres, y en ambos sexos en la corteza suprarrenal. En el hombre, la secreción testicular de testosterona está regulada por la hormona luteinizante (LH) y mediante retroalimentación negativa vía hipotálamo-hipófisis. Esta testoterona se transforma en la próstata y las vesículas seminales en dihidrotestosterona, que es más activa biológicamente. La testosterona estimula el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos secundarios y contribuye al mantenimiento de la función prostática y de la vesícula seminal. En la mujer, los ovarios producen pequeñas cantidades de testosterona que en concentraciones fisiológicas no ejercen efectos andrógenos específicos. La mayor parte de la testosterona en las mujeres se forma por conversión periférica de otros andrógenos (DHEA y androstenodiona). Además, la testosterona sintetizada en los ovarios se convierte en estradiol y estrona. Un aumento de la producción de testosterona en la mujer puede causar virilización.
Del total de testosterona, sólo el 2% circula libre en la sangre (TESTOSTERONA LIBRE), mientras que la testosterona restante está unida a proteínas transportadoras, aproximadamente un 60% a la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG) y un 38% a la albúmina (unión de baja afinidad). La TESTOSTERONA BIODISPONIBLE es la suma de la testosterona libre y la unida a albúmina (unión de baja afinidad).
La testosterona libre puede ser determinada por métodos directos (siendo el método de referencia la diálisis de equilibrio, pero sin utilidad en el laboratorio clínico por su laboriosidad) o se puede calcular mediante métodos indirectos. Otros métodos de cuantificación directa, como el radioinmunoanálisis (RIA) o los inmunoensayos enzimáticos (ELISA) no presentan buena correlación con el método de referencia, lo que también limita su utilidad.
La testosterona biodisponible se puede estimar a través de fórmulas validadas, basadas en la cuantificación de la testosterona total, la fracción unida a SHBG y la unida a albúmina.
El estudio del perfil androgénico, tanto en el varón y como en la mujer, es frecuente en el Laboratorio de Hormonas como herramienta de ayuda en el diagnóstico de patologías relacionadas con la deficiencia o el exceso de andrógenos, tales como la pubertad precoz o retardada, la virilización, infertilidad, el hirsutismo o la alopecia. Dicho perfil se basa en la determinación de testosterona total junto con la fracción de testosterona libre o a la estimación de testosterona biodisponible.
En la actualidad se considera que la testosterona biodisponible refleja mejor el estado androgénico que la testosterona total e incluso que la testosterona libre cuantificada por métodos directos. Vermeulen y colaboradores encontraron una eficacia diagnóstica para el hipoandrogenismo del 94% cuando se estimaba la testosterona biodisponible, frente al 91% demostrado por la testosterona libre.
En nuestro laboratorio, el perfil androgénico se basa en la cuantificación de la testosterona total junto a la fracción libre por métodos directos (ESTRATEGIA A). Proponemos un nuevo perfil androgénico basado en la testosterona total y la fracción biodisponible estimada a partir de la SHBG y la albúmina (ESTRATEGIA B)
El protocolo propuesto presenta una mayor utilidad diagnóstica con un menor coste anual.
A continuación se resume el análisis de costes realizado:

DESCRIPCIÓN	COSTE ANUAL	COSTE POR PACIENTE	UTILIDAD (eficacia diagnóstica)
ESTRATEGIA A	Basado en testosterona libre	12242?	3.77? 94%
ESTRATEGIA B	Basado en testosterona biodisponible	10608?	3.27? 91%

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es implantar y evaluar el nuevo protocolo de laboratorio propuesto para evaluar el perfil androgénico de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La nueva estrategia diagnóstica ha sido consensuada con los servicios de Endocrinología, Urología y Ginecología, principales peticionarios de estas determinaciones.
Se propone dar una sesión informativa sobre las ventajas del nuevo perfil a los profesionales implicados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2018_0656 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

Se proponen los siguientes indicadores de seguimiento:

- Diferencia de costes anual entre el perfil propuesto y el protocolo previo
- Incidencias detectadas tras la implantación del protocolo
- nº de peticiones para la determinación de testosterona libre directa solicitadas y que son procedentes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se propone el siguiente cronograma:

01/03/2018 a 15/05/2018
Comunicación del nuevo protocolo pactado a todos los profesionales implicados
Configuración de las nuevas determinaciones en el sistema informático del laboratorio (Modulab) y en el petitorio electrónico: testosterona libre calculada y testosterona biodisponible calculada.

16/05/2018 a 31/05/2018
Puesta en marcha del nuevo protocolo

01/06/2018 a 30/09/2018
Análisis de las incidencias detectadas y establecimiento de las acciones correctivas necesarias.

1/10/2018 a 30/10/2018
Evaluación del protocolo mediante el cálculo de los indicadores.

9. OBSERVACIONES.
Bibliografía consultada:

1. Vermeulen A, Verdonck L, Kaufman JM. A critical evaluation of simple methods for the estimation of free testosterone in serum. J Clin Endocrinol Metab. 1999;84(10):3666-72.

2. Sartorius G, Ly LP, Sikaris K, McLachlan R, Handelsman DJ. Predictive accuracy and sources of variability in calculated free testosterone estimates. Ann Clin Biochem. 2009 Mar;46(Pt 2):137-43.

3. Morris PD, Malkin CJ, Channer KS, Jones TH. A mathematical comparison of techniques to predict biologically available testosterone in a cohort of 1072 men. Eur J Endocrinol. 2004 Aug;151(2):241-9.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión (“no hacer”)

Proyecto: 2018_0745 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA LORENTE MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTAMARIA GONZALEZ MARIA. BIOQUIMICO/A CLINICO. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· PERIAGO PERALTA MARIA NIEVES. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· ALIERTA GRACIA EVA MARIA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEREA DE PACO PEDRO. CELADOR/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CELADORES/AS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
. La apropiada evolución de los niveles de paratohormona (PTH) en muestras seriadas obtenidas durante el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario es indicador del éxito quirúrgico, es por esto mismo que una buena trazabilidad de las muestras es fundamental en la fase preanalítica.
Conseguir que desde el laboratorio los tubos vayan perfectamente etiquetados, que dichas etiquetas no sufran ningún deterioro durante el proceso, que se protocolicen los tiempos de extracción, que la temperatura entre la extracción y el análisis sea la correcta y que no se demoren los tiempos son puntos fundamentales para garantizar la calidad de las determinaciones.
Este proyecto antecede y se continúa con el proyecto de mejora de las fases analítica y postanalítica de la monitorización de PTH intraoperatoria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
* Establecer un protocolo de preparación de los contenedores de muestras biológicas y de la nevera de transporte en el laboratorio. *Mejorar la trazabilidad de las muestras.
* Revisar y optimizar la extracción de muestras en el quirófano y el transporte y recepción en el laboratorio.
* Establecer un protocolo de trabajo en el quirófano.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
* Unificar criterios a la hora del transporte de las muestras.
* Reducir incidentes con la identificación de las muestras.
*Protocolizar la fase preanalítica y concienciar al personal implicado de la importancia de la extracción de la muestra y del correcto transporte al laboratorio.
* Conocer el proceso completo desde que la muestra es extraída en quirófano hasta que se emite el informe de resultados. El protocolo de actuación en quirófano y en el laboratorio se comunicará en una sesión informativa conjunta entre los servicios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
* Número de incidencias registradas en la preparación, extracción y transporte de las muestras. Se comparará el número de incidencias preanalíticas antes y después de establecer el protocolo de trabajo.
* Encuestas al personal implicado para evaluar el protocolo de trabajo. Valorando si se ha comprendido el proceso, si se podría mejorar de alguna manera y el grado de satisfacción.
* Sesiones informativas o reuniones diseñadas para mejorar el servicio.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
* La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de 10-12 meses.
* Durante el primer cuatrimestre de año, se estudiarán las principales causas que retrasan la entrega de muestras y se buscarán soluciones que resuelvan los problemas más comunes.
*En el segundo cuatrimestre del año se procederá a la puesta en común entre enfermeras de anestesia, celadores y el laboratorio para consensuar y establecer los protocolos de actuación y se ofrecerán sesiones informativas que permitan a los profesionales implicados conocer el proceso completo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0745 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

Proyecto: 2018_0879 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS

2. RESPONSABLE ..... MONICA RAMOS ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRUEBO MUÑIO MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· FERNANDEZ GONZALEZ AYLA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La hematuria puede clasificarse en función de su origen en glomerular o postglomerular. La identificación del origen de la hematuria es importante ya sea desde Atención Primaria para derivar al paciente hacia Nefrología o Urología, como desde la Atención Especializada para orientar al diagnóstico y la indicación de otras pruebas complementarias, algunas de las cuales de carácter invasivo. El estudio de la morfología de los hematíes o hematíes dismórficos, es el parámetro de laboratorio más utilizado con este fin, pero este estudio presenta ciertas limitaciones. Entre ellas está la subjetividad del observador, la baja estabilidad de las formas alteradas de los hematíes, y la amplia zona gris de 20-80% de hematíes dismórficos respecto al total de hematíes presentes en la muestra, donde no permite clasificar claramente la hematuria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo de este proyecto es implementar en las orinas con hematuria en las que interesa identificar el origen del sangrado, la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina en orina. Se trata de una proteína de gran tamaño que no llega a atravesar el glomérulo ni en casos de glomérulos muy dañados. De esta manera, su presencia en la orina nos orientaría hacia un origen postglomerular del sangrado, mientras que su ausencia estaría más asociada con un origen glomerular.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En las orinas donde se solicite el estudio de hematíes dismórficos se añadirá la cuantificación de las proteína alfa-2-macroglobulina y albúmina en orina, y se calculará la ratio entre ambas proteínas. En aquellas orinas cuyo valor de albuminuria sea >100 mg/L, si la ratio alfa-2-macroglobulina/albúmina se encuentra entre 2-31 x 10 -2 orientaría hacía un origen postglomerular del sangrado, mientras que un valor entre 0,01-2 x10 -2 lo haría hacia un origen glomerular.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- En 10 pacientes con diagnóstico de hematuria glomerular, se comprobará de forma retrospectiva, que la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina apoya el diagnóstico.
- En caso afirmativo se pondrá en marcha el proyecto, añadiendo la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina a todas las orinas en las que se soliciten hematíes dismórficos.
- Transcurrido un mes desde la puesta en marcha, se evaluará junto con el servicio de Nefrología el valor añadido de dicha cuantificación para la orientación al diagnóstico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Puesta a punto de la técnica de determinación de la proteína alfa-2-macroglobulina en orina: Abril-Mayo 2018.
Evaluación inicial por parte del laboratorio: Mayo a Julio 2018.
Inclusión de los resultados de la cuantificación de alfa-2-macroglobulina junto con el estudio de hematíes dismórficos en el informe de laboratorio: Agosto 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1028 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MODULACION DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES CARDIACOS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ANDRES OTERO
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A CLINICO
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ ALCUTEN FRANCISCO JOSE. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA
· PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC), adherida al proyecto Not To Do (“No Hacer”) del Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha recomendaciones para reforzar su compromiso con la calidad y la eficiencia. Se trata de pautas encaminadas a disminuir la utilización de pruebas innecesarias en la práctica diaria de los laboratorios clínicos, aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa y no son coste-efectivas. Una de ellas es la siguiente: No se recomienda la determinación de CK total ni CK-MB, ni AST, ni LDH, ni mioglobina para el diagnóstico de daño miocárdico (o infarto).
La cTn es el marcador de elección para el diagnóstico y la estratificación del riesgo en pacientes con SCA/IM. Otros marcadores como CK, AST y LDH carecen de utilidad en el diagnóstico de SCA/IM y no deben analizarse con este fin. En caso de sospecha de IM, la troponina con métodos de alta sensibilidad se determina con una extracción al ingreso y otra a las 3 horas.
La mioglobina no se recomienda, ya que precisarían de la adición de otro marcador cardioespecífico como cTn y no aumenta la precocidad en el diagnóstico especialmente si se dispone de métodos de alta sensibilidad. La cTn puede utilizarse tanto en el diagnóstico como en la evaluación del tamaño del infarto, reinfarto y la valoración de reperfusión. (Recomendaciones para el uso de marcadores bioquímicos de necrosis miocárdica ante la sospecha de síndrome coronario agudo Recomendación (2014) SEQCML).
En el laboratorio de urgencias del Hospital Lozano Blesa se determinan en un Cobas 6000 (módulo c501/e 601): troponina T ultrasensible, mioglobina, CK total y CKMB actividad
La troponina T ultrasensible es utilizan en el diagnóstico de daño miocárdico, ya que es el marcador más sensible y cardioespecífico sin necesidad de utilizar otros marcadores como la mioglobina, la CK o la CKMB actividad.
Desde el laboratorio de urgencias se detecta el exceso de peticiones de CK y CK-MB actividad para el diagnóstico de daño miocárdico y además del seguimiento diario con TnT, en pacientes de la UCI.
El exceso de determinaciones en el laboratorio de urgencias supone una sobrecarga de trabajo y un gasto de recursos que no repercute en mejorar la calidad del manejo del paciente. Modular la demanda resulta primordial para el uso adecuado de los recursos en el laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Modular la demanda de los marcadores cardíacos de urgencias en peticiones de la UCI y peticiones urgentes. Reducir las determinaciones innecesarias en el seguimiento de pacientes ingresados para un mejor uso de los recursos disponibles del laboratorio de urgencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La modulación de la demanda será consensuada con el Servicio de la UCI y el Servicio de Urgencias que son los principales peticionarios de estas determinaciones. Se proponen reuniones y sesiones informativas para el uso adecuado de los marcadores cardíacos, además de modificar el programa de peticiones del sistema informático (Modulab) del perfil cardíaco.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para el seguimiento del proyecto se proponen los siguientes indicadores:
- Numero de determinaciones de los marcadores cardiacos antes y después de la actuación.
- Diferencia de costes de las peticiones de los marcadores cardiacos antes y después de la actuación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El cronograma que se propone es el siguiente:
14/05/2018 a 01/09/2018
Reuniones con los servicios implicados. Modificación de la configuración del sistema informático respecto al perfil cardíaco.
01/09/2018 a 31/12/2018
Revisión de las analíticas. Cálculo de los indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1028 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MODULACION DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES CARDIACOS EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión (“no hacer”)

Proyecto: 2018_0369 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION DEL INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACION EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN EL HCU LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... JAIME GIMENO GARZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REVILLA MARTI PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· ESCOTA VILLANUEVA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· CARMONA AYNAT AMALIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· FERREIRA AGUAR ANA ISABEL. MEDICO/A. CME INOCENCIO JIMENEZ. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El informe de alta tras un ingreso hospitalario, supone el documento principal a la hora de trasmitir la información médica tras un ingreso hospitalario. Dicho documento, en la actualidad, es prácticamente la única vía de comunicación efectiva entre atención hospitalaria y atención ambulatoria y atención primaria.
Tras un Síndrome coronario agudo, se ha detectado, que hay cierta información, que resulta imprescindible para poder seguir prestando una correcta atención médica tras el alta hospitalaria. Así mismo, hay ciertas indicaciones y recomendaciones que son de gran ayuda tanto al clínico que va a tener que seguir al paciente ambulatoriamente, como para el propio paciente. En una patología tan prevalente, y con una morbi-mortalidad tan importante, lo dicho anteriormente cobra una especial relevancia.
En el momento actual, no hay uniformidad de criterios respecto a la información que se aporta en los informes del alta. Si bien, en general, la información aportada en los informes de alta suele ser adecuada, a veces ésta no se presenta de forma clara, concisa y ordenada. Así mismo, en ocasiones, la información añadida respecto a recomendaciones y objetivos terapéuticos, consejos, seguimiento del paciente, etc, es escasa o inexistente.
Con la unificación del informe de alta, se pretende conseguir que la información mostrada sea la que se considera necesaria e importante para el seguimiento posterior; que ésta se muestre de forma clara; y siempre de la misma manera, lo que facilitará la búsqueda de información en asistencias médicas posteriores. Por tanto, el sistematizar y unificar el informe, facilitará que en todos los pacientes se muestre la misma información, de forma homogénea, lo que creemos, conllevará una asistencia posterior más eficaz.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Diseñar una plantilla de informe de alta de hospitalización para pacientes que han estado ingresados por un Síndrome coronario agudo, en la que se incluya una determinada información y datos, que se consideren importantes y útiles de cara a:
- La continuidad de cuidados por parte del Medico de Atención Primaria.
- Definición del paciente en función de su riesgo para su posterior seguimiento.
- Información clara al paciente con respecto al tratamiento y recomendaciones para su reinserción socio-laboral

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Consensuar y decidir cual es la información que debe aparecer en el informe de alta
2. Diseñar la plantilla del informe de alta
3. Incluir dicha plantilla de informe de alta en Hp-Doctor
4. Evaluar su correcta aplicación y utilidad

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se revisarán los informes de alta del mes de Abril de 2019:
- Nº informes de alta de Síndrome coronario agudo realizados con los criterios y la plantilla que se defina / Nº total de informes de alta de Síndrome coronario agudo [Objetivo > 80%]
- Nº informes de alta de Síndrome coronario agudo en los que se muestra la FEVI al alta / Nº total de informes de alta de Síndrome coronario agudo [Objetivo > 80%]
- Nº informes de alta de Síndrome coronario agudo en los que se detalle la duración de la terapia antiagregante doble / Nº total de informes de alta de Síndrome coronario agudo [Objetivo > 80%]
- Nº informes de alta de Síndrome coronario agudo en los que se detalle recomendaciones de prevención cardiovascular secundaria / Nº total de informes de alta de Síndrome coronario agudo [Objetivo > 80%]
- Nº informes de alta de Síndrome coronario agudo en pacientes fumadores en los que se detalle la recomendación de abandonar por completo el hábito tabáquico / Nº total de informes de alta de Síndrome coronario agudo en pacientes fumadores [Objetivo > 90%]

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Abril 2018: diseño y presentación del proyecto de mejora
- Mayo-Junio 2018: elaborar y diseñar el modelo del informe de alta
- Julio-Septiembre 2018: darlo a conocer, incluirlo como plantilla de Hp-Doctor, y ponerlo en marcha
- Octubre 2018-Marzo 2019: implementar su uso
- Abril 2019: evaluar el proyecto de mejora y su utilidad

Proyecto: 2018_0369 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIFICACION DEL INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACION EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN EL HCU LOZANO BLESA

9. OBSERVACIONES.
Con el término genérico de Síndrome coronario agudo, estaría incluidos los diagnósticos al alta de:
- Síndrome coronario agudo
- Síndrome coronario agudo sin elevación del ST
- Síndrome coronario agudo con elevación del ST
- Angina inestable
- Infarto agudo de miocardio

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2018_0786 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... PABLO REVILLA MARTI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LINARES VICENTE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· AMORES ARRIAGA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· CANTIN GOLET AMPARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· SERRANO AISA PEDRO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· MORLANES GRACIA PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· GIMENO GARZA JAIME. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La asistencia de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias por dolor torácico con sospecha de etiología isquémica plantea un problema asistencial por diversas razones. El dolor torácico supone entre un 5-20% de las visitas a urgencias y es preciso realizar un diagnóstico diferencial entre los diferentes perfiles clínicos del dolor. En las últimas décadas se han propuesto diferentes soluciones para mejorar el diagnóstico del dolor torácico en los servicios de Urgencias, incluyendo el uso de guías y protocolos diagnósticos con la formación de equipos multidisciplinares.
En el año 2014 se instauró en el hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza el protocolo de manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica. Actualmente debido a la actualización de las guías de práctica clínica con posterioridad a la elaboración del mismo, la introducción de la troponina ultrasensible como marcador de necrosis miocárdica y la incorporación de la guardia de Cardiología de presencia física, creemos adecuada la actualización del mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
•Actualización del protocolo de dolor torácico no traumático para pacientes mayores de 14 años en el servicio de urgencias en colaboración entre los servicios de Urgencias y Cardiología conforme a las guías vigentes de práctica clínica de la sociedad Europea de Cardiología de SCACEST, SCASEST y enfermedad coronaria estable
•Detectar de forma temprana y efectiva los pacientes con síndrome coronario agudo.
•Identificar de forma rápida y eficiente los pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.
•Evitar el ingreso en pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
•Revisión del protocolo previo y nuevas evidencias científicas disponibles.
•Elaboración de nuevo protocolo de “Manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica en el servicio de Urgencias”
•Aprobación del protocolo por la dirección del hospital.
•Instauración y difusión del protocolo en el servicio de Urgencias.
•Revisión de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
•ECG al ingreso: Pacientes con dolor torácico con ECG realizado en los primeros 10 minutos de su llegada a urgencias x 100 / Pacientes con dolor torácico
•Tasa de ergometría: Pacientes con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en los que se realiza ergometría x 100 / Pacientes con dolor torácico
•Tasa de altas: Pacientes con dolor torácico dados de alta desde urgencias x 100 / Pacientes con dolor torácico incluidos en el protocolo
•Tasa de eventos en pacientes con ergometría negativa a 30 días: Pacientes dados de alta con ergometría negativa que presentan SCA o revascularización electiva en 30 días x 100/ Pacientes con ergometría negativa
•Tasa de eventos en pacientes con ergometría negativa a 6 y 12 meses: Pacientes dados de alta con ergometría negativa que presentan SCA o revascularización electiva en (6-12 meses) x 100/ Pacientes con ergometría negativa

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
•1er semestre 2017 - Revisión de bibliografía y elaboración de nuevo protocolo.
•2º semestre 2017 – Aprobación del protocolo por la dirección del hospital.
•1er semestre 2018 – Instauración y difusión del protocolo.
•4º trimestre de 2018 – Resultados de los 12 primeros meses.

9. OBSERVACIONES.
•Actualización del protocolo de dolor torácico conforme aparezcan actualización de las guías de práctica clínica de la sociedad Europea de Cardiología.

Proyecto: 2018_0786 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2018_1147 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDISEÑO DE LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE CARDIOLOGIA EN BASE A LA PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO MONZON LOMAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERREIRA AGUAR ANA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· LORIZ ALIERTA ANA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· ESCOTA VILLANUEVA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la atención de los pacientes con cardiopatía se ven implicados varios ámbitos asistenciales. La comunicacion entre profesionales ha sido escasa, y en nuestro entorno persiste esta situación. La comunicación se hace atráves de hojas de interconsulta con poca información. Algunas de las interconsultas que realizan los MAP buscan más “información” que “atención”, debido a la dificultad existente en contactar con los especialistas para consultas sencillas. A su vez los especialistas caemos también en la recitación sistemática de pacientes remitidos para una consulta puntual o tras sufrir un episodio agudo, debido a la inercia o simplemente a la falta de existencia de protocolos de atención conjuntos y consensuados entre ambos ámbitos asistenciales. Las visitas a los centros de salud son ocasionales y casi inexistentes.
Hoy las consultas de Cardiologia continúan con una organización clásica que no ha tenido en cuenta ni la implementación de la historia clínica electrónica, ni la posibilidad de realizar una verdadera alta resolución .
La puesta en marcha de la interconsulta virtual, como medio de solicitud de consulta por parte de atención primaria ha supuesto la oportunidad y la necesidad de que se produzca un cambio en el modelo asistencial de la consulta.
Todos debemos adaptarnos a una nueva forma de hacer medicina y una medicina especializada con mucha mayor integración entre los demás ámbitos asistenciales, con más y mejor comunicación entre ellos, y sobretodo centrada en el beneficio del paciente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Rediseño de las consultas ambulatorias de Cardiología aprovechando los actuales recursos informáticos y telemáticos para conseguir una atención a los pacientes cardiológicos lo más eficiente posible.
Objetivos secundarios.
- Favorecer la comunicación entre Cardiología y Atención primaria
- Minimizar el numero de visitas innecesarias
- Disminuir el tiempo de espera para los casos de mayor riesgo
- Mejorar la información sobre las visitas al realizar informe de las mismas con registro en la historia electrónica
- Realizar el mayor numero de visitas posible de alta resolución, tanto para las primeras visitas como para revisiones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Creación de la figura del “Cardiólogo consultor” o “de referencia”
• Establecer vías de comunicación estructurada entre el cardiólogo de referencia y a Atención Primaria. Telefonica, interconsulta virtual y visitas a centros de atención primaria
• Definición de las consultas subsidiarias de ser resueltas por interconsulta virtual
• Definición de criterios de gravedad para citación en máximo de 2 semanas
• Realización de consulta de alta resolución en los tres subsectores
• Realización de informe de visita en la consulta con registro electrónico (HP)
• Redefinición de las agendas de la consulta de Cardiologia
• Crear la “visita correo” para realizar informe de resultados a los pacientes que van a ser dados de alta . No sería presencial. El informe se remitiría por correo al paciente.
Actividades de formación
• Visitas a los centros de atención primaria para divulgar el nuevo modelo de consulta de Cardiologia
• Definición de consultas subsidiarias de ser resueltas con interconsulta virtual (grupo de trabajo mixto cardiología-atención primaria)
• Criterios de derivación para los motivos más frecuentes de consulta
• Divulgación y puesta en marcha de las nuevas rutas asistenciales
Cambios previstos en la oferta de servicios:
• Comunicación estructurada con atención primaria: horario telefónico y visitas periódicas a los centros de salud
• Citación preferente con máximo de 2 semanas
• Contestación de la interconsulta virtual en < 3 dias
• Consulta de alta resolución (también llamada de acto único)
• Citaciones no presenciales para resultados de pruebas de pacientes que van a ser dados de alta (consulta correo) para realización de informes que se remitirán a los pacientes por correo

Proyecto: 2018_1147 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDISEÑO DE LAS CONSULTAS AMBULATORIAS DE CARDIOLOGIA EN BASE A LA PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

- Tiempo de contestación de la interconsulta virtual (estándar <3)
- Tasa de primeras visitas resueltas en acto único/ total primeras visitas
- % informes de consulta registrados en HP/total visitas para primeras visitas y para resultados.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1º semestre de 2018:

- Visita a los centros de atención primaria para informar sobre el proyecto
- Presentación del proyecto a la dirección del centro
- Inicio de la interconsulta virtual
- Reorganización de las agendas

2er semestre de 2018:

- Puesta en marcha del nuevo modelo de consulta de cardiología

2ª Semestre 2019. Evaluación del funcionamiento de la consulta

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1560 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCU

2. RESPONSABLE ..... ANTONELA LUKIC OTANOVIC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ ARROYO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· SANCHEZ INSA ESTHER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· LINARES VICENTE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· SIMO SANCHEZ BORJA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· PAESA GARZA MARIA CRUZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CARDIOLOGIA
· DOBON REBOLLO MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El cateterismo cardiaco es la prueba invasiva utilizada en el manejo de los pacientes con cardiopatía isquémica y para la valoración previa a procedimientos quirúrgicos. El número de procedimientos y su complejidad crecen continuamente. En nuestro centro en el 2017 se han realizado 2092 estudios diagnósticos y algo más de 1000 estudios terapéuticos, con abordaje en un 25% de ellos de más de un vaso, la mayoría ad-hoc. Los pacientes tomadores de anticoagulantes orales, representan un aproximado 10-15% de los procedimientos y son un reto para la seguridad del procedimiento, por alto riesgo trombótico y hemorrágico. Actualmente estos pacientes ingresan 48 h antes y se les realiza a todos “bridging” o terapia puente a heparina sódica IV y precisan de un ingreso de al menos 72 h. Las guías de práctica clínica consideran que este proceder aumenta el riesgo de complicaciones hemorrágicas y trombóticas e indican valorar la realización de cateterismo cardíaco sin la suspensión de éste y la terapia puente para los pacientes con riesgo trombótico alto. La gran variabilidad en las estrategias adoptadas en este contexto ponen de manifiesto la necesidad de protocolización de las actuaciones en estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo es unificar las actuaciones periprocedimiento en cuanto al manejo de la terapia anticoagulante. Como objetivos secundarios: disminución de las complicaciones hemorrágicas y trombóticas y de estancia hospitalaria. Población diana son todos los pacientes con fibrilación auricular, con indicación de anticoagulación oral con AVK o NACO remitidos para la realización de cateterismo. El proyecto implica a todos los servicios que remiten a los pacientes para la realización de cateterismo cardiaco y al servicio de Hematología (enfermería y facultativos). Se pretende: Protocolizar y unificar las actuaciones periprocedimiento en cuanto a terapia anticoagulante. Reducción de tiempo de estancia, manteniendo o mejorando de la seguridad del paciente en cuanto a las complicaciones trombóticas o hemorrágicas. Adaptarnoss a las guías de práctica clínica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La elaboración en junio-septiembre 2018 (revisión de evidencia, contacto con otras unidades de Cardiología Intervencionista, colaboración con Hematología y consenso del grupo de mejora). Tres reuniones- una interna, una con Hematología y otra con hospitalización para consensuar actuaciones. En Julio y Agosto 2018: análisis de los pacientes con tratamiento anticoagulante oral atendidos en nuestra unidad a lo largo de los años 2016-2017 como referencia. La difusión del nuevo protocolo se realizará en forma de sesión en el Servicio de Cardiología y otros servicios implicados, folletos con el algoritmo de actuación y actualización de la vía clínica de cateterismo cardíaco, previa aprobación por los organismos responsables del hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nombre: %ACO / cateterismo. Porcentaje de pacientes tomadores de anticoagulación oral remitidos para la realización de cateterismo cardiaco. Calculo: (Pacientes tomadores de anticoagulación oral remitidos para la realización de cateterismo cardiaco)/ (Pacientes a los que se les ha realizado cateterismo cardiaco)*100. 2. Nombre: % correcta cumplimentación protocolo. Porcentaje de pacientes tomadores de anticoagulación oral incluidos en el protocolo sin la terapia puente. Medida: porcentaje, periodicidad: trimestral. Calculo: (Pacientes en tratamiento con ACO sin indicación de terapia puente y sin terapia puente aplicada) / (Pacientes en tratamiento con ACO sin indicación de terapia puente)*100. Estándar 95%. 3. Nombre: %terapia puente correcta. Porcentaje de pacientes con indicación de terapia puente con la terapia puente correctamente aplicada. Medida porcentaje. Trimestral. Calculo: (Pacientes con indicación clara de terapia puente con la terapia puente aplicada) / (Pacientes con indicación de terapia puente). Estándar 100% 4. Nombre %complicaciones hemorrágicas. Porcentaje de pacientes con complicaciones hemorrágicas en el periodo peri-procedimiento (hasta 7 días postprocedimiento). Porcentaje y trimestral. Calculo: (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo que hayan presentado complicaciones hemorrágicas) / (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo). Estándar 2.5%. 5. Nombre: %complicaciones trombóticas. Porcentaje de pacientes con complicaciones trombóticas en el periodo peri-procedimiento (hasta 7 días postprocedimiento). Porcentaje, trimestral. Calculo: (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo que hayan presentado complicaciones trombóticas) / (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo). Estándar 0.5%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_1560 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCU

1. Elaboración del protocolo- De 1 a 31 de agosto 2018 2. Análisis de situación actual: De 1 a 31 de julio 2018 3. Elaboración de folleto con el algoritmo – agosto-septiembre 2018 4. Difusión del protocolo- a partir de 1 de septiembre 2018 5. Puesta en marcha de nuevo proceder- 10 de septiembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1060 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOS QUIRURGICOS DEL HCU LOZANO BLESA (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)

2. RESPONSABLE ..... JUAN PABLO MARIN CALAHORRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ESTELLA NONAY RUBEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MILLAN GALLIZO GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· POLA BANDRES GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SIERRA BERGUA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· COGHI GRANADOS JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA VASCULAR
· MARTIN RISCO MONICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El protocolo quirúrgico es un documento de la historia clínica esencial, que contiene información fundamental de todos los aspectos del acto quirúrgico.La cumplimentación en historia clínica informatizada de este documento permite la integración de la información y su posterior explotación, además de mejorar la legibilidad y la accesibilidad de la información allí contenida. En nuestro centro el Servicio de Cirugía General ha implantado el protocolo informático con éxito y buena cumplimentación por lo que sería adecuado ampliar la informatización de este documento a otros servicios quirúrgicos del HCU Lozano Blesa,como Traumatología, Neurocirugía y Cirugía Vascular.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Informatizar el protocolo quirúrgico de los Servicios de Traumatología, Neurocirugía y Cirugía Vascular:
-Mejorar la legilibilidad de los protocolos quirúrgicos.
-Facilitar el acceso a los profesionales a un importante documento de la historia clínica.
-Evitar la pérdida o extravío de este documento.
-Facilitar la búsqueda y análisis de datos del servicio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Cumplimentación del protocolo quirúrgico informático superior a un 70 % en 2019.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluación retrospectiva de fichas de protocolo quirúrgico realizados a través del HP Doctor, en Historia Clínica Electrónica.
La comprobación se realizará a partir de la explotación de la Historia Clínica electrónica y se comparará el periodo enero-abril 2015 con Enero-Abril 2019.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre 2018: grupo de trabajo, contacto con informática.
Octubre 2018: creación de plantillas base de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes de cada servicio.
Noviembre 2018: integración del protocolo quirúrgico informatizado en HP Doctor.
Enero 2019: valoración de los primeros protocolos quirúrgicos informatizados para detección de problemas y resolución.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. QUIRURGICAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1186 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

2. RESPONSABLE ..... ELENA CORDOBA DIAZ DE LASPRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELIA GUEDEA MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· DEITO BERTOL ANGELITA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las hemorroides son la enfermedad ano-rectal más frecuente que padece más del 50% de las personas mayores de 50 años, siendo remitidos en algún momento de su vida a consultas de coloproctología para su valoración, manejo y tratamiento.
La cirugía de la enfermedad hemorroidal sólo es necesaria en el 5-10% de los pacientes, aquellos con hemorroides grado III y IV o aquellos con hemorroides de menor grado en donde ha fracasado el tratamiento médico. El resto de la patología hemorroidal, que puede llegar a suponer el 75% de toda la patología hemorroidal, inicialmente manejada mediante las medidas higiénico-dietéticas y tratamientos tópicos, requerirán en algún momento de otras acciones por los Coloproctológos al no ser suficientemente eficaces y persistir la clínica. A este grupo de pacientes queremos ofertar los procedimientos ambulatorios instrumentales indicados para las hemorroides grado I, II y algunos III. Estos tratamientos incluyen procedimientos como: esclerosis, ligadura con bandas elásticas, coagulación con infrarrojos, coagulación con láser, crioterapia, diatermia bipolar etc. Todas estas modalidades terapéuticas pretenden fijar las almohadillas submucosas que conforman la hemorroide, al músculo subyacente para que el tejido cicatricial resultante prevenga el prolapso durante la defecación. Nuestro trabajo se focalizará en la ligadura hemorroidal mediante la banda elástica que constituye en la actualidad el modelo más extendido. Este procedimiento se basa en la aspiración de la mucosa (disminuyéndo su traumatismo al no tener que traccionar de ella) para una vez aspirada soltar una banda elástica de goma que coarte el cuello de la hemorroide. El número ideal de ligaduras por sesión es de dos, y la curación se consigue en 1-3 sesiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Las hemorroides SINTOMÁTICAS grado I, II, y algunos III son indicación de manejo mediante procedimientos instrumentales ambulatorios. La ligadura con banda elástica ofrece una mejoría real de los síntomas, siendo una alternativa real y no la antesala del tratamiento quirúrgico y esta mejoría se mantiene en el tiempo, hasta 5 años. Dentro del manejo instrumental ambulatorio hemorroidal, hemos elegido la ligadura mediante banda elástica tras revisar la literatura y comprobar que diversos estudios han mostrado que tanto para los grados I, II y parte del III, la ligadura con banda es mejor que la esclerosis. Por otro lado un 80-90% de los pacientes con hemorroides prolapsadas (G III), son aún subsidiarios de tratamiento conservador siendo la ligadura con banda el procedimiento de elección.
Así pues, nuestro objetivo principal es aplicar un procedimiento ambulatorio a realizar en consultas externas, sin ingreso hospitalario, reduciendo la inclusión en lista de espera quirúrgica (LEQ) de aquellos pacientes con hemorroides G III o cualquier grado hemorroidal (excepto G IV) con clínica de rectorragia sometidos en nuestra práctica clínica actual a los diversos procedimiento quirúrgicos: hemorroidectomía, hemorroidopexia o desarterialización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El tratamiento habitual de las hemorroides G III, G IV y aquellas con clínica de rectorragia en nuestro centro es quirúrgico: hemorroidectomía, hemorroidopexia o desarterialización. Esto implica su inclusión en la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) con su correspondiente tiempo de espera, su ingreso hospitalario y una estancia hospitalaria de al menos 24 horas tras la cirugía. Pretendemos incluir en la cartera de servicios de la Unidad de Coloproctología un procedimiento basado en el manejo instrumental AMBULATORIO para aquellos pacientes con hemorroides SINTOMÁTICAS grado I, II, algún III y cualquier grado (excepto G IV) con clínica de rectorragia, reduciendo el abordaje quirúrgico de un subgrupo de pacientes con patología hemorroidal.

Recursos necesarios:
- Anamnesis y exploración clínica por un Coloproctólogo
- Aceptación por parte del paciente mediante firma del Consentimiento Informado
- Tacto rectal y Anuscopia
- Ligaduras HaemoBand©
- Sistema de aspiración.
- Programación de los pacientes en 1-2 medias consultas/mensuales

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
A. Valoración mediante encuesta previa y posterior al tratamiento
B. Evaluación de resultados y monitorización de complicaciones:

Proyecto: 2018_1186 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

1. Disconfort: si/no
2. Tenesmo: si/no
3. Dolor: si/no
Escala analógica-visual (0-10)
4. Rectorragia: si/no
si ha tenido: día de aparición
5. Fiebre
6. Retención aguda Urinaria (RAU)
7. Sépsis pélvica (infección sinergística)

El tratamiento es efectivo y mantenido en el tiempo entre el 77 y el 91% de los pacientes

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio de inclusión de pacientes en Junio de 2018 y desarrollo del procedimiento hasta junio 2019. Posterior evaluación de resultados y difusión del procedimiento.

Responsables:
Dra Manuela Elia Guedea
Dra Elena Córdoba Díaz de Laspra

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1198 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... MANUELA ELIA GUEDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· DIARTE ABENIA MARIA CARMEN. ESTOMATERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PALACIOS FRANCO MARIA GEMMA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La cirugía rectal cada vez más radical, trajo consigo el aumento de la tasa de complicaciones como la dehiscencia anastomótica. Medidas como la creación de una ileostomía de protección (IP) fueron adoptadas para reducir la morbi-mortalidad tras la escisión mesorrectal total en pacientes con cáncer rectal sometidos a tratamiento neoadyuvante. Pero la IP conlleva inconvenientes como la necesidad de una nueva intervención para su cierre, disminución de la calidad de vida durante el tiempo que se mantiene en uso y las complicaciones generadas tras el cierre de la misma. El íleo paralítico postoperatorio (IPP) es el que presenta una mayor incidencia provocando un aumento de la estancia hospitalaria y un mayor gasto sanitario. Otras complicaciones como: íleo mecánico, fuga anastomótica o la hemorragia también están presentes, además de la hernia ventral postoperatoria.

En ausencia de complicaciones proponemos el cierre precoz de la IP, sin embargo en aquellos pacientes en los que es necesario administrar quimioterapia postoperatoria suele retrasarse hasta después del fin de la misma. El cierre tardío de una IP conlleva una serie de cambios estructurales adicionales que podrían influir al desarrollo del IPP, atribuible al intestino eferente excluido del tránsito intestinal. La motilidad y la absorción del intestino delgado están estrechamente relacionadas con la estructura de la mucosa y del músculo, y los cambios estructurales que se producen tras la creación de la IP contribuyen al desarrollo del IPP. Se han estudiado los cambios intestinales producidos tras la creación de una IP, mostrando una pérdida de contractilidad de la capa muscular y una atrofia de las vellosidades intestinales, causa de “obstrucción funcional” intestinal tras la reconstrucción del tránsito y del desarrollo del IPP. Otros estudios han analizado los cambios morfológicos tras una IP mostrando un aumento del tamaño de las vellosidades intestinales y del espesor de la mucosa en el segmento proximal ileostómico.
El IPP representa la complicación más frecuente tras el cierre de la IP con un aumento en la morbimortalidad asociada al procedimiento e implicaciones socioeconómicas como: estancia hospitalaria prolongada y mayor gasto sanitario. En las series publicadas la incidencia del IPP varía entre el 10 y el 32%. En nuestra Unidad el IPP tras cierre tardío de ileostomía es del 15,10% y la estancia postoperatoria de 11,74 días (DE 15,74). Por tanto proponemos la estimulación del cabo eferente para intentar disminuir el IPP con la consiguiente reducción de la estancia media cuando el cierre deba demorase mas allá de los 6 meses.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estudio prospectivo randomizado que compara estimulación intestinal a través del asa eferente de IP previa a su cierre, frente a la no estimulación. Analizaremos si disminuye la incidencia de IPP en los pacientes estimulados frente a los no estimulados, esperando reducir la incidencia de IPP por debajo del 5%.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La estimulación se realiza de manera ambulatoria, tres veces por semana durante las tres semana previas a la intervención quirúrgica. Método: introducción de sonda urológica de 16 o 18 CH a través del asa eferente de la ileostomía. La solución está compuesta por 500 ml de suero salino fisiológico asociado a 30 gramos de espesante nutricional para enlentecer el tránsito intestinal La velocidad de infusión debe ser lenta (5 jeringas de 100 cc durante 20 minutos).
Se precisará POR SESION: 500 cc de suero fisiológico, 30 gramos de espesante nutricional, 1 jeringa urológica de 100 ml, 1 sonda urológica de silicona de 16 o 18 CH, guantes y compresas.
Tras tres semanas de estimulación se programará cierre de ileostomía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Durante el período de estimulación disponemos de un formulario donde se valoran diariamente y hasta el día de la cirugía los parámetros:
- Dolor abdominal.
- Expulsión de gases y heces.
- Número de deposiciones
- Capacidad de control de deposiciones.
- incidencias

2. Analizaremos la incidencia de IPP en ambos grupos de pacientes y estableceremos si la estimulación del cabo eferente es un factor determinante en la incidencia de IPP.

Proyecto: 2018_1198 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

a. Número de pacientes con IPP/Número de pacientes sometidos a estimulación del cabo eferente
b. Número de pacientes con IPP/Número de pacientes grupo control
c. Días para inicio de ingesta
d. % total de pacientes sometidos a estimulación/% de IPP
e. % complicaciones en ambos grupos (Clavien-Dindo)
f. Estancia media global y estratificada por grupos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio de inclusión de pacientes: mayo de 2018 y desarrollo del procedimiento basando el tamaño muestral calculado según el análisis retrospectivo de complicaciones postquirúrgicas tras el cierre de ileostomía. Ajustando un 15% de pérdidas, establecemos 32 pacientes por grupo para un nivel estadístico del 95% y una potencia de 0.8 (final probable 2020)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1285 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALLUE CABAÑUZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA
· PEREZ PANZANO ESTHER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA
· HERNAEZ ARZOZ ALBA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GIL ROMEA ISMAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA
· VALCARRERES RIVERA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA
· SOUSA DOMINGUEZ RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA
· GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE MAMA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hasta un 50% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama experimentan niveles elevados de malestar emocional, ansiedad (relacionada con su apariencia,sexualidad y autoestima), depresión y peor calidad de vida. A pesar de que la cirugía conservadora es el gold estándar del tratamiento quirúrgico del cáncer mama, hasta un 30-50% de mujeres precisan mastectomía, lo que se suma al impacto del diagnóstico de cáncer. La reconstrucción inmediata cuenta con grandes ventajas psicológicas y económicas, pero no es garantía de satisfacción completa a largo plazo. Uno de los aspectos en que coincide la literatura y que incide en la calidad percibida por las pacientes, es en la necesidad de información antes de tomar la decisión. En este sentido es importante conocer las carencias ante la información que se proporciona, con el fin de dotar de instrumentos a los profesionales para mejorarla.Conociendo la experiencia de nuestras propias pacientes podremos elaborar planes para mejorar la calidad de la atención percibida en los diferentes puntos del análisis.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer las vivencias, expectativas y grado de satisfacción percibida de las pacientes sometidas a mastectomía y reconstrucción inmediata. Se evaluarán cinco áreas.1)El impacto del diagnóstico del cáncer.2)Información recibida ante la intervención.3)Las experiencias en el postoperatorio.4)Cumplimiento de expectativas.5)Satisfacción con la decisión tomada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán encuestas de satisfacción validadas internacionalmente (BreastQ test) así como entrevista personalizada a las pacientes durante las visita postoperatorias, con la colaboración del personal de enfermería de la Unidad de Mama. En la entrevista se incluirán preguntas relacionadas con la experiencia ante la operación, con la información recibida antes de la cirugía pro¬puesta, con la experiencia después de la intervención, sobre las cicatrices, efectos secundarios, complicaciones y secuelas, sobre el pecho reconstruido y si volvería a pasar por la misma experiencia de la reconstrucción.Se evaluará la relación entre la calidad de la información recibida sobre el tratamiento por parte de los profesionales y las expectativas derivadas de la información proporcionada.
Por último, se solicitaron ideas destinadas a mejorar la calidad de la información en cuanto al tema, en concreto, de la reconstrucción mamaria después de la mastectomía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para monitorizar el proyecto y los resultados nos basaremos en el módulo de reconstrucción BREAST-Q postoperatorio, que está compuesto por nueve escalas que pueden utilizarse de forma independiente. Encontramos referencias en la literatura, relativas a estudios de mayor envergadura que determinan los valores a alcanzar en nuestro proyecto. Eltahir et al (2013) compararon mujeres con reconstrucción mamaria frente a mujeres mastectomizadas sin reconstrucción. Las mujeres reconstruidas obtuvieron mayor puntuación en satisfacción con los pechos (p=0.003), bienestar psicosocial (p=0.008), bienestar sexual (p=0.007) y satisfacción con la cirugía (p=0.001).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realización de entrevistas y encuestas a las pacientes intervenidas entre agosto de 2018 y Diciembre de 2018.Responsables: personal de enfermería de la Unidad de Mama
Análisis de los resultados obtenidos Enero y febrero de 2019.Responsable: personal médico de la Unidad de Mama
Se comunicarán los resultados en las reuniones de la Unidad de mama para el conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en el proceso, se realizará un análisis de los puntos de mejora derivados de los resultados obtenidos y puesta en marcha de actividades para mejorar la calidad de la asistencia en este ámbito. Responsable: personal médico de la Unidad de Mama. Fecha prevista de inicio agosto 2018 y finalización marzo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1285 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1301 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

2. RESPONSABLE ..... ALBA HERNAEZ ARZOZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALLUE CABAÑUZ MARTA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GIL ROMEA ISMAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· VALCARRERES RIVERA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SOUSA DOMINGUEZ RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GUËMES SANCHEZ ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hoy en día, la reconstrucción inmediata es una práctica aceptada por todas las sociedades de patología quirúrgica mamaria, encaminada a disminuir el impacto físico y psicológico tras la realización de mastectomía oncológica.
Existen multitud de técnicas quirúrgicas reconstructivas, que van desde el empleo de implantes protésicos hasta la reconstrucción con tejidos autólogos. Cada una de ellas tiene diferentes ventajas y riesgos, así como diferentes necesidades de cuidados postoperatorios.
Un aspecto fundamental a la hora de tomar decisiones por parte de las pacientes y enfrentarse a la recuperación después de la cirugía, y que incide en la calidad percibida, es la información recibida. Dicha información, cuando es adecuada, permite elaborar expectativas realistas y, sobre todo, disminuir el nivel de ansiedad de las pacientes.
Nuestra unidad incorpora las técnicas reconstructivas inmediatas como una atención básica dentro de su cartera de servicios. Fruto de ello somos conscientes de la importancia de informar a nuestras pacientes y educarlas e implicarlas en su proceso de recuperación. Con el objeto de optimizar este proceso, proponemos la elaboración de un documento informativo acerca de cuidados postoperatorios, con los aspectos fundamentales a tener en cuenta tras el alta hospitalaria, en función del tipo de reconstrucción realizada en cada caso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El principal objetivo de este proyecto es la mejora de la atención brindada a las pacientes sometidas a mastectomía con reconstrucción inmediata en el postoperatorio temprano, una vez que la paciente es dada de alta de la Unidad de Mama. Este objetivo se pretende alcanzar por medio de la entrega por escrito de un documento de información acerca de los cuidados postoperatorios que deberán seguir dichas pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desarrollo de documento de información acerca de cuidados postoperatorios, en función del tipo de reconstrucción inmediata realizada, en relación a: manejo ambulatorio de drenajes, cuidado de heridas quirúrgicas, necesidad de visitas de enfermería, empleo de sujetadores adecuados, y realización de ejercicio físico y vuelta a la actividad habitual. Dicho documento se entregará a todas las pacientes, previo al alta hospitalaria.
Entrevista en consulta de UMAC al mes de la intervención, donde se comprobará la utilidad de dicha información, en base a la satisfacción referida por la paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El resultado de nuestro proyecto se evaluará por medio del impacto en el número de visitas no programadas a la Sala de Curas de la UMAC y a urgencias en el primer mes post-intervención. El objetivo será alcanzar un máximo de una visita a la Sala de curas y ninguna visita a urgencias, en relación a dudas sobre los cuidados postoperatorios.
Así mismo se evaluará el grado de satisfacción de las pacientes con esta estrategia por medio de entrevista en consultas, esperando obtener niveles altos de satisfacción con la información recibida.
No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios: julio 2018
Entrega al alta de dicho documento a todas aquellas pacientes intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata entre agosto de 2018 y abril de 2019.
Evaluación de la satisfacción de las pacientes con esta información a través de entrevista con ellas en la visita en Consultas al mes de la intervención.
Comunicación de resultados en las reuniones de la Unidad de Mama para el conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en el proceso y análisis de los puntos de mejora derivados de los resultados obtenidos.
Fecha prevista de inicio julio 2018 y finalización marzo 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1301 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1455 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION EN NUESTRO HOSPITAL DE UN DOCUMENTO GRAFICO DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE EJERCICIOS Y CUIDADOS TRAS LINFADENECTOMIA DEL MIEMBRO INFERIOR

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE VALENZUELA MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO CATALA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ SORIANO BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CANDEAL HARO JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CASAS SICILIA ESTEFANIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MEDRANO CID MAYRA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· DE MIGUEL HERNANDO PEDRO PABLO. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· VILLARREAL SALCEDO ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La linfadenectomía inguinal en nuestro caso es realizada por la afectación ganglionar debido a la progresión de melanomas, enfermedad cuya incidencia va en aumento y por lo tanto lo esperable es un incremento de las linfadenectomías. Las complicaciones de este procedimiento, sobre todo linfedemas, son muy invalidantes y precisan altos gastos en recursos para su tratamiento.
Nuestro proyecto está encaminado a la PREVENCIÓN de dichas complicaciones y surge ante la necesidad de información al paciente en cuanto ejercicios y cuidados especiales tras linfadenectomía del miembro inferior, NO existiendo en nuestro hospital dicha información clara y específica en el momento actual.
También se pueden beneficiar otros pacientes de Cirugía General (cáncer de recto / ano) y de los servicios de Ginecología y Urología (linfadenectomías inguinales por neoplasias)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Proporcionar información a la población diana del proyecto, para que le sirva de consulta y colaboración activa por su parte, una vez finalizada la fase hospitalaria.
Prevenir complicaciones, sobre todo linfedemas, y así evitar gran gasto en recursos (citas, hospitalización, técnicas de rehabilitación...)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de la información gráfica en forma de tríptico.
Coordinación entre los servicios implicados: Cirugía General y Rehabilitación: Reuniones semestrales del equipo.
Información del proyecto a los servicios de Ginecología y Urología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Implementación de base de datos en Servicio de Cirugía General (Inicio: principios de 2018)
Uso de bibliografía general: % linfadenectomías inguinales, % debido a melanomas,...

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2º semestre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades postlinfadenectomía del miembro inferior
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1464 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE DETECCION DE VERDADEROS ALERGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA MAYOR CON RIESGO DE INFECCION SITIO QUIRUGICO EN CIRUGIA GENERAL Y UROLOGIA

2. RESPONSABLE ..... MARIA AZUCENA GONZALO RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· LAGUNAS LOSTAO EMILIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· PEREZ TIERRA JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MARTINEZ SORIANO BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BORREGO ESTELLA VICENTE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· MATOS OROZCO OLIVIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· BRIÑEZ GIRALDO TATIANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La literatura médica publica que sólo el 10% de los pacientes que en su historia clínica está reflejado que son alérgicos a penicilina, lo son en realidad. Efectuar un correcto diagnóstico de alergia a betalactámicos es importante por las consecuencias que para el paciente tiene el poder, o no, emplear estos fármacos en futuras infecciones bacterianas. Consecuencias tanto para el paciente como a nivel hospitalario, dado que el uso de otros antibióticos (aztreonam, quinolonas…) puede aumentar el coste asistencial y puede a su vez favorecer la aparición de gérmenes multirresistentes.

El presente proyecto tiene como objetivo principal confirmar o descartar alergia a antibióticos betalactámicos, en un subgrupo de pacientes en los que la posibilidad de infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) es elevada. Concretamente en pacientes sometidos a cirugía abdominal y torácica (esófago) de complejidad elevada y con importante tasa de infecciones de sitio quirúrgico.

La tasa de infecciones nosocomiales en el paciente quirúrgico ha sido intensamente estudiada: comparte las comunes de los pacientes hospitalizados (respiratorias, urinarias, asociadas a catéter) y las específicas del paciente quirúrgico: de herida superficial o profunda y las infecciones órgano-espacio. Los estudios del EPINE 2017 arrojan datos relevantes como que el 6,54 % de los pacientes sometidos a cirugía mayor invasiva limpia-contaminada desarrollarán infección del sitio quirúrgico.

Detectamos como cirugías de elevada complejidad y considerable tasa de infección de sitio quirúrgico: duodenopancreatectomías cefálicas (unas 25 al año), reconstrucciones de tránsito post cirugía tipo Hartmann (25-30 al año), resecciones anteriores de recto y amputaciones abdominoperineales (unas 40-50 al año) esofaguectomías (unas 10 al año), cistectomías radicales (próximas a 40 al año).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo primario
Identificar inequívocamente aquellos paciente verdaderamente alérgicos a betalactámicos y localizar los falsamente etiquetados como alérgicos en un subgrupo poblacional que va a ser sometido a cirugía electiva de elevada complejidad.
Objetivos secundarios
-Optimizar profilaxis y el tratamiento antibiótico en el caso de que fuera necesario en aquellos pacientes etiquetados como alérgicos.
-Implicar a los profesionales quirúrgicos en un proceso de mejora de la calidad de uso de antibióticos
-Estimular a los profesionales quirúrgicos en su interrelación el servicio de Alergología para optimizar el manejo de los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Primera reunión de integrantes del grupo. Definición inequívoca de los pacientes sometidos a estudio.
Elaboración de hojas de colaboración tipo, previamente impresas y disponibles en las consultas.
Carteles que nos recuerden la existencia de pacientes alérgicos y la posibilidad de derivación a consultas de Alergología, disponibles en las consultas de cirugía general y urología.
Acceso preferente a las consultas de alergias avisando de la fecha de probable intervención.
Elaboración de tabla en excel o SPSS con:
-todos los pacientes y cirugías complejas a las que van a ser sometidas. (Paciente que refiere no ser alérgico / paciente con un vago conocimiento de reacción alérgica / paciente con conocimiento preciso o que aporta informe).
-estudios de alergia realizados: cutáneos, de provocación oral y/o parenteral y sus resultados.

Proyecto: 2018_1464 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO DE DETECCION DE VERDADEROS ALERGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA MAYOR CON RIESGO DE INFECCION SITIO QUIRUGICO EN CIRUGIA GENERAL Y UROLOGIA

Comunicación a los servicios de las actividades y hojas de colaboración disponibles.

Análisis de los indicadores.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número y proporción de pacientes identificados como probables alérgicos en el subgrupo de pacientes que van a ser sometidos a cirugía electiva compleja.
-Número y proporción de pacientes verdaderamente alérgicos.
-Número de pacientes evaluados por servicio de alergias en los que se permite el uso de algún betalactámico.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración y tiempo previsto será de un año prorrogable a 2.
Calendario previsto:
-Los miembros del equipo se reunirán en la primera quincena de Julio de 2018.
-Se realizará un inicio de recogida de datos en Septiembre de 2018.
-Se realizará un primer análisis de datos en Febrero de 2019.
-Se realizará una evaluación anual de resultados en Septiembre de 2019, con valoración de prórroga o finalización del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Alergias medicamentosas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1381 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO BLANCO BAIGES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LAMBAN MASCARAY NOEMI. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CASTAN BELLIDO LIDIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GOMEZ VALLEJO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hoy día el número de procedimientos quirúrgicos en Traumatología ha aumentado considerablemente respecto a las últimas décadas. Los avances son más notorios en campos específicos como la cirugía de mano y muñeca, y lo que antes eran intervenciones excepcionales hoy son cirugías cotidianas (artroscopia de muñeca, tenosuspensión por rizartrosis, transferencias tendinosas, injertos vascularizados, microcirugía, artroplastias de carpo y dedos, acortamiento de cúbito,...).
El marco legal alrededor de muchos de estos procedimientos no está del todo actualizado, y concretamente no disponemos de los consentimientos informados específicos de estos procesos.
En la práctica clínica de la consulta, al incluir a muchos pacientes en la lista de espera quirúrgica por cirugía de mano y muñeca es necesario dar al usuario un consentimiento general sobre el que hay que escribir las complicaciones específicas de cada proceso, y existe la posibilidad de no aclarar todos los posibles riesgos y complicaciones. Con respecto a cirugías convencionales (que disponen de consentimiento propio), el tiempo de consulta se incrementa notablemente y el respaldo legal es menor.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dar al paciente una información más adecuada y detallada sobre el procedimiento quirúrgico de mano o muñeca al que se va a someter.
Facilitar al facultativo la práctica clínica en la consulta.
Agilizar los trámites en la inclusión en lista de espera quirúrgica.
Ampliar el respaldo legal del facultativo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Evaluación de las cirugías de mano y muñeca realizadas en nuestro servicio durante el último año para elaborar un listado de las más frecuentes.
Revisar los consentimientos existentes en Cirugía Ortopédica y Traumatología relativos a cirugía de mano y muñeca.
Elaborar consentimientos quirúrgicos de las intervenciones más frecuentes que presenten carencias documentales.
Disponer de dichos consentimientos en la consulta para su uso.
Estas acciones se llevarán a cabo por el equipo de mejora de este proyecto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores serán:
- la realización de un mínimo de 10 consentimientos informados nuevos.
- la incorporación de los consentimientos a la práctica clínica en la consulta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los consentimientos se realizarán desde Julio hasta Diciembre del 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1415 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA

2. RESPONSABLE ..... FELICITO GARCIA-ALVAREZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBAREDA ALBAREDA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· ESTELLA NONAY RUBEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CASTILLO PALACIOS ANDRES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· BURILLO FUERTES PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· LORENZO LOPEZ RAUL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GRAN UBEIRA NESTOR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La infección asociada a artroplastia supone una grave amenaza para la salud del paciente, un deterioro de su capacidad funcional y un alto coste económico y de recursos para el sistema sanitario. La incidencia de la infección en la artroplastia primaria de cadera está cerca del 1% en artoplastia de cadera primaria, entre un 2-3% en la artroplastia de rodilla primaria, y cercana al 5% en la artroplastia de recambio de rodilla no séptica. El incremento en el número de artroplastia implantadas cada año, el envejecimiento de la población y de sus co-morbilidades asociadas, provocan que el problema se acreciente. Entre los factores asociados a este tipo de infecciones existe una parte vinculada a la técnica quirúrgica, condiciones del material y de los quirófanos, y otra parte importante asociada a la predisposición de determinados pacientes por las características de su sistema inmunológico, los tratamientos habituales o las co-morbilidades asociadas. Hay un esfuerzo continuado en la eliminación del riesgo asociado al material. Pero existe un campo de trabajo en la detección y control de los factores asociados al paciente que le predisponen al desarrollo de una infección asociada a la artroplastia. Algunos de estos factores aparecen posteriormente en el tiempo, como es el caso de la parición de infecciones en otras partes del organismo en pacientes portadores de artroplastia que provoca una bacteriemia, y esta una colonización del implante con el desarrollo posterior de una infección asociada a la artroplastia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Detección y análisis de los factores del paciente que se asocian a un mayor riesgo de infección asociada a artroplastia.
2- Control y disminución de esos factores de riesgo.
3- Educación del paciente sobre los factores de riesgo.
4- Determinación de la incidencia de infección asociada a artroplastia en nuestro medio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1-Elaboración de una ficha específica para la recolección de los datos del paciente que se incluye en lista de espera quirúrgica para la implantación de una artroplastia de rodilla, cadera u hombro.
Anamnesis sobre hábitos tóxicos, co-morbilidades y medicación habitual.
2-Sesiones formativas periódicas (1/cuatrimestre) sobre las artroplastias y sus complicaciones a los miembros del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.
3- Incorporación de dicha ficha en la historia clínica realizada en las consultas del servicio.
4- Revisión de dicha ficha y actualización al ingreso hospitalario del paciente para ser intervenido.
5- Seguimiento de dichos pacientes y detección de las infecciones asociadas.
6- Análisis de la población estudiada y correlación de los datos recogidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para el diagnóstico de la infección asociada a artroplastia se aplicarán los criterios de la Musculoskeletal Infection Society (Parvizi et al. Clin Orthop Relat Res 2011; 469(11).
Se confecionará una base con los datos recogidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio octubre de 2018.
Finalización diciembre de 2020.
Responsables: Felícito García-Alvarez, Jorge Albareda, José Manuel Lasierra, Pilar Burillo y los colaboradores indicados en el listado.
Sesiones cuatrimestrales con el servicio de Cir Ortop. y Traumatología, además de una sesión previa conjunta para la puesta en marcha de la recogida de datos en las consultas.
Al finalizar el proyecto. análisis de los resultados y publicación de los mismos en revistas científicas.

9. OBSERVACIONES.
En una segunda fase del estudio se plantearía un proyecto de mejora con intervención directa sobre los factores de riesgo detectados durante el periodo previo a la cirugía.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_1415 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1428 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

2. RESPONSABLE ..... EMILIO JUAN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PAÑO PARDO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· GARCIA GUTIERREZ CESAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MORALES ANDALUZ JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MORTE ROMEA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· GOMEZ VALLEJO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· TORRES CAMPOS ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· CASTAN BELLIDO LIDIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El número de prótesis puestas en Traumatología se multiplica cada año, requiriendo optimizar los tiempos quirúrgicos, los recursos humanos y materiales y fundamentalmente la estancia hospitalaria.
Además las prótesis de rodilla y cadera se llevan implantando desde hace muchos años lo que obliga a cirugías de recambio de dichos implantes, cirugías que son más complejas y subsidiarias de mayores complicaciones.
Un porcentaje de pacientes sufren una infección o requieren un recambio de una prótesis séptica, en uno o 2 tiempos y por lo tanto sufrirán una ó 2 intervenciones quirúrgicas más tras la prótesis inicial, con las consiguientes estancias hospitalarias y recursos necesarios.
Un elevado número de estos pacientes podrían ser dados de alta sin ningún problema, pero nos encontramos que debido al tratamiento antibiótico parenteral que requieren, deben mantener su estancia hospitalaria una media de 3 semanas, simplemente para recibir la antibioterapia necesaria, cuando si no fuera por dicho motivo, este paciente podría ser dado de alta en 5-7 días.
En nuestro hospital solo es posible administrar tratamientos antibióticos por vía intravenosa a pacientes ingresados y exclusivamente por dicho motivo se mantienen ingresados a pacientes clínicamente estables simplemente para recibir antibioterapia parenteral. Esta situación:
a) conlleva un aumento del riesgo de adquisición/transmisión de microorganismos resistentes o infecciones nosocomiales
b) supone un perjuicio para el paciente y sus familiares
c) implica un uso ineficiente de los recursos sanitarios.
d) Prolonga innecesariamente la estancia hospitalaria
e) Obliga en ocasiones a bloquear camas para no compartir habitaciones los procesos sépticos con cirugías con implantes
Para evitar esta situación de riesgo, perjuicio para los pacientes, ineficiencia para el sistema y medias elevadas de estancia hospitalaria por causas poco justificadas, existen los programas de antibioterapia parenteral de forma ambulatoria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
No puede ser que algo tan simple a priori como la administración parenteral de un antibiótico, obligue a pacientes a mantener sus ingresos hasta una media de 3 semanas, cuando en menos de una podrían estar en su domicilio, con los beneficios que reportan tanto para ellos, como para el propio sistema de Salud.
Por ello el objetivo del proyecto ha de ser la aplicación de la antibioterapia de forma ambulatoria a todos estos pacientes intervenidos de prótesis articular, que no requieren ingreso hospitalario por ningún otro motivo que el simple hecho de dicho tratamiento, logrando con ello:
a) Disminuir el riesgo de adquisición/transmisión de microorganismos resistentes o infecciones nosocomiales
b) Evitar perjuicios para el paciente y sus familiares
c) Evitar el uso ineficiente de los recursos sanitarios.
d) Disminuir llamativamente la estancia hospitalaria
e) Evitar el bloqueo y uso compartido de habitaciones en este tipo de procesos, multiplicando con ello la disponibilidad de camas para ingresos hospitalarios
f) Permitir que el paciente se incorpore antes a su actividad habitual, incluso laboral.
g) Mejorar la satisfacción del paciente con el servicio prestado

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El hospital dispone de medios humanos y materiales para poder administrar los antibióticos parenterales que estos pacientes requieren de forma ambulatoria, como la quimioterapia de los pacientes oncológicos, y lo que es más importante aún dispone del interés y ganas del servicio de Traumatología y de Infecciosos para conseguir los objetivos de este proyecto.
El paciente se iría de alta hospitalaria con su correspondiente informe, al que se adjuntaría el tratamiento antibiótico a seguir de forma ambulatoria, junto con las dosis, periodicidad, tiempo, duración y lugar de administración y se enviaría copia del mismo al personal de enfermería responsable de su administración para mayor fiabilidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
a.-Se monitorizarán el número de pacientes incluidos en el programa, así como se establecerán los motivos por los que haya pacientes que no puedan seguirlo, y se buscará en fases siguientes la mejor solución para aquellos que queden excluidos si la hubiera

Proyecto: 2018_1428 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

b.-Se estimará el ahorro en días de ingreso/mes
c.-Se estimará el aumento de camas disponibles/mes, tanto por el alta del paciente como por el desbloqueo de la habitación compartida con éste.
d.-Se valorará el grado de satisfacción personal de los pacientes que sigan el programa
e.-Se valorará el grado de decepción de los pacientes que no puedan seguirlo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Iniciar el programa lo antes posible, de cara a conseguir los objetivos del proyecto a la mayor brevedad. El proyecto se realizará durante el período de un año, y al año se valorarán los indicadores de evaluación para estimar el interés del mismo en virtud de los recursos utilizados, con el fin último de prolongar indefinidamente la terapia antibiótica ambulatoria en pacientes con artroplastia y que pase a formar parte de la cartera de servicios del centro hospitalario.

9. OBSERVACIONES.
Se trata de un proyecto que, con muy escasos recursos, ya disponibles por el centro hospitalario, puede resolver varios objetivos a cumplir en la mejora para el paciente, la eficiencia de recursos y la gestión de camas.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Procesos Infecciosos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1056 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CONEJERO DEL MAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ESCARTIN MADURGA LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la infancia pueden presentarse diferentes tipos de lesiones vasculares, como los hemangiomas infantiles, que son con diferencia los más frecuentes, y otros más raros, como el hemangioendotelioma kaposiforme o las malformaciones vasculares en todas sus variantes. Su correcto conocimiento y diagnóstico, es imprescindible para reducir errores diagnósticos, exámenes complementarios y pruebas invasivas innecesarias, y si fuera preciso, recibir el tratamiento más indicado y efectivo en cada caso. Todo ello contribuye en evitar las consultas a diferentes ("pacientes nómadas") y contribuir a una escolarización-socialización del niño con las mínimas secuelas psicológicas.
Actualmente, el tratamiento con Propanolol, ha demostrado eficacia en el tratamiento de los hemangiomas infantiles, es un tratamiento muy eficaz y seguro, pero se debe monitorizar a los pacientes. Hasta hace poco tiempo, estos pacientes eran ingresados durante 24 h para poder ser monitorizados. Actualmente la experiencia con el fármaco, permite que no sea necesario el ingreso hospitalario, sin embargo sí que es preciso monitorizar y controlar al paciente durante unas horas al inicio del tratamiento y en los aumentos de dosis del fármaco.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La consulta de lesiones vasculares está dirigida principalmente a niños recién nacidos o de corta edad que presenten lesiones sospechosas.
Con el inicio del seguimiento de las lesiones vasculares en la consulta de dermatología pediátrica se pretende que dichas lesiones sean diagnosticadas lo más precozmente posible, realizado las pruebas pertinentes, el seguimiento e iniciar el tratamiento con Propanolol u otros tratamientos en caso de que sea necesario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El inicio de dicha consulta, se comunicará al servicio de Pediatría y pediatras de atención primaria para que los niños sean remitidos a la consulta lo más precozmente posible mejorando así el pronóstico de muchos de ellos.
Los pacientes también podrán ser remitidos desde las consultas de Dermatología y desde Urgencias.
Se hará responsable de la misma la Dra. Raquel Conejero, adjunta del Servicio de Dermatología. Vamos a contar con la colaboración de una enfermera de Pediatría Mª Victoria Mallén Alastuey quien se encargará del control de las constantes necesarias al inicio y durante los aumentos de dosis de la medicación, y la valoración de los resultados previos al inicio de los tratamientos o los posibles efectos secundarios derivados del mismo lo realizará la adjunta de Pediatría Laura Escartín Madurga

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores para la monitorización del proyecto serán el número total de niños atendidos con lesiones vasculares en la consulta de Dermatología Pediátrica, el número de niños candidatos al tratamiento con Propanolol, que serán monitorizados en las consultas de pediatría de nuestro hospital, y el seguimiento de los mismos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De Junio a Diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1061 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA CONEJERO DEL MAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La hidradenitis supurativa es una enfermedad cutánea crónica, inflamatoria, recurrente y debilitante del folículo piloso, que se presenta habitualmente con lesiones dolorosas, profundas e inflamadas en las áreas del cuerpo que albergan glándulas apocrinas, y son más frecuentes en las regiones axilares, inguinales y anogenitales. Se trata de una entidad de difícil manejo, ya que, en muchas ocasiones, es complicado precisar la verdadera naturaleza y la extensión de las lesiones. La ecografía cutánea permite una visualización en tiempo real de las estructuras cutáneas en estudio que define el tipo de lesión, su extensión anatómica y el grado de actividad inflamatoria, lo que repercutirá en el manejo adecuado del paciente. Es una técnica útil en el diagnóstico, el estadiaje de la enfermedad y el seguimiento y monitorización de la respuesta al tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población a la que va dirigido este proyecto es a todos aquellos pacientes que presenten lesiones inflamatorias recidivantes inguinales, axilares o anogenitales, de cualquier edad o sexo, que hayan sido valorados en consultas de Atención primaria, Cirugía, Dermatología o Urgencias. El objetivo que se desea obtener es poder diagnosticar, estadificar, y monitorizar a los pacientes, tanto si precisan tratamiento médico convencional, tratamiento biológico o cirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para el desarrollo de dicha actividad se cuenta con una consulta mensual en las consultas de dermatología, donde se valoraran los pacientes según la demanda de dicha patología. En dicha consulta se cuenta con un ecógrafo, el cual será utilizado para la valoración de dichas lesiones al inicio del tratamiento así como la respuesta a los fármacos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se considerara como indicador el número de pacientes valorados en la consulta de hidradenitis supurativa, así como el nº de pacientes que precisen de la utilización del ecógrafo para el seguimiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde Junio a Diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0146 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE L A ESCUELA DE CELIACOS EN HCU LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR ALONSO ESTEBAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REMACHA TOMEY BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad celíaca (EC) es la enfermedad crónica intestinal más frecuente en España, estimándose una prevalencia del 1%.
El único tratamiento para controlarla, se basa en la instauración y cumplimiento exhaustivo (estricto y de por vida) de una dieta exenta de gluten (DEG).
En la actualidad, los pacientes recién diagnosticados no cuentan con ningún tipo de educación terapéutica especializada. La implementación de un proceso educativo favorecería en gran medida la adhesión a la dieta terapéutica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Adquisición por parte de los pacientes de los conocimientos y habilidades necesarias para el manejo de la enfermedad celiaca.
- Potenciar la motivación, capacidad y recursos necesarios para una adecuada adherencia al tratamiento dietético.
- Garantizar el seguimiento de los pacientes celiacos del Sector Zaragoza III

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Captación de la población a través de la consulta de EC del HCU “Lozano Blesa” de Zaragoza.
2.- Organización de la educación terapéutica:
2.1- Destinatarios: Dirigido a pacientes celíacos recién diagnosticados
2.2- Inscripción: Se realizará en la consulta de EC del HCU.
2.3- Programación de la educación terapéutica:
2.3.1. Contenido:
Enfermedad Celíaca (etiopatogenia, cronicidad).
Consecuencias de la falta de adherencia a la dieta.
Cómo realizar una dieta equilibrada exenta de gluten.
Adquisición de competencias de autocontrol y de autoadaptación al nuevo estatus.
2.3.2. Sesiones:
Educación grupal con dos talleres teórico-prácticos por paciente, con una duración total de la misma de 5 horas
Realización consulta individualizada en los pacientes con una inadecuada evolución
3.- Evaluación de la formación: indicadores
4.- Seguimiento del paciente

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Grado de conocimientos de los pacientes/familiares celiacos (antes/después de educación terapéutica). Medido mediante cuestionario de conocimientos.Valor a alcanzar 70% de aciertos en cuestionario final
- Grado de satisfacción de los pacientes/familiares, valorado mediante encuesta de satisfacción.Valor a alcanzar 7.5 sobre 10.
- Número de talleres realizados de educación terapéutica. El objetivo es realizar 4
- Número de pacientes/familiares que han realizado los talleres de educación terapéutica, el objetivo es 25

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Octubre 2017: inicio de los talleres
Junio 2018: finalización de los talleres

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1163 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EIMPLANTACION DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DELHCU LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... CARLA JERUSALEN GARGALLO PUYUELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMOLLON GARCIA FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· ARROYO VILLARINO MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· MONTERO MARCO JESICA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· ALFAMBRA CABREJAS ERIKA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el Hospital Clínico Universitario existe la Unidad de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) integrada por 3 médicos especialistas en Digestivo y 2 enfermeras. En dicha Unidad se atiende a 1550 pacientes. El tiempo total dedicado a la consulta de EII por los 3 médicos es de 28 horas/semana. El hecho de que la enfermedad curse a brotes conlleva que en muchas ocasiones los pacientes deban ser atendidos fuera de sus citas previstas de forma muy preferente (< 3 días). Además, muchos pacientes precisan tratamiento de mantenimiento con inmunomoduladores o biológicos, que precisan controles periódicos. En nuestra Unidad, 700 pacientes llevan tratamiento con inmunomoduladores, y 291 con biológicos. Por tanto, el carácter impredecible de la evolución y la necesidad de realizar controles periódicos máximo cada 4-6 meses aún en los periodos de remisión clínica junto con el número limitado de horas que puede dedicar el personal médico conlleva que en ocasiones la lista de espera sea mayor de la deseable y no se puedan cumplir los plazos de seguimiento que estipulan las guías clínicas actuales. Por otra parte, la posible aparición de brotes requiere que los pacientes tengan acceso a la atención por parte de su especialista de forma precoz. Nuestro proyecto consiste en la implantación de forma progresiva de una atención multidisciplinar del paciente con EII, que incluya atención médica y atención de enfermería especializada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Realización de un protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con inmunomoduladores en una Consulta de Enfermería. Los pacientes que estén en periodo de remisión podrán ser visitados de forma alternante por la enfermera y el médico. Esto permitirá que dichos pacientes, si se están en remisión y sin efectos secundarios, sean vistos 1 vez al año por el médico. Se pretende disminuir la lista de espera, ajustando al máximo los periodos de seguimiento recomendados por las Guías, así como la posible liberación de huecos de la consulta para la atención de pacientes con brote o efectos adversos que precisen atención muy preferente
2. Implantación de la telemedicina (teléfono y correo electrónico) en la Unidad de EII. Esto permitirá un acceso a la atención por parte del especialista en EII de forma precoz. El teléfono móvil y el correo estarán activos las 24 horas/día y 365 días/año. El teléfono se contestará de 8:00 a 15:00 horas. En el resto de horarios el paciente podrá dejar 1 mensaje y se le contactará en < 24 horas de lunes a viernes y en <72 horas el fin de semana. Por ambos medios se contestaran dudas y se procederá a la citación de forma preferente (3-5 días) en la consulta a aquellos que precisen atención presencial. Se pretende lograr una atención más personalizada al paciente, una disminución en las visitas a Urgencias en periodos de brote y una disminución del número de ingresos en Hospitalización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Para la implantación de un protocolo de seguimiento de inmunomoduladores se realizará: a) revisión exhaustiva de la última evidencia disponible, b) redacción de protocolo escrito de actuación y c) varias sesiones docentes por parte del personal médico a la enfermera responsable para la solución de dudas del protocolo y simulación de situaciones posibles
2. Para la implantación de la telemedicina se habilitará una línea telefónica directa y una cuenta de correo institucional. Inicialmente la enfermera especialista en EII atenderá a ambos medios y trasmitirá a los médicos responsables de cada paciente las dudas o cuestiones planteadas por el paciente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se monitorizarán los siguientes aspectos:
- Número de pacientes con EII en tratamiento con inmunomoduladores atendidos anualmente por la Enfermera especializada en EII
- Número de llamadas atendidas y Ratio de llamadas/paciente
- Tiempo medio de respuesta desde recepción de mensaje telefónico
- Número de emails recibidos y Ratio de emails / paciente
- Tiempo medio de respuesta al email
- Ratio de consultas resueltas mediante telemedicina sin precisar consulta presencial
- Encuesta de satisfacción a los pacientes sobre el servicio de telemedicina

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración de protocolo para seguimiento de pacientes en tratamiento con inmunomoduladores: 3 meses.

Proyecto: 2018_1163 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EIMPLANTACION DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DELHCU LOZANO BLESA

Derivación anual desde la consulta médica a la consulta de enfermería a los pacientes candidatos. Si los resultados son positivos se mantendrá esta actividad indefinidamente.
Repartición de hoja informativa con número de teléfono, dirección de correo electrónico y profesionales responsables a todos los pacientes que acudan a la consulta de EII en nuestra Unidad. La monitorización de la actividad generada se evaluará al año y se realizará posteriormente encuesta de satisfacción a los usuarios.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1191 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE TRASPLANTE HEPATICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TRINIDAD SERRANO AULLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LORENTE PEREZ SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· MARECA DOÑATE ROSA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· PAÑO PARDO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· LAMARCA IRANZO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· GARCIA GIL AGUSTIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CORTES GARCIA LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· LUE ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Trasplante Hepático (TH) es uno de los procesos más complejos de la asistencia sanitaria, debido a su alta tecnificación, consumo de recursos y gran cantidad de servicios implicados. Uno de los aspectos más importantes es la atención en planta de hospitalización que supone un volumen importante dentro del Sº de Aparato Digestivo (SAD), ocupando entre 7 y 9 camas diarias. En la actualidad estos pacientes ocupan cualquier cama del servicio por lo que habitualmente están a cargo de personal de enfermería que además atiende a otros pacientes en muchas ocasiones con enfermedades transmisibles. Además, los cuidados de enfermería que necesita el paciente con TH son muy específicos y diferentes de los que necesitan otros pacientes de Digestivo. Por otra parte, el SAD dispone de 7 habitaciones en la planta 9A, compartiendo espacio con el Sº Hematología. Gran parte de los pacientes hematológicos presentan algún grado de inmunosupresión, lo que hace altamente desaconsejable que compartan personal de enfermería con pacientes gastroenterológicos con alta prevalencia de patología infecciosa. Finalmente, el TH es un proceso complejo y con un elevado gasto sanitario. Disponer de herramientas de gestión y medir indicadores de este proceso es imprescindible para poner en marcha análisis de resultados y proyectos de mejora.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar la atención médica y los cuidados de enfermería del paciente trasplantado hepático.
2. Mejorar la seguridad del paciente trasplantado hepático.
3. Posibilitar la utilización de herramientas de gestión que permitan implantar proyectos de mejora en este proceso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
UBICACIÓN Y COMPOSICIÓN: Estará ubicada en las camas del SAD situadas en el ala de Hematología y comprenderá 7 habitaciones que atenderán a un total de 9 pacientes, cinco en habitaciones individuales y cuatro en 2 habitaciones compartidas. La ubicación en el ala de Hematología ayudará a garantizar la seguridad tanto de los pacientes con TH como los hematológicos. Se dispondrá además de una sala de trabajo equipada. Para ello, se puede reutilizar alguna de las ya disponibles en la planta 9 y que esté infrautilizada o dedicar una de las habitaciones a este fin, disminuyendo el número de camas de la UHTH.
PATOLOGÍA ATENDIDA. Pacientes: que precisen ingreso hospitalario en relación con el TH o patologías derivadas del mismo; en lista de espera de TH que requieran ingreso hospitalario; derivados de otros centros para la realización del estudio pre-trasplante de modo urgente o preferente y que no puedan ser adecuadamente atendidos de forma ambulatoria y aquellos que vayan a ser trasplantados para su evaluación preoperatoria inmediata.
PERSONAL DE ENFERMERÍA: una única enfermera y auxiliar por turno.
PERSONAL MÉDICO: equipo compuesto por un hepatólogo y un cirujano del Equipo de TH.
CÓDIGO ADMINISTRATIVO PROPIO: Este aspecto es imprescindible para que funcione realmente como una unidad con camas propias y para que se pueda realizar un análisis adecuado de sus indicadores y de la asignación de recursos.El código propuesto es DIGTH
PROTOCOLOS MÉDICOS DE LA UNIDAD: La atención médica de los pacientes ingresados se regirá por los protocolos que están siendo diseñados por el equipo de TH y que seguirán la Norma Española del Sistema de Gestión de la Calidad para las Unidades de Trasplante Hepático, UNE 179008:2016. Además, Las actividades de vigilancia, prevención y control de infecciones se guiarán por protocolos específicos del Sº de Medicina Preventiva y Salud Pública.
BUZON DE SUGERENCIAS: para analizar periódicamente las inquietudes y necesidades de nuestros pacientes y poder realizar mejoras que repercutan en una mejor atención percibida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
CLINICOS: Siguiendo Las recomendaciones de la UNE 179008:2016, se proponen los siguientes indicadores:Mortalidad precoz post-trasplante hepático;porcentaje de complicaciones quirúrgicas; porcentaje de re-intervenciones quirúrgicas; incidencia de pacientes con infección nosocomial; incidencia de pacientes infectados o colonizados por gérmenes multirresistentes; satisfacción del paciente trasplantado
DE GESTIÓN: estancia media; índice de ocupación; reingresos; índice de rotación; presión de urgencias; complejidad de la patología atendida y gasto farmacéutico. Los indicadores se evaluarán anualmente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_1191 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE TRASPLANTE HEPATICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

La puesta en marcha de este proyecto puede realizarse de forma rápida una vez sea decidida la fecha de implantación. Las semanas anteriores a la implantación, se realizarán actividades de formación específicas al personal de enfermería. Además, se dará una sesión en el Sº de Urgencias para explicar la creación de la unidad y el cambio administrativo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1200 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... SARA LORENTE PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO AULLO MARIA TRINIDAD. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· CORTES GARCIA LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· LUE ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO
· GARCIA RAYADO GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La cirrosis hepática (CH) descompensada es la causa más frecuente de reingreso en el Servicio de Digestivo. En el año 2014 y según datos de la Unidad de Codificación e Información Clínica, los reingresos por enfermedad hepática supusieron al menos 165 episodios en 61 pacientes y se asociaron a una mortalidad del 25%. Por lo que uno de los aspectos más importantes en ese proceso, es incluir en el mismo una atención en Hospital de Día. Está ampliamente demostrado con experiencias nacionales e internacionales, que el control periódico de los pacientes cirróticos descompensados en una unidad ambulatoria en la que se pueda ajustar la medicación según las alteraciones analíticas, realizar paracentesis evacuadoras, etc. evita ingresos y aumenta la supervivencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Mejorar la Supervivencia de los pacientes con CH descompensada
2. Disminuir la necesidad de ingresos hospitalarios en pacientes con CH descompensada
3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes con CH descompensada

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA
PROCEDIMIENTO:
Los pacientes son derivados desde la consulta de Digestivo, desde el S. Urgencias o una vez dados de alta desde la planta de hospitalización.
INDICACIONES
-Cualquier cirrótico con ascitis que no se controla adecuadamente con diuréticos.
-Ascitis refractarias
-Pacientes con intolerancia a los diuréticos.
-Control analítico en pacientes recién dados de alta hospitalaria (para acortar estancia hospitalaria)
SISTEMÁTICA EN EL HOSPITAL DE DÍA
-Al paciente lo recibe una auxiliar y una enfermera.
-Se le ofrece una cama o un sillón.
-La enfermera le extrae la analítica de sangre y cursa dicha analítica más la orina que aporta el paciente.
-Se deja un vía venosa para infusión de albúmina.
-Selecciona a los pacientes a los que hay que realizar una paracentesis evacuadora.
-El médico procede a la paracentesis evacuadora y se recoge una muestra para bioquímica del líquido ascítico.
-Se infunde albúmina en función de los litros de líquido ascítico drenado.
-El médico revisa el resultado de la analítica urgente y ajusta el tratamiento del paciente y emite un informe y decide cuando tiene que volver dicho paciente al hospital de día (variable: de 1-3 semanas)
-Una vez que haya dejado de drenar la enfermera le retira el catéter y la vía venosa y se procede al alta con el informe del médico
Se realizarán periódicamente encuestas de satisfacción y además, se dispondrá de un BUZON DE SUGERENCIAS para analizar periódicamente las inquietudes y necesidades de nuestros pacientes y poder realizar mejoras que repercutan en una mejor atención percibida.DOTACIÓN DE PERSONAL
-Médico
-Enfermera (ya disponible en la Unidad de Endoscopias en turno de tarde)
-Auxiliar de clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Supervivencia de los pacientes con CH atendidos en el Hospital de Día de Hepatología
-Tasa de infecciones nosocomiales y de infecciones por gérmenes multiresistentes en estos pacientes
-Tasa de reingresos de los pacientes con CH descompensada atendidos en el Hospital de Día de Hepatología
-Satisfacción del paciente
Los indicadores se evaluarán semestralmente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La implantación del Hospital de Día de Hepatología se puede realizar de forma rápida ya que se dispone de la infraestructura y del personal necesarios a excepción de un/a auxiliar de enfermería dos tardes a la semana.
En un futuro y solo si fuese necesario por incremento importante de la demanda, se podría ampliar el horario a más tardes de la semana.

Proyecto: 2018_1200 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Se considera un proyecto que tras su implantación se mantendrá de forma permanente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0110 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JASA ARDANAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBAREDA ALBAREDA JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GUILLEN ANTON JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· VILLARREAL SALCEDO ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· BLANCO RUBIO NIEVES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· MOZOTA DUARTE JULIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· BURILLO FUERTES PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La fractura de cadera es un proceso muy frecuente en nuestro hospital (1,4 fracturas/día).
La variabilidad en el momento de la intervención quirúrgica condiciona inequidad en la atención a este tipo de pacientes.
No ha sido posible implementar una vía de práctica clínica.
Pacientes ancianos que consumen recursos de hospitalización, enfermería, rehabilitación, nutrición.
La cirugía urgente de cadera es claramente insuficiente (25%).
La demora en el momento quirúrgico genera hospitalizaciones innecesarias, puede incrementar las complicaciones y la mortalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar la cirugía precoz de la fractura de cadera (90% en menos de 2 días)
Disminuir la mortalidad respecto al año 2017
Disminuir morbilidad añadida: IRAS, TEP, respecto a 2017
Realizar una Atención integral al paciente
Disminuir las estancias innecesarias
Iniciar de forma precoz la RHB
Fomentar el empoderamiento del paciente afecto de Fractura de Cadera
Llevar a cabo educación al paciente y cuidadores

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecimiento del proceso de cadera COT-RHB
Quirófano específico de urgencias diferidas
Incremento de la actividad quirúrgica urgente en turno de tarde
Sería deseable incrementar la plantilla orgánica de fisioterapeutas
Sesión Clínica Hospitalaria informativa
Información a pacientes y cuidadores en talleres

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Días hasta cirugía de fractura de cadera < 2: (Estándar: 80%)
Análisis comparativo de mortalidad en pacientes con fx de cadera en 2016 y 2017 frente a datos postimplantación de "Proceso de Cadera" 2018
Análisis comparativo de complicaciones (morbilidad) en pacientes con fx de cadera en 2016 y 2017 frente a datos postimplantación de "Proceso de Cadera" 2018
Coordinación entre servicios implicados: elaboración e implantación vía clínica (Estándar: SÍ)
Análisis comparativo de estancias medias postimplantación de Proceso de Cadera 2018 versus estancias en 2016-2017
% Inicio de RHB a las 48h postcirugía (Estándar: 80%)
Nª de talleres realizados con cuidadores (Estándar: 3)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Establecimiento del proceso de cadera COT-RHB: primer semestre 2018
Quirófano específico de urgencias diferidas: primer semestre 2018
Incremento de la actividad quirúrgica urgente en turno de tarde: primer semestre 2018
Incrementar la plantilla orgánica de fisioterapeutas: 2018
Sesión Clínica Hospitalaria informativa: segundo semestre 2018
Información a pacientes y cuidadores en talleres: segundo semestre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0110 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0673 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL ILUNDAIN GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO ORNA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· GARCIA GARCIA BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según Instrucción de 16 de mayo de 2016 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, la atención a personas transexuales debe ser coordinada en el sector III por el Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Debido a la complejidad de la asistencia y a la necesidad de involucrar a varios Servicios, puede ser conveniente la constitución de un equipo multidisciplinar que garantice la atención satisfactoria a estas personas.
En particular es necesaria una cuidadosa selección del momento de inicio y monitarización del tratamiento hormonal sustitutivo así como del tratamiento quirúrgico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Mejorar la calidad de la asistencia a personas con incongruencia de género mediante el diseño de un proceso asistencial adecuado a sus necesidades
2.- Facilitar el acceso a atención especializada multidisciplinar
3.- Reducir la variabilidad en el tratamiento hormonal de los sujetos para garantizar los mejores resultados fenotípicos, reduciendo los potenciales efectos secundarios
4.- Lograr una adecuada satisfacción de las personas con incongruencia de género con los resultados del tratamiento

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades y oferta de Servicios

Población diana: Personas con una identidad de género percibida diferente de la que tienen asignada desde el nacimiento con una duración superior a los 6 meses. Puede o no ir acompañada de disforia y problemas de adaptación social. En el Servicio de Endocrinología se atenderían personas con edad igual o superior a los 14 años (antes de esa edad deberían haber sido evaluados en pediatría, con transferencia al Servicio de Endocrinología cuando cumplan los 14 años).

Actividades:
1.- Evaluación de jóvenes y adultos
1.1 El diagnóstico de incongruencia / disforia de género debería realizarse por profesionales de salud mental cualificados y con experiencia. Debe excluirse patología psiquiátrica acompañante
1.2 No debe realizarse tratamiento farmacológico antes del inicio de la pubertad, pero el niño puede haber adoptado un rol adecuado al sexo deseado para comprobar que mejora su calidad de vida
2.- Adolescentes
2.1 Se debe suprimir la pubertad tras su inicio, con análogos de GnRH
2.2 Se puede iniciar el tratamiento con hormonas sexuales a partir de los 16 años si persiste la indicación
2.3 Se debe realizar monitorización clínica y analítica periódica
3.- Adultos
3.1 Se debe dar tratamiento con hormonas sexuales si se confirman los criterios diagnósticos
3.2 Hay que descartar contraindicaciones al tratamiento con hormonas sexuales
3.3 Se debe realizar monitorización clínica y analítica a largo plazo, con cribado adecuado de cáncer genital
4.- Cirugia de reasignación sexual
4.1 Solo debe realizarse si un equipo multidisciplinar consensúa que es médicamente necesaria y que beneficiará al paciente
4.2 En general sólo debe hacerse a partir de los 18 años y tras información sobre opciones de fertilidad. Debe de haber habido tratamiento adecuado y satisfactorio durante más de 1 año con hormonas sexuales.

Oferta de Servicios: consulta monográfica en Servicio de E y N con evaluación y monitorización periódica de la suplencia hormonal. Derivación a otros especialistas necesarios.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Adherencia al protocolo: personas que consultan por incongruencia de género atendidas según protocolo/total de personas derivadas por este motivo.
Estándar: >50%
Se realizará evaluación anual de la actividad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0673 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO

Se prevé la consolidación del proceso asistencial en el tiempo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0704 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BLASCO LAMARCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO ORNA JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· BENITO ORMEÑO ANA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· GARCIA GARCIA BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La diabetes gestacional (DMG) se define como la intolerancia a la glucosa diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
La diabetes mellitus durante el embarazo es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones materno-fetales. Dada la necesidad de una monitorización estrecha de las pacientes, es preferible una coordinación efectiva entre los Servicios de Endocrinología y de Obstetricia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.- Reducir la frecuencia de DMG no diagnosticada durante el embarazo, mediante un cribado adecuado de toda gestante. En caso de que no sea posible la realización del test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG), se debe aplicar un tratamiento y control similar al de la paciente con DMG.
2.- Considerar la diabetes diagnosticada en el primer trimestre como diabetes previa a la gestación, siguiendo las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes.
3.- Consensuar con el servicio de Obstetricia la dieta indicada según el Índice de masa corporal (IMC) previo de la paciente para alcanzar unos resultados materno-fetales lo más favorables posibles.
4.- Integrar la actividad de educación diabetológica de la paciente con DMG en las funciones de las matronas, como pieza clave en el tratamiento, seguimiento y control de dichas pacientes. De este modo puede reducirse el número de visitas de la paciente con DMG a la consulta de endocrinología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Población diana: Pacientes con gestación confirmada
Actividades
1.- Cribado de DM durante el primer trimestre (mismos criterios que fuera de la gestación) cuando existan factores de riesgo. Dado que no hay uniformidad en las guías, durante una fase transitoria se contempla realizar simultáneamente medición de glucemia basal, HbA1c y test de O´Sullivan.
2.- Cribado de DMG durante el segundo trimestre. Toda paciente gestante debe ser sometida al cribado de DMG mediante el test de O'Sullivan. En aquellas pacientes con prueba positiva debe realizarse como confirmación el TTOG.
3.- Cribado de DMG durante el tercer trimestre:
- Gestantes no estudiadas previamente.
- Gestantes con cribado normal en segundo trimestre ante el desarrollo de polihidramnios o aumento de perímetro abdominal fetal. En estos casos se realizará directamente un TTGO.
4.- Derivación de pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes durante el embarazo a consulta monográfica de endocrinología. Se realizará evaluación inicial, orientación terapéutica y planificación de control postparto. Se revisarán periódicamente las pacientes que no cumplan los objetivos glucémicos con medidas higiénico-dietéticas y sean tributarias de iniciar tratamiento farmacológico:
El tratamiento de elección es la insulina.
5.- Control por educadora o matrona tras la visita inicial. Se realizará educación dietética (dieta y ejercicio) e instrucción en la técnica de autoanálisis de glucemia y cetonuria. Se orientará sobre niveles de alerta por glucemia elevada. Ante niveles anormales se realizará derivación inmediata a consulta de endocrinología si la paciente no lleva tratamiento con insulina. Si la paciente ya está insulinizada el ajuste de dosis podrá realizarse por la educadora o matrona, pero se dispondrá de contacto estrecho con endocrinólogo para resolución de dudas.
La frecuencia de visitas será cada 1 ó 2 semanas según el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
6.- Seguimiento y control obstétrico similar al de la gestante sin DMG salvo complicaciones. Se realizará control glucémico intraparto mediante tratamiento con insulina IV si fuese necesario para mantener cifras idealmente entre 70 y 110 mg/dl.
7.- Entre las 4-12 semanas tras parto se debe realizar cribado de DM con TTOG de 75 gramos, evaluándose los resultados en consulta monográfica de endocrinología. Los resultados se informaran al médico de atención primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Indicadores de proceso
Indicador 1: gestantes cribadas para presencia de DM pregestacional/total gestantes.
Estándar: 100%
Indicador 2: Gestantes cribadas para presencia de DM gestacional/total gestantes
Estándar: 100%

Proyecto: 2018_0704 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Indicador 3: Gestantes con DM gestacional seguidas en consulta conjunta de endocrinología y enfermería/total gestantes con DM gestacional.
Estándar: >90%
Indicador 4: Pacientes con evaluación de tolerancia a la glucosa posparto/total gestantes con DM gestacional.
Estándar: >50%
2.- Indicadores de resultados
Indicador 5: Porcentaje de recién nacidos grandes para edad gestacional (peso > p90)
Estándar: <10%
Indicador 6: Porcentaje de recién nacidos pequeños para edad gestacional (peso < p10)
Estándar: < 8%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proceso se ha iniciado en el año 2018 y se prevé su mantenimiento de modo indefinido a largo plazo

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0925 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON

2. RESPONSABLE ..... ISABEL SANJOAQUIN CONDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CRUSELLS CANALES MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· LETONA CARBAJO SANTIAGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· PAÑO PARDO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· BENITO RUESCA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GIL TOMAS JOAQUINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GIMENO GRACIA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· AMIGUET GARCIA JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad de Chagas es endémica en 21 países de América Latina y se estima que hay 8 millones de personas infectadas en todo el mundo. En el último siglo, los movimientos migratorios y la tendencia creciente a viajar a países tropicales ha permitido su presencia en otros continentes como Europa.
El tratamiento recomendado por la OMS se basa en la administración oral de NIFURTIMOX o BENZNIDAZOL. La enfermedad de Chagas es clínicamente curable si el tratamiento se inicia en una etapa temprana, por lo tanto es esencial el acceso universal a un diagnóstico y a un tratamiento rápidos.
Los test serológicos son las medidas de control más importantes para evitar la transmisión por transfusiones sanguíneas, trasplante de órganos y durante la gestación o parto. España incluye el screening serológico en estas circunstancias.
Según un informe del Instituto de Salud Global (ISGlobal) España está situada a la cabeza de la lucha contra la enfermedad de Chagas con estrategias que incluyen sensibilización pública, clínica, investigación y cooperación. Algunas Comunidades Autónomas (Andalucía, Cataluña, Madrid, Murcia y Valencia), fueron pioneras en la formación del personal sanitario para la atención, diagnóstico y tratamiento y en la prevención en la transmisión de la enfermedad.
Hasta la fecha 4 000 personas se han tratado en España lo que supone una cobertura de tratamiento entre 5 y 10 veces más alta que la media mundial. Las campañas de sensibilización y educación sanitaria, han facilitado el acceso y la atención médica de la población con antecedentes epidemiológicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Hasta el momento no existe un registro de Chagas en nuestra comunidad ni disponemos de consultas especializadas para su diagnóstico y seguimiento.
Según los datos publicados en el censo, Aragón tiene una población de 1.308.750 habitantes, 133.237 personas (10%) son inmigrantes, y de ellos 23.846 individuos proceden de América Latina. En Zaragoza residen 19.698 latinoamericanos, 322 vinieron de Bolivia, 1217 de Brasil, 664 de Argentina, 992 de Honduras, 232 de Paraguay, 362 de El Salvador, 317 de Chile, 2987 de Colombia, 3597 de Ecuador y 757 de Venezuela. Por datos de prevalencia en sus países de origen, en Zaragoza podrían padecer la enfermedad unas 300 personas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para la prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad es fundamental conocer con exactitud la magnitud del problema.
Con la colaboración de ISGlobal elaboramos un proyecto con el objetivo de detectar y tratar los casos de Enfermedad de Chagas en nuestra ciudad. Comenzamos focalizando la atención en la población procedente de Bolivia, país con la incidencia más alta de Latinoamérica y la experiencia progresivamente se hará extensible a otras comunidades latinas.
Pasos a seguir:
1-Difundir en el Sector Sanitario III la existencia desde abril de 2018 de una Consulta de Enfermedad de Chagas en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Esta consulta integra los Servicios de Enfermedades Infecciosas, Microbiología, Farmacia, y Urgencias. Se facilita como Contacto el teléfono 976 768 862 de 8:00- 15:00h (Secretaría de Enfermedades Infecciosas).
2-Captar la atención de la población con riesgo epidemiológico de infección por Tripanosoma cruzi para que pida la realización de la prueba. En esta fase contamos con el apoyo de ISGlobal y su experiencia desarrollada en otras comunidades españolas; contamos también con la ayuda de la Asociación Raíces Andinas de Zaragoza que informará a sus integrantes y familiares de la existencia de esta consulta en nuestro Hospital. La Facultad de Farmacia de la Universidad San Jorge de Huesca también ofrece su colaboración para realizar carteles sensibilizadores y trípticos informativos destinados a las Asociaciones de inmigrantes.
3- Elaboración de un protocolo completo con las pruebas básicas a realizar y el seguimiento pertinente en aquellos pacientes en los que se confirme la enfermedad. Se detallará el tratamiento a administrar, la dosis y la duración del mismo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Volumen de pacientes derivados /mes.

Proyecto: 2018_0925 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ARAGON

- Procedencia de la derivación.
- Número de diagnósticos positivos (con test de confirmación).
- Número de pacientes que empiezan tratamiento.
- Pacientes con complicaciones cardíacas, digestivas o neurológicas detectadas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio de la consulta el 15 de mayo de 2018
Seguimiento y evaluación en mayo de 2019
Participación de los Servicios de Microbiología, Infecciosas y Farmacia

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0943 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES COMPLEJOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CRUSELLS CANALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LETONA CARBAJO SANTIAGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· SANJOAQUIN CONDE ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· PAÑO PARDO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· MORTE ROMEA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· CAMON PUEYO ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· GIMENO GRACIA MERCEDES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· AMIGUET GARCIA JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Una parte de los pacientes con infección VIH controlados en nuestras consultas, se encuentran con terapias antirretrovirales complejas, basadas en la combinación de 3 familias de fármacos antirretrovirales, y se han mantenido a lo largo del tiempo, por no existir combinaciones de tratamientos más simples ; esta situación ha cambiado en los 2-3 últimos años, al arsenal terapéutico previo se han incorporado nuevas generaciones de las diferentes familias de tratamientos antirretrovirales que presentan como principales características una gran eficacia, una alta barrera genética que les protege del desarrollo de resistencias y un excelente tolerabilidad.
Son combinaciones avaladas por ensayos clínicos y cohortes en vida real.
Estas circunstancias favorables en cuanto a nuevas opciones terapéuticas, nos llevan a plantear una revisión y el posible cambio de combinaciones complejas establecidas por combinaciones nuevas que mantienen eficacia pero añaden comodidad y mejor tolerancia para el paciente y suponen un ahorro de costes del tratamiento.

Este proyecto no se había planteado en años previos. Sí que se había puesto en marcha otro proyecto de mejora en relación a estrategias de uso de tratamiento antirretroviral pero en perfiles de pacientes y situaciones diferentes al que se plantea en este programa. Por lo tanto no tenemos referencia de resultados propios en esta línea de trabajo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se plantea como una mejora de tratamiento antirretroviral en pacientes con tratamientos complejos, con situación clínica e inmunovirológica estable.
El objetivo es obtener un beneficio en cuanto a comodidad posológica, reducción de número de fármacos, que llevaría implícito una disminución del riesgo de toxicidades e interacciones y un ahorro de coste del tratamiento /paciente/año.
Para asegurarnos de la eficacia y de la seguridad del posible cambio del tratamiento antirretroviral complejo a una pauta más sencilla se requiere una evaluación exhaustiva de la historia clínica del paciente, valoración de adherencia al tratamiento, situación inmunovirológica, revisión de estudios de resistencias previos, historia de tratamientos antirrtrovirales, comorbilidades, fármacos concomitantes y posibles interacciones. Esta revisión conlleva un tiempo de dedicación al paciente en consulta mucho más amplio que el que se dedica actualmente a cada paciente.
El control posterior al cambio se realizaría como hasta ahora, al mes y medio o dos meses de la incorporación de la nueva pauta.
Los objetivos los podemos resumir en:
- Cuantificar número de pacientes con TAR complejos
- Revisión exhaustiva de historia clínica y de tratamientos antirretrovirales de pacientes con TAR complejos
- Selección de pacientes susceptibles de cambio de tratamiento
- Mantener eficacia virológica
- Tratamientos con buen perfil de tolerabilidad
- Ahorro económico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Por parte del servicio de Farmacia se realizará búsqueda de los pacientes en TAR activo que cumplen los criterios de TAR complejo
El listado de pacientes se proporcionará a los facultativos del servicio de Enfermedades Infecciosas, responsables de las consultas de VIH
El facultativo responsable se encargara de realizar revisión de la historia del posible candidato al cambio de TAR y decidirá dicho cambio si el paciente cumple criterios adecuados
Se realizará el control en consultas posterior al cambio en un plazo de 2 meses tras el cambio

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
Nº de pacientes con TAR complejos
Historias clínicas revisadas
Nº de pacientes a los que se les simplifica el tratamiento

Proyecto: 2018_0943 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES COMPLEJOS

Nº de abandonos por intolerancia
Calculo de la reducción de coste de TAR/paciente/año

Evaluación
La primera selección de pacientes se realizara desde la Unidad de Externos del Servicio de Farmacia
La decisión posterior del cambio de TAR dependera del facultativo encargado del control habitual de cada paciente en consultas
La monitorización de resultados clínicos y virológicos, se realizara en las consultas habituales
Al final del periodo del proyecto se realizara una valoración global de datos clinicos, analíticos y por parte de S. Farmacia de ahorro de costes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 26 de marzo Fecha de finalización 14 de diciembre
Calendario:
-Última semana de marzo: revisión por el S. de Farmacia listado de candidatos
-1 abril: inicio selección por parte de cada facultativo de los pacientes susceptibles de cambio
-14 diciembre: cuantificación de indicadores propuestos y conclusiones del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0980 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ARENERE MENDOZA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PUERTOLAS TENA ISABEL. FARMACEUTICO/A. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD. FARMACIA HOSPITALARIA
· HORNA OREJA OIHANA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· PASCUAL MARTIN OIHANA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALVAREZ MANCEÑIDO FELIPE. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· JULIAN ANSON MARIA ANGEL. BIOQUIMICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El manejo adecuado de los antimicrobianos (AM) en los centros hospitalarios es una actividad prioritaria impulsada por diferentes organizaciones a nivel Europeo, Nacional y Autonómico.
Una oportunidad de mejora detectada, es la individualización posológica de AM en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). La IRC se caracteriza por una pérdida progresiva de la tasa de filtrado glomerular (FG), que lleva a una incapacidad renal para realizar la función depurativa. Por esta razón, los pacientes con IRC, presentan cambios en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos que se eliminan por esta vía, observándose una serie de modificaciones tanto en la intensidad y duración del efecto terapéutico, como un aumento de los efectos adversos. La estimación del FG es el mejor índice para evaluar la función renal, el cual puede medirse a través del aclaramiento de creatinina con la fórmula de Cockcroft-Gault, que es la recomendada para ajuste posológico (AP).
El Servicio de Farmacia (SF) tiene una posición estratégica y de responsabilidad a la hora de validar los tratamientos. De esta forma, las recomendaciones farmacéuticas (RF) en pacientes con tratamiento AM y función renal alterada, pueden ser de utilidad en el AP con una importante repercusión en la seguridad del manejo de estos tratamientos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Implantar un sistema de RF de AP para los AM, en pacientes IRC, que estén ingresados en las plantas con prescripción electrónica del HCULB, con el objetivo final de mejorar la seguridad del manejo de estos medicamentos.
Las unidades con prescripción electrónica susceptibles de este tipo de intervención serían: medicina interna, A, B, C y R, infecciosas, oncología, hematología, digestivo, neurocirugía, cirugía A y aislamiento.
Pacientes con IRC. Se trataría de pacientes con valores de creatinina por encima del rango establecido por el Servicio de Bioquímica (SB).
Hombres: 0.7-1.2 mg/dl
Mujeres: 0.5-0.9 mg/dl

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará una reunión con el SB para estudiar la posibilidad de establecer una consulta predeterminada con el programa de MODULAB que permita conocer qué pacientes hospitalizados en las plantas con prescripción electrónica tienen los valores de creatinina con valores superiores al rango normal.
Dentro del SF se realizarán dos reuniones en las que se llevarán propuestas, y una vez estudiadas y consensuadas se implantarán. En estas reuniones se tratarán los siguientes temas, en los que también se especifica el trabajo de campo:
1. Se analizará y determinará qué AM son susceptibles de AP en base a la función renal, y se parametrizarán en el programa de prescripción electrónica. Se revisará qué fuente se utilizará para realizar las RF.
2. Se analizará, determinará y parametrizará el peso estándar a incluir para hombres y mujeres en la fórmula de Cockcroft-Gault, debido a que con cierta frecuencia no es posible saber el peso del paciente.
3. Se crearán unos textos asociados predeterminados en el programa de prescripción electrónica, para estandarizar la forma de recomendar el AP.
4. Se desarrollará el procedimiento a seguir desde el Servicio de Farmacia para realizar las RF de AP en estos casos, así como el procedimiento para registrarlas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Realización de la consulta en MODULAB por el SB, en la que se filtren los pacientes con creatinina alterada y que estén hospitalizados en unidades con prescripción electrónica (SI/NO)
2. Determinación de los AM susceptibles de AP en caso de IRC y parametrización del programa de prescripción electrónica (SI/NO).
3. % Pacientes con IRC que llevan AM susceptible de AP= pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM susceptible de AP / Pacientes con creatinina alta *100
4. % RF aceptadas = nº RF aceptadas /nº RF totales x 100
5. % Pacientes con RF = nº de RF / pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en

Proyecto: 2018_0980 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

tratamiento con AM x 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Realización de la consulta en MODULAB. María Angel Julián Ansón. Mes de junio
Primera reunión en el SF. Mes de junio. Resto de integrantes del equipo.
Revisión bibliográfica de los AM susceptibles de AP y propuesta al grupo y elaboración de unas tablas de AP.
1. Revisión para parametrización, estandarización de pesos en hombres y mujeres en la fórmula de Cockcroft-Gault.
2. Revisión del procedimiento de registro de RF.
Segunda reunión del SF. Mes de septiembre. Mismos participantes que en le primera reunión
Parametrización de Farmatools, en donde se señalarán qué AM son susceptibles de AP cargando las RF de AP en base a los aclaramientos de creatinina, se adaptará la fórmula de Cockroft-Gault, se crearán los textos asociados predefinidos, y de registro de las RF.
Se elaborará por escrito un procedimiento de todo el circuito.
Comienzo del funcionamiento del proyecto en octubre.
En el mes de diciembre se analizarán los resultados obtenidos y se estudiará la viabilidad del proyecto de cara a la incorporación en la Cartera de Servicios del SF.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0992 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y PUESTA EN MARCHA DEL ALMACEN AUTOMATIZADO

2. RESPONSABLE ..... TRANSITO SALVADOR GOMEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PALACIOS LASECA MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· ALVAREZ MANCEÑIDO FELIPE. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· BONAGA SERRANO BEATRIZ. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· ARNAL BAILERA JESUS. CONTROLADOR/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· MAZO FERRER JOSE MARIA. CELADOR/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· CORTES CHUECA BELEN. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· ARRABAL TORCAL PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La automatización del almacén, instalando un carrusel horizontal va a agilizar los procesos de adquisición-recepción-colocación y dispensación de fármacos en el almacén, ahorrando espacio y dando agilidad y seguridad a todo el circuito.
En resumen los proceoss y sub-proceos hasta ahora en su mayoría manuales generaban errores y precisaban de importantes recursos humanos, que con esta nueva forma de trabajar van a agilizarse y hacerse más eficientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Estudio de los circuitos de adquisición-recepción-colocación-dispensacion de fármacos,
- REdifinición de los circuitos anteriores,
- Estudio de medicamentos a introducir para el carrusel, definiendo huecos, cantidad y tamaños,
- Puesta en marcha

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Formación por equipos de todos los nuevos procesos
- Formación de manejo de carrusel

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Indicadores: Puesta en marcha del carrusel SI o NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
A lo largo del 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. personal sanitario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1020 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE H CLINICO UNIVERSITARIO L.BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GIMENO GRACIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· SALVADOR GOMEZ TRANSITO. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· FELIX MARTIN PILAR. TEAF. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La unidad de pacientes externos del Servicio de Farmacia dispensa medicamentos de uso hospitalario a pacientes no hospitalizados.
El arsenal terapéutico que habitualmente se suministra desde estas unidades se ha visto incrementado en los últimos años con la aparición de nuevos fármacos para tratar VIH, hepatitis B, hepatitis C, esclerosis múltiple, hormona de crecimiento, tratamientos onco-hematológicos y enfermedades inmunomediadas entre otros.
El incremento de nuevos fármacos junto con la cronicidad de determinadas enfermedades ha provocado un incremento de actividad en esta área. El número medio de pacientes atendidos al día, se ha incrementado de 57 pacientes en el año 2009 a 100 pacientes en el 2017. En global, se ha pasado de atender 2927 pacientes al año 2009 a 4252 en el 2017.
En la atención farmacéutica desarrollada en la Unidad de Pacientes Externos, el farmacéutico asume la responsabilidad de las necesidades farmacoterapéuticas del paciente y responde de este compromiso ante el propio paciente, su familia, el equipo multidisciplinar y la sociedad. El farmacéutico debe garantizar que el paciente use los medicamentos de forma correcta, racional y responsable, con el fin de alcanzar los resultados terapéuticos planeados con el mínimo riesgo de reacciones adversas.
La atención farmacéutica a los pacientes externos se ha convertido en una actividad muy importante en los servicios de farmacia hospitalarios debido tanto a la repercusión asistencial (asegurar el buen uso de los medicamentos), como al gran impacto económico que representa; además de cumplir el derecho del paciente a la atención farmacéutica personalizada e información sobre medicamentos. Esta actividad permite una mejor integración del farmacéutico en el equipo asistencial, ofreciendo una atención multidisciplinar al paciente y finalmente, hace posible una mayor implicación en el tratamiento y participación de los resultados clínicos, desarrollando técnicas de educación sanitaria.
El sector III tiene una gran población de ámbito rural, en concreto en el año 2017, 163 pacientes pertenecían al Centro de Salud (CS) de Ejea, 83 al CS de Tauste y 44 al CS de Sádaba, que se tienen que desplazar a Zaragoza para determinadas consultas con facultativos especialistas, porque no disponen de ellas en el Hospital de Ejea, por lo que en pacientes crónicos, con enfermedad estable, adherentes al tratamiento, con consultas médicas distanciadas se podrían beneficiar de alternar la dispensación y la atención farmacéutica recibida en HCU con la dispensación en el Centro Médico de Especialidades de Ejea y atención farmacéutica a distancia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto tiene como objetivo evitar desplazamientos de los pacientes con determinados tratamientos crónicos, entre las consultas con el especialista, sin disminuir la atención farmacéutica recibida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Definir qué tipo de pacientes se pueden incluir en el proyecto y realizar la selección de pacientes candidatos a participar
Realización de documento de compromiso del paciente al proyecto, el cual tras su explicación y firmará para adherirse al mismo.
Información del tipo de transporte para asegurar condiciones de conservación de la medicación durante su transporte.
Reunión con el Hospital de Ejea para planificar circuito, días de transporte, dispensación por la auxiliar, firma de paciente de recogida, notificación al HCU de la recogida.
Definición del procedimiento de coordinación entre el Servicio de Farmacia de HCU y el Hospital de Ejea

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Disponer del procedimiento de actuación para la dispensación de medicamentos de uso hospitalario y atención farmacéutica a determinados pacientes al Hospital de Ejea.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Pre-Selección de pacientes- Mercedes Gimeno Gracia
Definición del transporte de medicamentos y aseguramiento de control de temperaturas- Tránsito Salvador Gómez
Desarrollo del procedimiento a llevar a cabo – circuito: Alberto Apesteguía y Puerto Pardo
Diseño de documento de compromiso del paciente con el proyecto. Jose Manuel Vinuesa

Proyecto: 2018_1020 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE H CLINICO UNIVERSITARIO L.BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Preparación de paquetes a enviar a Ejea y recepción/control de recogidas del paciente en Ejea.- Pilar Félix

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. no se selecciona a los pacientes por patología
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2018_0907 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

2. RESPONSABLE ..... OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DOBON REBOLLO MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· PALOMERA BERNAL LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ANADON SANZ ANTONIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia crónica más frecuente y se calcula que afecta a un 1-2% de la población1,2. Su prevalencia se incrementa con la edad, de modo que se estima que la padece un 8,5% de la población mayor de 60 años3.
La FA confiere a los pacientes que la padecen un riesgo de ictus y embolia sistémica superior a 5 veces al de la población general. Se estima que 1 de cada 5 ictus isquémicos están asociados a la presencia de FA.
Dado que la complicación más importante de la FA por su frecuencia e impacto en la mortalidad prematura y en la discapacidad es el ictus, el tratamiento antitrombótico debe acompañar a las estrategias de control del ritmo y de la frecuencia cardíaca.
A pesar de las recomendaciones de las Guías Europeas 2012-2016 del manejo de la Fibrilación Auricular, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha elaborado un Informe de Posicionamiento Terapéutico (UT/V4/23122013), que especifica los criterios y recomendaciones generales para el uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con Fibrilación Auricular no valvular.

El mantenimiento de un buen control de la anticoagulación es habitualmente complejo. De hecho, se ha estimado que el tiempo en rango terapéutico puede llegar a oscilar entre el 29% y el 75%4, 5, 6, con un porcentaje de INRs en rango de entre el 34% y el 68%6. En España, los datos disponibles de estudios observacionales han mostrado un tiempo en rango terapéutico de en torno al 64%7 y porcentajes de INRs en rango de entre el 44%6 y el 59%7. El estudio PAULA, realizado en España el 2014, concluye que aproximadamente el 40% de los pacientes (el 43,1% por el método directo y el 39,4% por el método de Rosendaal) con fibrilación auricular no valvular anticoagulados con antagonistas de la vitamina K en atención primaria presentan un control de la anticoagulación inadecuado durante los 12 meses previos8. En el caso de los ACODs, no se establece una monitorización del tratamiento pero si un seguimiento para garantizar la adherencia al tratamiento

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Información al paciente anticoagulado
2.Flujo ordenado de pacientes anticoagulados
3.Check-list cumplimiento terapeútico
4.Fomentar la adherencia
5.Educacion sanitaria
6.Manejo perioperatorio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Revisión de los pacientes anticoagulados (AVK, ACODs), según las características del paciente y del anticoagulado
2.Chequear en cada visita la adherencia y cumplimiento terapeútico
3.Reforzar la educación sanitaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes evaluados en la consulta de enfermeria
Número de pacientes reevaluados en la consulta de enfermeria
Número de pacientes derivados a atención primaria

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Anual

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2018_0907 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ANTICOAGULACION
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1530 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ACTUACION DE CUIDADOS GENERALES Y ESPECIFICOS PERIPROCEDIMIENTO EN EL CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

2. RESPONSABLE ..... ESTHER SANCHEZ INSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMODINAMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ ARROYO JOSE RAMON. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· LUKIC OTANOVIC ANTONELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· SIMO SANCHEZ BORJA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· LINARES VICENTE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· JIMENEZ MELO OCTAVIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· JIMENEZ AGESTA JOANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· RUIZ FERNANDEZ ADRIANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patología cardiovascular es 1ª causa de mortalidad en nuestro medio. Actualmente, el cateterismo cardiaco(KT) diagnóstico y/o terapéutico es básico en su manejo. La generalización de la técnica y su integración en el manejo urgente del pac crítico al establecer el Código Infarto en Aragón, ha aumentado su nº exponencialmente. La mayor accesibilidad, sin límite por edad, fragilidad o comorbilidad y una mayor complejidad hace necesario renovar los protocolos de manejo peri-KT. Son precisos protocolos específicos para diabéticos (DM), nefropatas (IR) y alergicos a contrastes iodados(AC), tanto en cateterismo programado como en emergente, para mejorar la atención y evitar potenciales complicaciones. Además, el abordaje vascular femoral clásico ha dejado paso a la punción arterial radial, que se efectua en = 80% de casos, con consecuente aparición de nuevos dispositivos de hemostasia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Objetivo:revisión,actualización y ampliación de protocolos peri-KT existentes en la Unidad adaptándolos al contexto actual, con énfasis en nuevas pautas para IR, AC y en DM según las nuevas Guías europeas, así como la inclusion de nuevos farmacos antiagregantes, dispositivos de sellado vascular y pautas de movilización tras el procedimiento. Mejorar resultados en la atención al paciente, disminuir los riesgos y mejorar el uso de recursos son claves. Resulta esencial el registro y transmisión de toda la información de manera simple y eficaz para garantizar la continuidad asistencial y la seguridad. Por ello, se plantea su integración en la historia clínica electronica (HCE) para su consulta pre y post-procedimiento.
2.Población diana: =18 años de ambos sexos remitidos para KT diagnóstico/terapéutico, con énfasis en los de más riesgo de complicaciones peri-KT (DM, IR, AC).
3.Servicios: Todos los implicados en el manejo peri-KT(Cardio, UCI, Med Int, Nefro, Endocrino y Alergias).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Constituir grupo trabajo multidisciplinar: cardiólogos clínicos,hemodinamistas, nefrólogos,endocrinos,alergólogos y DUEs.
2.Revisar evidencia científica actualizada.
3.Elaborar protocolos:1.Manejo peri-KT de DM, IR y AC. Prevención y manejo de complicaciones del acceso vascular.2.Creación hoja de cuidados pre-KT: cuidados generales y específicos, con profilaxis y manejo de reacciones anafilactoides a contraste, del daño renal agudo por contraste y de DM. 3.Creación de hoja de cuidados post-KT: procedimiento realizado, medicación recibida,cuidados generales y específicos,tto farmacológico. Inicialmente elaboración en papel, pero con intención de conseguir que finalmente sean accesibles y cumplimentables en intranet e intergrarse en HCE.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
I) A.Indicadores generales: Medida:%. Periodo:4-6 meses. Exclusión: Indicación urgente. Fuentes: base datos Hemodinámica, intranet, HCE.Responsable: el del proyecto. Son:1)Cuidados pre y post-KT: %correcta cumplimentación hoja cuidados: correcta cumplimentación de hoja/nºtotal pac con KT*100. Valor obj:95%. 2)%complics acceso vascular: complicaciones en acceso/nºtotal de pac con KT*100. Valor obj: <1 %.
B.Indicadores específicos: 1)%profilaxis para cada subgrupo/total de pacs de ese subgrupo con o sin profilaxis: pacs objetivo/pacs con misma caracteristica basal con KT*100. Valor obj: 95%. 2)y 3)% nefrotoxicidad/nefropatas con cateterismo y reacción alérgica/alergicos con cateterismo:% reacción alergica o nefrotoxcidad/todos pacs en riesgo*100. Valor obj:<1 %.

II)Evaluación:1. Divulgación. 2.Periodo prueba de 3meses. 3.Encuesta entre profesionales implicados sobre facilidad de cumplimentación y claridad de información. Con resultados realizar cambios pertinentes en documentos para mejorar eficiencia y seguridad. 4. Analisis transversal cuatrimestral (duración:1semana) sobre nivel de cumplimentación y adecuación de cuidados protocolizados a necesidades (expresado como tasa). 5. Estudio transversal semestral (duración:2 semanas):incidencia de daño renal agudo,complicaciones vasculares y episodios de descompensación de DM. 6.Registro anual continuo de casos de endocarditis y reacciones anafilactoides. Se analizará la posible relación de todos los eventos con fallos en el cumplimiento de los protocolos (expresados

Proyecto: 2018_1530 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ACTUACION DE CUIDADOS GENERALES Y ESPECIFICOS PERIPROCEDIMIENTO EN EL CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

como tasa).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
12 meses.
1)Meses 1-4: En base a la revisión de la evidencia científica, se realizará la actualización de los protocolos y se crearán y divulgarán los nuevos modelos de documentos de solicitud y cuidados, integrados en intranet.
2)Mes 4:Puesta en marcha del nuevo sistema en papel
3)Mes 7: Encuesta y analisis de datos.
4)Mes 8: Modificación de los protocolos.
5)Meses 11-12: Análisis de cumplimentación y tasa de complicaciones. Modificaciones finales. Puesta en marcha del modelo cumplimentable vía intranet e integración en HCE.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2018_1402 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

2. RESPONSABLE ..... LUIS MARTINEZ LOSTAO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INMUNOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· INDA LANDALUCE MERCEDES. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. INMUNOLOGIA
· GARCIA CENZANO CRISTINA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. INMUNOLOGIA
· SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· GONZALEZ GARCIA GONZALO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· SEGURA ARAZURI NIEVES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA
· COLAS SANZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ALERGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Phadiatop Infant® (PI) es una prueba de cribado de enfermedad alérgica usada en Pediatría de Atención Primaria (AP) que detecta IgE específica frente a una mezcla de los aeroalérgenos y alergenos alimentarios que originan con más frecuencia enfermedad alérgica en <5 años. Sin embargo, PI no contiene alérgenos muy frecuentes en nuestra área (polen de cupresáceas, salsola, LTP, algunos epitelios de animales, etc). En la actualidad, ante un resultado Positivo de esta prueba en el Sº de Inmunología se amplía sistemáticamente el estudio de alergia frente a 15 de los alérgenos inhalantes y alimentarios más frecuentes. Se han detectado algunos errores en el diagnóstico y tratamiento en población pediátrica del Sector III tras realizar el estudio de cribado y la ampliación de la prueba PI. Además, esta ampliación sistemática supone un inapropiado uso de los recursos. En 2017 se realizaron 335 pruebas de cribado en <14 años en el Sector III siendo positivas 154 (45,9%) suponiendo un gasto de 14.549€

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Evitar la toma de decisiones inadecuadas en el diagnóstico y tratamiento de pacientes pediátricos debía a la ampliación de dicha prueba.
- Racionalizar el gasto actual derivado de la ampliación sistemática del estudio de alergia tras un resultado positivo de esta prueba.
- Advertir que un resultado negativo de esta prueba no excluye la sensibilización del paciente a otros alérgenos no incluidos en la misma.
Población diana: población pediátrica del Sector III.
Servicios implicados: Alergia, Pediatría e Inmunología del HCU.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- En el Sº de Inmunología:
- Se registrarán las peticiones de la prueba PI solicitadas a pacientes pediátricos desde AP del Sector III.
- Ante un resultado positivo de dicha prueba, no se realizará la ampliación del estudio y en su lugar, se conservará el suero positivo a -20ºC durante 1 año (los sueros negativos se conservarán 6 meses).
- En el informe de los resultados se incluirá una nota informativa indicando al FEA solicitante que el resultado positivo en la prueba PI indica una alta probabilidad de sensibilización a alergenos comunes y la recomendación de solicitar valoración en Atención Especializada (Sº de Alergia, HCU).
-Ante un resultado negativo de dicha prueba, se advertirá que dicho resultado no excluye la sensibilización a los alérgenos no incluidos en ésta.
- Tras la valoración del paciente en Atención Especializada, si el FEA de Alergia lo considera necesario, se ampliará el estudio de alergia a los alérgenos solicitados.
2- En AP del Sector III (en coordinación con el Sº de Pediatría):
- En pacientes pediátricos con sospecha de un cuadro alérgico, si el Pediatra lo considera necesario, podrá solicitar la prueba PI.
- A la recepción del informe con un resultado positivo, el Pediatra solicitará consulta en Atención Especializada (Sº Alergia) para la valoración del paciente.
3- En el Servicio de Alergia:
- Se registrarán las solicitudes de consulta de pacientes pediátricos con un resultado positivo en la prueba PI de AP del Sector III.
- Se citará a consulta a dichos pacientes y valorará su clínica alérgica.
- Posteriormente, el FEA solicitará, si procede, el estudio frente a los alérgenos que considere necesarios indicando en la petición que es una ampliación del estudio en una muestra previamente positiva en el cribado.

Se realizarán sesiones de formación con los FEA de AP explicando la utilidad diagnóstica de la prueba de cribado y los cambios en la solicitud y el manejo de dicha prueba.
Se realizarán reuniones trimestrales de los componentes del equipo para valorar las acciones realizados y los resultados obtenidos.
Este proyecto supone un cambio en la oferta de servicios del Sº de Inmunología al dejar de ampliar sistemáticamente el estudio de alergia ante un resultado positivo de la prueba PI realizando el estudio sólo de los alérgenos solicitados por el FEA de Alergia tras valorar al paciente.
Los recursos materiales que se emplearán son de los que se dispone actualmente para el estudio de alergia.

Proyecto: 2018_1402 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de pacientes pediátricos con resultado positivo en la prueba PI derivados desde AP del Sector III al Sº de Alergia.
- Nº de pruebas de alergia que se han dejado de realizar tras un resultado positivo en la prueba PI en pacientes pediátricos del Sector III.

Fuentes: Registros que realizarán en el Sº de Alergia y de Inmunología y sistema informático de gestión de laboratorios.
Estándar: reducción en un 50% el número de pruebas de alergia que actualmente se amplían tras un resultado positivo de la prueba PI (límites: inferior: 35%; superior: 65%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: 1 año (del 01-10-18 al 30-09-19).
Se realizarán reuniones trimestrales entre los responsables para valorar la implementación de las acciones y los indicadores descritos.
Responsables: Dra. Sobrevía (Pediatría), Dr. Martinez-Lostao (Inmunología) y Dr. Colás (Alergia).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ALERGIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0880 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL H CU LOZANO BLESA COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... ANA CARMEN PEÑA NEBRA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. LABORATORIO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDREU GIRAL ELENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO
· GIMENO ZAPATA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO
· HERRANDO BAYO FRANCISCA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO
· LOU GUILLEN RAQUEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO
· GARCIA LOZANO MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO
· FUSTERO MARTIN MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO
· VALERO MARTIN ENAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. LABORATORIO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los resultados de las analíticas recibidas que se registran en la UCL del HCU LOZANO BLESA, sin el número de tarjeta sanitaria no pasan a la historia electrónica del paciente con lo cual no pueden ser visualizadas por los facultativos y hacer un seguimiento evolutivo de su patología.
Se realiza todo el proceso de pre analítica y post analítica con su correspondiente coste económico y de trabajo si no se introduce su numero de CIA no pasa a la historia clinica electrónica.
Además supone un porcentaje de reclamaciones de estas analíticas sin CIA (nº de tarjeta sanitaria) que conlleva un importante tiempo de busqueda posterior para encontrar la analítica solicitada.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se espera conseguir que la totalidad de las analíticas que a través de la UCL del HCU LOZANO BLESA sean registradas y el resto de analíticas que sean registradas para todo el HCU tengan el número de tarjeta sanitaria correspondiente para su inclusión en la historia cllinica electrónica del paciente y cualquier facultativo de cualquier sector pueda acceder a ellas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Introducir el número de tarjeta sanitaria (CIA) a mano en la totalidad de las analíticas que se reciban en la UCL y las que se reciban de todas las peticiones al HCU LOZANO BLESA.
Asegurando que los datos del paciente se correspondan exactamente a su tarjeta sanitaria y que todas las analíticas estén en las correspondientes historias clinicas electrónicas de los pacientes analizados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indicador representará el porcentaje de analíticas sin CIA frente al total de las analíticas revisadas.
Alcanzar el 100 % de analíticas con su correspondiente CIA (numero de tarjeta sanitaria).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración será anual hasta el 31 de diciembre de 2018 prorrogable hasta que exista la necesidad.
Se realizarán reuniones semanales, para realizar muestreo previa visualización y corrección de cualquier omisión o error de identificación de tarjeta sanitaria de cada analítica registrada durante la semana.
En los indicadores quedará registrado el número de analíticas sin CIA por error u omisión.
La fecha inicial será del 1 de junio de 2018

9. OBSERVACIONES.
Si algún componente del equipo deja de serlo o es sustituido por otro, se puede realizar el cambio o sustitución mientras la elaboración del proyecto.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ANALITICAS SOLICITADAS A LOS SERVICIOS CENTRALES DEL LABORATORIO DEL SECTOR III
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0740 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION INGLES GARCIA DE LA CALERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SERRANO BARCOS LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA DEL TRABAJO
· ZUECO GARCIA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA DEL TRABAJO
· MARQUESAN CELAYA YOLANDA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA DEL TRABAJO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La edad media de la plantilla del sector 3 es actualmente de 48 años. En nuestra plantilla, el 53% tiene más de 50 años. La edad de los trabajadores influye en múltiples aspectos de nuestro trabajo como sanitarios, ya que la edad se relaciona directamente con la aparición de problemas de salud, la merma en las capacidades físicas y mentales, las alteraciones del sueño y otras.
Ello puede ser la causa que incrementa las solicitudes de cambio de puesto por motivos de salud, el absentismo por enfermedad común, la accidentalidad, etc.
Es necesario que se buscar e implantar medidas preventivas para que los trabajadores lleguen en mejores condiciones a edades avanzadas, así como cuantificar adecuadamente las limitaciones y necesidades reales de los trabajadores de mayor edad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Cuantificar la relación entre la edad y los daños a la salud de nuestra población trabajadora.
• Proponer medidas de mejora en las condiciones de trabajo, de promoción de la salud y de adecuación de ratios de trabajadores.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Estudio anual y retrospectivo de:
o Absentismo en relación a la edad.
o Accidentalidad en relación a la edad.
o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad.
• Diseño de actividades de vigilancia de la salud específica a los trabajadores mayores de 50 años.
• Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Estudio anual de:
o Absentismo en relación a la edad. Realizado
o Accidentalidad en relación a la edad. Realizado
o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad. Realizado
• Diseño de actividades de vigilancia de la salud específica para los trabajadores mayores de 50 años. Realizado.
• Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos. Realizado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: 1 año y medio.
• Estudio anual y retrospectivo de: Enero 2019 y 2020.
o Absentismo en relación a la edad.
o Accidentalidad en relación a la edad.
o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad.
• Diseño de actividades de vigilancia de la salud a mayores de 50 años. Abril 2019.
• Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos. Febrero 2020.

9. OBSERVACIONES.
Este proyecto servirá de base para subsiguientes proyectos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Alteraciones de la salud global.

Proyecto: 2018_0740 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0282 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

2. RESPONSABLE ..... BLANCA OBON AZUARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BONAGA SERRANO BEATRIZ. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· VELILLA SORIANO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· GAMARRA CALVO SARA. FIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La sedación en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva constituye un tratamiento para mejorar el confort, optimizar la tolerancia a la misma y proporcionar una disminución del dolor, la agitación y estrés (1).

La dexmedetomidina (DMD) es fármaco aprobado desde 2011 por la EMA con indicación en pacientes adultos ingresados en los SMI que requieren una sedación de corta duración o bien una sedación secuencial (2). Además la literatura indica que puede reducir el riesgo de aparición de delirium en el paciente crítico se encuentra indicado en el control del delirium (3). Resulta de gran utilidad, al poseer una vida media más corta que otros fármacos de la misma familia, no provocar efecto rebote al suspender su administración, y no precisar ajuste de dosis en insuficiencia renal.
Se trata de un fármaco agonista superselectivo de los receptores alfa 2-adrenérgicos, tan efectivo como los sedantes tradicionales, sin existir en la actualidad suficiente evidencia científica para apoyar su empleo sistemático. Los estudios en los que se justifica su empleo cuentan con importantes sesgos de publicación, y hasta el momento no existe una evidencia sobre el efecto de la reducción en la mortalidad total (4), en estancia en UCI (5) o en la dosis de opiáceos (6) o en la de benzodiacepinas en el caso de delirium (7).
Cuando diversas agencias de evaluación de tecnologías (8,9) evaluaron el coste-efectividad y la evidencia de su empleo en UCI, se apreció que la DMD reducía los costes totales de hospital y los costes en UCI. Sin embargo, cuando se evaluaron los beneficios en términos de tiempo de estancia en UCI, o tiempo de estancia hospitalaria total, los resultados no fueron consistentes, con una ganancia muy limitada de AVAC.
A pesar de todo lo mencionado existen publicaciones y documentos de Consenso de la Sociedad de Medicina Intensiva donde se recomienda su empleo en determinadas situaciones, por lo que es preciso delimitar bien sus indicaciones para realizar una prescripción adecuada de este fármaco.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Analizar todos los pacientes en los que se ha empleado DMD utilizando un cuestionario elaborado ad hoc donde se registran todas las indicaciones recomendadas y las contraindicaciones.
Estudiar la variabilidad de su recomendación en nuestro entorno.
Promover la prescripción adecuada de DMD.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Establecer unas indicaciones de su adecuada prescripción en nuestro ámbito.
Realizar sesiones informativas donde se promueva su prescripción de acuerdo con las indicaciones firmemente establecidas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD. Valor del indicador > 50%
% pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación. Valor del indicador > 90%
% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD. Valor del indicador < 5%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Periodo de estudio 2017-2019.
Selección de las variables mayo-junio 2018
Selección de los pacientes julio-sept 2018
Análisis de los pacientes y variables resultado octubre-diciembre 2018
Redacción de las indicaciones en nuestro entorno enero-febrero 2019
Difusión en sesión marzo 2019
Reevaluación pacientes abril-septiembre 2019
Análisis de la situación y análisis comparativo octubre-diciembre 2019

9. OBSERVACIONES.
No

Proyecto: 2018_0282 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todas patologias que requieran sedacion, o que provoquen delirium
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0591 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

2. RESPONSABLE ..... LETICIA FERNANDEZ SALVATIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BARCELO CASTELLO MIREIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· MILLAN TARATIEL PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· PASCUAL BIELSA ANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· LUQUE GOMEZ PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La adecuación del Soporte Nutricional Especializado (SNE) en el paciente crítico tiene implicaciones en la morbilidad y el pronóstico. Las guías de práctica clínica (GPC) son una herramienta importante para los profesionales sanitarios en la práctica diaria habitual y un método de consulta para el tratamiento correcto de los pacientes. Asimismo, la evidencia sigue siendo baja y existen controversias importantes respecto al SNE en el paciente crítico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende:
- Conocer la situación actual de la praxis respecto a la SNE en nuestro ámbito local
- Conocer la práctica del SNE y poder desarrollar estrategias para disminuir la probable baja adherencia a las GPC en nuestro ámbito, y así mejorar la calidad asistencial.
- Conocer el impacto de las GPC en SNE y el grado de adherencia en la práctica habitual

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realiza un estudio observacional prospectivo mediante un estudio de prevalencia.
Recogida de variables epidemiológicas y de las características de SNE de los diferentes pacientes ingresados.
Seguimiento de las prácticas nutricionales y complicaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- EVALUACIÓN: Obtención de nuestros datos locales y comparación con los estándares nacionales.
Comparación de los mismos con los datos de las GPC
- INDICADORES:
* Medir el porcentaje de enfermos en los que se inicia Nutrición Enteral (NE) de manera precoz (24-48horas iniciales)--> 100%

Nº de enfermos con NE e inicio precoz
---------- x 100
Nº de enfermos con NE

* Medir el porcentaje de hiperglucemias >300mg/dl para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo --> <5%

Nº total de determinaciones de
glucemia con valor> 300mg/dl
---------- x 100
Nº total de determinaciones de
glucemia realizadas

* Medir el porcentaje de hipoglucemias graves para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo--> 0.5%

Nº total de determinaciones de
glucemia con valor<40mg/dl
---------- x 100
Nº total de determinaciones de
glucemia realizadas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

FECHA DE INICIO: ABRIL 2018
FECHA DE FINALIZACIÓN: FEBRERO 2019

* Creación del grupo de trabajo: Abril 2018
* Recogida de datos: Mayo-junio 2018
* Análisis: Septiembre- Octubre 2018

Proyecto: 2018_0591 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

* Difusión en sesión clínica: Enero-Febrero 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con nutrición artificial
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0630 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LTSV: NO INGRESO EN UCI

2. RESPONSABLE ..... MIREIA BARCELO CASTELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· JIMENEZ RIOS MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· MORA RANGIL PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· MILLAN TARATIEL PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· EDROSO JARNE PALOMA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad se han reconocido múltiples derechos de los enfermos críticos tales como el derecho a recibir una atención de calidad, derecho para tomar decisiones sobre los tratamientos de soporte vital (sobre su indicación, aceptación, intensidad, duración…) y el derecho de una atención paliativa de calidad en caso necesario.

Es por ello que ante el ingreso de un paciente en el hospital, con riesgo significativo de muerte o de estancia prolongada, tras una valoración interdisciplinaria de todo el equipo asistencial, se debe consensuar con el paciente y/o sus familiares, los cuidados que desea recibir.

Las decisiones de limitar el ingreso en UCI a la población hospitalaria son una de las decisiones más arduas y complicadas que se debe tomar en el ámbito de la medicina intensiva.
Ampliar los conocimientos adquiridos a través de un estudio de estas características representa importante herramienta de gestión, debido al principio de justicia distributiva, y una adecuación de la praxis médica en este aspecto, así como el desarrollo de herramientas que nos ayuden a la toma de decisiones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos del proyecto son
-Desarrollar un sistema de registro de decisión de LTSV y no ingreso en UCI
-Conocer las características epidemiológicas y clínicas de la población a la que se le realiza una LTSV consistente en no ingreso en UCI.
-Averiguar aspectos que en la práctica clínica diaria pasan desapercibidos en este sentido
-Minimizar la heterogeneicidad mostrada en este tipo de decisiones entre los diferentes profesionales sanitarios que interactúan en la toma de la decisión.
-Homogeneizar la práctica clínica de estas decisiones garantizando la adecuación del tratamiento de soporte vital.
-Identificar los nexos comunes en las decisiones de LTSV de NO ingreso en UCI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Estudio observacional, prospectivo y analítico.
La muestra será todos los pacientes adultos valorados por el servicio de medicina intensiva (servicio extendido o equipo de guardia) que no son considerados subsidiarios de ingreso en UCI, como medida de LTSV.
Describir las características epidemiológicas y médicas de los pacientes a los que se decide LTSV de No ingreso en UCI.
Se incluyen paradas cardiacas intrahospitalarias en las que se decide finalizar la reanimación por causas derivadas de las comorbilidades del enfermo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores que se desean obtener son los siguientes:

1.- Exploración de la existencia de voluntades previas (DVA) de los pacientes a los que se les haya realizado una LTSV de no ingreso en UCI.
Pacientes con LTSV “no ingreso en UCI” con DVA/ total de pacientes con LTSV “no ingreso en UCI” > 90%
2.- Consenso de la decisión de LTSV entre miembros del conjunto asistencial > 90%
3.- Consenso de la decisión de LTSV entre miembros del conjunto asistencial y entre el paciente y/o la familia / representante legal > 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 01/05/2018
Fecha de finalización: 30/09/2018
Recogida de datos durante todo el período que dure el estudio.
Análisis de datos: 1/10/2018 al 30/11/2018

Proyecto: 2018_0630 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

LTSV: NO INGRESO EN UCI

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Limitación del tratamiento de soporte vital
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1146 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MENOS ES MAS

2. RESPONSABLE ..... CARMEN VELILLA SORIANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OBON AZUARA BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· ZALBA ETAYO BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· SANCHEZ POLO CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· RIDRUEJO SAEZ RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· MUNARRIZ HINOJOSA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· ROYO PUERTO MILAGROS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· HERNANDEZ ARENAZA ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad se ha objetivado la existencia de un exceso de papel en la Historia Clínica de los pacientes. Este hecho resulta de vital importancia porque cuenta con implicaciones económicas, pero sobre todo con repercusiones en la asistencia sanitaria.
Existe una gran cantidad de documentación en formato papel ocupada por documentos que ya existen en formato electrónico.
Todo ello puede dar lugar a confusión, errores en la atención médica, retrasos en la obtención precisa de la información, y por tanto en la valoración y adecuación del tratamiento, poniendo en peligro la seguridad del paciente.
Además supone un mayor tamaño de la historia en formato papel, con la necesidad cada vez mayor de espacio para el almacenaje de la misma.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En el servicio de Medicina Intensiva se dispone de formato electrónico para la realización de la historia clínica, petición de radiología y analítica, la impresión del papel debiera de ser a priori muy escasa, por ello nos proponemos valorar cuales son estas necesidades de impresión y donde se puede incidir en la reducción de las mismas.

Se pretende lograr con este proyecto utilizar el formato papel únicamente en los casos en los que no se encuentre disponible el formato electrónico, disminuir su consumo, evitar la duplicidad de los documentos, uniformizar el acceso a la información y evitar con ello los problemas relacionados con la seguridad del paciente.
Siendo, el objetivo fundamental, la no duplicidad de los documentos, intentando disminuir la historia clínica en formato papel.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
No imprimir analíticas, ni otras pruebas complementarias que puedan obtenerse en formato electrónico.
Si es necesario imprimirlas, no guardarlas en la historia clinica,
desecharlas en el contenedor "Confidencial" facilitado para ello.
No realizar solicitudes en formato papel si su realización es posible en formato electrónico.
No imprimir el informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos
si el paciente es destinado a un servicio en el cual es posible obtenerlo en formato electrónico,si el paciente va destinado a un servicio fuera del ámbito hospitalario en el que no sea posible su valoración electrónica, se realizará la impresión.
Las contestaciones de colaboración de otros servicios dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos,deberán incluirse dentro de su historia clínica, mediante la utilización del programa electrónico propio del Servicio de Medicina Intensiva, en una hoja de colaboración ad hoc destinada para ello.
En el momento del alta de la UCI, tanto las pegatinas de identificación del paciente que no hayan sido utilizadas, como otros documentos en formato papel que no sean necesarios para su seguimiento posterior, se desecharán en el contenedor "confidencial" facilitado para ello, y no serán guardados en la historia clínica.
Se informará a los distintos servicios del hospital de la implementación de este proyecto de mejora en el Servicio de Medicina Intensiva.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Nº de documentos clínicos en formato papel/nº total de documentos clínicos (papel + electrónico) < 40%.
-Nº pruebas complementarias en formato papel/nº pruebas complementarias totales (papel + electrónico) < 10%.
-Nº de solicitudes de exploraciones complementarias encontradas en formato papel que es posible su realización en formato electrónico. Ninguna.
-Nº de informes de alta de UCI encontrados en formato papel/Nº de informes de alta de UCI total (formato papel + formato electrónico) < 10%.
-Nº de contestaciones de colaboración de otros servicios encontradas en formato papel/ Nº de colaboraciones en total (formato papel + formato electrónico) < 10%

Proyecto: 2018_1146 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MENOS ES MAS

- Nº de pegatinas de identificación del paciente así como otros documentos encontrados en formato papel que no sean necesarios para el seguimiento evolutivo del paciente encontrados en la historia clínica fuera del episodio de ingreso en UCI < 10 (hojas de pegatinas + otros documentos).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante los meses Mayo-Septiembre 2018, se constituirá el equipo y se realizará la notificación al resto de servicios de hospital.
A partir de Octubre 2018, se implementarán las medidas señaladas y durante los meses Abril-Mayo 2019 se monitorizarán los resultados mediante una evaluación de los indicadores mencionados entre las historias clínicas seleccionadas de forma aleatoria de los pacientes dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos para comprobar si es posible su obtención.

9. OBSERVACIONES.
Se está revisando si es posible la obtención en formato electrónico del informe de cuidados y alta de enfermería de la UCI que actualmente se realiza en papel. Si fuese posible también su obtención de forma informatizada sería también incluido en este proyecto junto con el alta medica.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología critica.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

2. RESPONSABLE ..... MARTA VICENTE LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RONCAL SOLA SUSANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· LATORRE NAVASCUEZ RUT. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· GAGO GALLEGO NURIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· BRETON PEREZ ROSANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· RAMOS ABRIL VANESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El catéter Swan-Ganz, es un catéter ampliamente empleado en las UCIs. El cual permite monitorizar la función cardiovascular en pacientes en estado crítico valorar la respuesta al tratamiento médico. Con los datos derivados de las mediciones pueden evaluarse las funciones ventriculares izquierda y derecha, y lograr un diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de shock.

En la actualidad,en nuestra UCI, no existe ningún documento que marque unas directrices a la hora de insertar, mantener y retirar un catéter Swan-Ganz para que el personal de enfermería pueda apoyarse en él.

También nos hemos dado cuenta, que es escaso el personal de UCI, alrededor de un 20% que pueda preparar todo el material que conlleva la insercción del catéter, sin cometer fallos, sepa como se utiliza y que parámetros mide.

Por ello, una adecuada formación específica de los profesionales reducirá la variabilidad, fortalecerá la cultura de seguridad y disminuirá los errores a la hora de la preparación, mantenimiento, utilización y retirada de dicho catéter.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaboración de un procedimiento sobre la actuación de enfermería ante la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz.
Mejorar el grado de conocimiento del método en el personal de UCI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Busqueda de bibliografía por parte del equipo que elabora el procedimento.

Realización de un procedimiento "Actuación de enfermería en la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz".

Sesiones-Talleres formativos del personal de enfermería de UCI con los diferentes componentes del equipo todo ello coordinado por el responsable del proyecto.Para ello se dispondrá de todo el material necesario para la insercción del catéter, monitores, etc..

Inclusión del procedimiento en soporte de papel en la documentación de enfermería de la UCI.

Inclusión del procedimiento en soporte informático.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
nº personal de enfermería que conocen el método correcto /nº personal de enfermería que trabaja en la UCI * 100

Estándar: 80-90% (por el moviemiento de personal en la UCI).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Busqueda bibliográfica: MARZO-ABRIL 2018 (reuniones mensuales del equipo de mejora).
Elaboración de un procedimiento: ABRIL-MAYO 2018 (reuniones quincenales con el equipo de mejora.
Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación: MAYO 2018.
Medición del grado de conocimiento del método antes de iniciar el proyecto de mejora: JUNIO 2018
Sesiones-Talleres formativos: JULIO-OCUBRE 2018.
Inclusión del procedimiento en soporte de papel e informático en la unidad: JUNIO 2018.
Evaluación del proyecto de mejora con el indicador arriba mencionado: ENERO-ABRIL 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1286 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes críticos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1408 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO

2. RESPONSABLE ..... SUSANA RONCAL SOLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICENTE LOPEZ MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· VELILLA SORIANO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· LATORRE NAVASCUEZ RUT. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· GAGO GALLEGO NURIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA
· BRETON PEREZ ROSANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTENSIVA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad se ha incorporado una nueva terapia respiratoria, la oxigenoterapia de alto flujo, en los pacientes críticos. El conocimiento de dicha terapia junto a sus distintos modos de tratamiento resulta de vital importancia para su administración en el paciente. Así mismo, las repercusiones económicas en la asistencia al paciente también son muy relevantes pues se revierten situaciones respiratorias sin tener que llegar a intervenciones más cruentas y/o evoluciones clínicas más prolongadas.
El desconocimiento por parte del personal de la existencia de los distintos modos de tratamiento y la aplicación de los mismos puede generar confusión, errores en la atención médica, equivocaciones a la hora de preparar el material adecuado para cada modo de terapia, retrasos en la aplicación del tratamiento, y por tanto en la valoración y adecuación del tratamiento, poniendo en peligro la seguridad del paciente.
Dado que en la actualidad en el servicio de Medicina Intensiva se dispone de los medios necesarios para hacer efectivo el tratamiento de oxigenoterapia de alto flujo, nos proponemos valorar cuales son las necesidades de formación y donde se puede incidir en la reducción de errores a la hora de la administración de los distintos modos de dicha terapia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este proyecto se pretende facilitar el acceso a la información de los distintos modos de terapia que existen, utilizar los medios para la administración del tratamiento de la oxigenoterapia de alto flujo de forma adecuada, y evitar con ello los problemas relacionados con la seguridad del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Revisión bibliográfica por parte del equipo que elabora el proyecto.
-Realización del procedimiento “Administración de la oxigenoterapia de alto flujo en paciente críticos”.
-Sesiones formativas a los profesionales de la unidad.
-Inclusión de los parámetros que se utilizan en la oxigenoterapia en el soporte informático de la uci.
-Inclusión del procedimiento en soporte informático.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de profesionales formados: nº profesionales formados = nº profesionales formados / total de profesionales unidad X 100
Estándar: 80-90% (por el movimiento de personal en la Uci)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
FEBRERO-MARZO 2018: Revisión bibliográfica y reuniones del equipo de mejora
ABRIL-JUNIO 2018: Elaboración del procedimiento. Reuniones del equipo de mejora. Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación.
JUNIO 2018: Medición del conocimiento del método antes de iniciar el proyecto de mejora.
JULIO-OCTUBRE 2018: Sesiones formativas. Inclusión de los parámetros y del procedimiento en el soporte informático de la uci.
NOVIEMBRE-ENERO 2019: Evaluación del proyecto de mejora.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0856 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

2. RESPONSABLE ..... CARLA TOYAS MIAZZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· REMACHA MONEDERO ALBA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· DE ESCALANTE YANGÜELA BEGOÑA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· ADRIAN SANJUAN RAQUEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· LOPEZ LEON MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· GRACIA GUTIERREZ ANYULI. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Cada año más de 20 millones de personas en el mundo afrontan el final de su vida (FV) por enfermedad avanzada y el 70% de los que fallecen sufre un periodo de varios meses de ET en el que la persona y su familia viven circunstancias que ocasionan gran sufrimiento.
En la mayoría de países desarrollados, la muerte se produce en hospitales e instituciones y cada vez menos en domicilio. El envejecimiento poblacional y la creciente dependencia hacen que muchos de estos pacientes sean atendidos en Medicina Interna (MI).
La falta de formación sobre cuidados paliativos por los profesionales de la salud y el desconocimiento de los pacientes y la familia acerca de las últimas fases de la enfermedad, son un obstáculo importante a los programas de mejora del acceso a esos cuidados.
En MI acogen cada vez con más frecuencia la atención a estos pacientes y la polivalencia, visión integral e integradora se hacen necesarias y cobran especial valor.
Cuando las estrategias de intervención han resultado ineficaces ante un paciente en situación terminal, la adecuación del esfuerzo terapéutico y en ocasiones, la sedación paliativa, son necesarias. Ambos conceptos deben convertirse en una práctica socialmente aceptada y bien manejada por los profesionales sanitarios. Están recogidas en el BOE núm. 115, 14 mayo 2011 y BOA núm. 70, 7 abril 2011, y su objetivo es proporcionar a la persona al FV una atención sanitaria de calidad, apoyando a la familia en la toma de decisiones.
Nuestro objetivo principal es mejorar la atención al FV desarrollando un documento informativo que ayude a los profesionales a transmitir la situación vital del paciente y la actitud terapéutica ofrecida y que ayude a las familias a entender la situación de irreversibilidad, la futilidad de otras medidas diagnóstico-terapéuticas y el importante sufrimiento del paciente, aceptando, si es necesaria la sedación paliativa/terminal (ST) con la tranquilidad de saber que se le va a ofrecer una "buena muerte".

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Mejorar la atención al paciente terminal y su familia y evitar la sensación de abandono con sufrimiento físico o psicológico
-Ayudar al profesional en la comunicación con las familias de pacientes que precisen ST
-Ofrecer información escrita en lenguaje sencillo a los familiares, para ayudar a que participen activamente en la toma de decisiones al FV
-Conocer datos epidemiológicos y clínicos de pacientes a los que se aplique ST
-Identificar medidas de diagnóstico y ttº fútiles en pacientes en ST (obstinación terapéutica)

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Elaboración de un documento informativo que explique en lenguaje sencillo qué es la ST y en qué momento se emplea, para ser utilizado por los profesionales de MI como complemento y apoyo a la hora de informar a los familiares del paciente.
-Difusión del documento en sesión clínica del servicio y con personal sanitario del Servicio de Medicina Interna C (MIC).
-Elaboración de una encuesta sencilla sobre la utilidad del documento y puntos de mejora para el personal médico del servicio y resto de personal sanitario de MIC.
- Elaboración de una encuesta de satisfacción a las familias de fallecidos con sedación en MI (se intentará realizar previa y posteriormente a la puesta en marcha de este plan de mejora).
-Diseño de estudio descriptivo que incluya variables epidemiológicas, clínicas y técnicas diagnóstico-terapéuticas fútiles en pacientes que reciban ST.
-Elaboración de consentimiento informado para la recogida de datos epidemiológicos, clínicos y técnicas aplicadas, de pacientes en los que se decida sedación paliativa en MIC.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-% de pacientes en los que se ha utilizado el documento de apoyo al FV. Estándar desconocido.
-Grado de satisfacción de los profesionales respecto al documento diseñado, utilidad y puntos de mejora. Fuente: encuesta personal sanitario.
-Grado de satisfacción de las familias, previo y posterior a la implementación del documento. Fuente: encuestas contestadas de familiares.
-Estudio descriptivo de los pacientes a los que se aplicó ST en MIC. Fuente: recogida de datos de pacientes con ST en MIC.
-Estudio descriptivo de los datos recogidos acerca de las técnicas fútiles realizadas en los últimos momentos de la vida. Fuente: recogida de datos de pacientes con ST en MIC.

Proyecto: 2018_0856 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Elaboración del documento informativo. (Dra. Toyas)
- Elaboración de la encuesta de satisfacción para familiares. (Dra. Toyas/Gracia)
- Elaboración de la encuesta de satisfacción para el personal sanitario. (Dra. Toyas/Gracia)
- Entrega de documentación para su aprobación por las comités pertinentes. (Dra. Toyas)
- Difusión del documento informativo a los médicos del Servicio de MI en sesión clínica. (Dra. Toyas/de Escalante).
- Difusión del documento al resto de personal sanitario de MIC. (Sras. López, Remacha y Adrian)
- Análisis datos epidemiológicos, clínicos y técnicas fútiles realizadas a pacientes que han recibido ST. (el equipo)
- Encuesta a los miembros del servicio y a familiares. (el equipo)
- Análisis del nivel de satisfacción y de datos recogidos. (el equipo).

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedad terminal no neoplásica o neoplásica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1114 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... CARMEN VICENTE DE VERA FLORISTAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORRUBIA PEREZ CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· PEREZ CALVO JUAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· SAMPERIZ LEGARRE PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· RUIZ DE LA IGLESIA FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· ESPUELAS MONGE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad en el Servicio de Medicina Interna (SMI) existe una hoja de información personalizada que incluye la identificación del facultativo, horario y lugar de información médica, que está siendo infrautilizada por parte de los facultativos.
A pesar de que habitualmente el facultativo se presenta en el primer contacto que tiene con el paciente y familiares,es frecuente constatar a lo largo del ingreso que desconocen el nombre del médico responsable; además, el deseo de conocer e identificar a los profesionales responsables de su cuidado aparece como el primer punto dentro del “Decálogo del paciente hospitalizado”, recientemente editado.
También es habitual la información a familiares en el pasillo, por parte del facultativo, donde es más difícil preservar la confiencialidad y su derecho a la intimidad. Además, esta práctica puede implicar la presencia de mayor número de familiares de los estrictamente necesarios, en horario de mañana, lo que en ocasiones altera el trabajo de los distintos profesionales en la planta.
Se pretende al entregar la Hoja de Información Personalizada, que el médico responsable pueda ser identificado en todo momento por paciente y familiares y adecuar la información a los familiares en despacho médico en horario establecido respetando confidencialidad

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Cumplir la ley de Autonomía del paciente.
- Identificación del médico responsable del paciente
- Evitar información en el pasillo adecuando el lugar de información respetando la intimidad del paciente y el secreto profesional
- Disminuir el número de familiares durante el pase de visita y evitar su permanencia en los pasillos para favorecer el trabajo de los distintos estamentos

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actualización de la hoja de información personalizada
- Sesión clínica informativa a todo el servicio presentando la hoja y explicando el proyecto
- Distribución de la hoja informativa personalizada
- Recordatorio mensual, junto con la evaluación mensual, o un envio mensual a cada facultativo, de los resultados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes ingresados en el SMI a los que se les ha facilitado la hoja de información/número de pacientes ingresados en el SMI
- Evaluación una vez al mes durante 6 meses. Habrá un médico responsable en cada planta del SMI quién cuantificará el número de hojas dadas por cada facultativo a los enfermos/ familiares correspondiendo con el numero de altas mensuales, las hojas estarán numeradas previamente.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fase de intervención: septiembre 2018-marzo 2019
Difusión proyecto de mejora entre personal facultativo: septiembre 2018
Implantación de la hoja de información personalizada: octubre 2018 a marzo 2019
Recogida de indicadores: octubre a marzo
Valoración de resultados. Abril 2019 –mayo 2019

9. OBSERVACIONES.
HOJA DE INFORMACIÓN PERSONALIZADA

Estimado señor o señora:

Proyecto: 2018_1114 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

El/la médico especialista que le atenderá durante su ingreso en la planta de Medicina Interna

es el/la Dr./Dra.

El horario en el que de manera habitual puede recibir la información sobre la evolución clínica de los pacientes, siempre y cuando el paciente en uso de sus facultades no exprese objeciones, será:

Médico

Horario
Lugar

Dr./Dra.
13:30 H
SECRETARIA

Establecer un horario de información propiciará una información diaria más completa y exhaustiva, por lo que siempre y cuando sea posible, debemos respetarlo ya que ello redunda en beneficio de los pacientes y facilita el trabajo de los profesionales.

En fin de semana no se facilitará información médica salvo incidencias o ingresos.

No obstante, si la situación clínica del paciente sufriera modificaciones significativas o existieran causas justificadas que le impidan ajustarse al horario previsto, por favor comuníquelo a su médico e intentaremos ajustarnos a sus necesidades todo lo que nos sea posible.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1235 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO CANO FERNANDEZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ LAIGLESIA FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· SAMPERIZ LEGARRE PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· DE LA RICA ESCUIN MARISA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. INVESTIGACION
· GARCIA BARRECHEGUREN ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· MONCHE PALACIN ANA MARIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· GIRON JORCANO GEMA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· OLIVERA GONZALEZ SUSANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En planta de Medicina Interna(MI) ingresan frecuentemente pacientes pluripatológicos, de avanzada edad, con enfermedades crónicas en ocasiones muy avanzadas. La estimación del pronóstico del paciente con enfermedad crónica avanzada (demencia, enfermedad pulmonar, cardiaca, hepática, renal, o cáncer en estadios avanzados) es complejo pero esencial, ya que la detección de una situación de enfermedad avanzada terminal determina la necesidad de medidas paliativas(NECPAL) en ese paciente. Existe la percepción de un uso excesivo de terapias que resultan fútiles en el tratamiento del paciente con enfermedad terminal en la práctica clínica y tanto el uso de esta terapia como su no retirada se considera mala praxis médica, la denominada “obstinación terapeútica”.
La limitación de esfuerzos terapéuticos (LET) en algunos pacientes, como resultado de un proceso de valoración clínica ponderada, es una correcta práctica deontológica (Art.27.2 del Código de Ética y Deontología Médica de 1999 de la OMC). LET es la retirada o el no inicio de medidas terapéuticas de soporte vital que el profesional sanitario estima que son inútiles o fútiles en un determinado paciente, ya que tan solo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una mínima calidad de vida. A diferencia de la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar entre otras, la antibioticoterapia (AB) resulta más difícil de encasillar dentro de estas medidas de tratamientos de soporte vital.
En la bibliografía actual hay pocos datos que aborden el papel del uso AB al final de la vida
Por otra parte, cada vez es más necesaria la sensibilización sobre el adecuado uso de AB en nuestra práctica diaria, tanto por sus efectos en el paciente, en la aparición de resistencias, el medioambiente y gasto sanitario entre otros.
Hemos considerado que puede tener un gran interés el estudio del uso de AB en el final de la vida, analizando su utilización en los días anteriores al fallecimiento en pacientes ingresados en MI, en situación de enfermedad crónica avanzada terminal. Nos ha parecido lo más idóneo realizar el estudio retrospectivo de los pacientes fallecidos en el hospital, dentro de un grupo de 142 pacientes ya seleccionado previamente (mayo-septiembre 2017) con enfermedad terminal y necesidad de medidas paliativas mediante el instrumento NECPAL-CCOMS-ICO versión 3.0 2016.
Del análisis que se realice sobre el uso de AB en la etapa final de la vida de estos pacientes, pueden desprenderse conclusiones que ayuden a la toma de las decisiones más adecuadas para mejorar la atención dispensada, dentro de la buena práctica médica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Estudiar el uso de la AB previo al fallecimiento en el grupo de pacientes previamente seleccionados en situación de enfermedad crónica terminal, con necesidades de cuidados paliativos en el servicio de Medicina Interna(NECPAL+), y encontrar oportunidades de mejora para la práctica clínica en estos pacientes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Determinar los pacientes fallecidos en el hospital desde mayo de 2017 hasta mayo de 2018, dentro del grupo de pacientes previamente seleccionados (NECPAL+).
2.- Recogida de los datos clínicos de los pacientes en situación de enfermedad terminal que han fallecido en el hospital.
3.- De éstos, determinar los pacientes con tratamiento AB los días previos al fallecimiento.
4.- Determinar la duración del tratamiento AB (fecha de inicio y de retirada).
5.- Recogida de los datos clínicos de los pacientes con suspensión del AB, previa al fallecimiento
6.- Determinación de pacientes fallecidos con o sin AB, con notificación pronóstica expresa en Historia clínica.
7.- Análisis de datos
8.- Difusión de los resultados entre los miembros del Servicio.
9.- Identificación de oportunidades de mejora.
10.- Planteamiento de estrategia de intervención
11.- Difusión acciones de mejora
12.- Evaluación de los resultados
Se revisrá para ello, los informes electrónicos de exitus, prescripción terapeútica, registros de enfermería en Cacela Care, y la Historia clínica en soporte papel.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+ fallecidos desde mayo 2017 a mayo 2018 (fallecidos en un año/Nº de pacientes NECPAL x 100)

Proyecto: 2018_1235 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

-Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+, fallecidos, a los que se administre AB en los últimos días previos a su muerte (fallecidos con AB/Fallecidos total x100)
-Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+, fallecidos, a los que se retira AB en los últimos días previos a su muerte (fallecidos con retirada deAB/Fallecidos con AB los días previos x100)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio: Junio 2018
Fecha de finalización: Diciembre 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedad cronica avanzada
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1422 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... SUSANA OLIVERA GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTABARBARA ARILLA CRISTINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· GARCIA BARRECHEGUREN ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· MARCO NAVARRO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· GRACIA GUTIERREZ ANYULI. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· CAMON PUEYO ANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La satisfacción de los pacientes se considera un importante componente de la calidad de la atención sanitaria. Debido a la valoración individual de la asistencia sanitaria recibida, resulta complejo realizar una medida objetiva de la misma. Existen diferentes metodologías para medir la satisfacción del paciente, siendo una de las herramientas más populares las que se basan en el uso de cuestionarios, tanto autoadministrados a los pacientes como los cumplimentados mediante entrevista personal. Recientemente en nuestro hospital se ha desarrollado un decálogo de los puntos que resultan de mayor importancia para los pacientes ingresados en el HCU.
El objetivo de este proyecto es realizar una aproximación a la percepción que tienen los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna de la calidad, sobre todo de los aspectos interpersonales, así como del cumplimiento de decálogo mencionado anteriormente y recientemente difundido en nuestro hospital, pudiendo servir como punto de partida para implementar la atención humana ofrecida a nuestros pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer la percepción de los pacientes ingresados en M. Interna de la atención interpersonal recibida por el personal sanitario en el servicio de M. Interna del HCU "Lozano Blesa".

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizará un estudio observacional descriptivo a lo largo de varios meses, en los que se entregará un autocuestionario al ingreso del paciente, y que de forma voluntaria completarán y entregarán en el momento del alta. Se entregará el cuestionario a un número aproximado de 400 pacientes, realizando posteriormente el análisis estadístico de los resultados. En función de los resultados obtenidos, se espera se derive en una mejora de la atención interpersonal ofrecida a los pacientes y familiares de los mismos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Estándar: se ofrece información veraz (pruebas, tratamiento, ...) a los pacientes y familiares, completa y adecuada.
- Estándar: se informa en un lugar adecuado a los familiares.
- Estándar: se avisó con la suficiencia antelación del día del alta, entregando un informe de alta con explicaciones acerca del mismo.
- Estándar. el personal sanitario es amable y respetuoso con el paciente.
- Estándar: se ha respetado el descanso nocturno.
- Estándar de calidad: tiempo de visitas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Entrega de autocuestionario: Agosto-Noviembre 2018.
- Análisis de resultados: Diciembre 2018.
- Comunicación de resultados y propuestas de mejora: Enero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TODA PATOLOGÍA MÉDICA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1559 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

2. RESPONSABLE ..... ARACELI JIMENO SAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ LAIGLESIA FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· SIERRA BERGUA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· REIG ARTES MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· SAN CLEMENTE LABARTA CHARO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· GARIJO CAMARA CHARO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA INTERNA
· HORMA OREJA OIHANA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según la definición de la OMS, una reacción adversa medicamentosa (RAM) viene definida como cualquier respuesta a un fármaco que es nociva ó no intencionada que ocurre a dosis habitual en pacientes para profilaxis diagnóstico ó tratamiento de una enfermedad relacionada con el uso de un determinado fármaco.
La polifarmacia representa uno de los principales problemas en la atención a los pacientes ancianos. Este grupo de edad, son generalmente pacientes pluripatológicos que requieren por ello un mayor consumo de fármacos. A veces, el equilibrio entre la necesidad del fármaco y las reacciones adversas (RAMs) a ellos supone un verdadero desafio. Casi en la mitad de los casos son evitables. Las caídas, la hipotensión ortostática, la insuficiencia cardíaca y el delirium son las más frecuentes. Ningún fármaco está exento de RAMs. Es bien conocido que los pacientes ancianos consumen un porcentaje elevado de fármacos en relación a la población más joven, tienen enfermedades médicas intercurrentes y además también sufren modificación en los parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos de los fármacos. Las RAMs son más frecuentes en la población anciana debido a la polifarmacia.
Aproximadamente el 15% de la población es mayor de 65 años y representan un tercio de todas las prescripciones e incluso mayor en el consumo de fármacos no prescritos. Además, las RAMs no son únicamente idiosincrásicas, ó dosis dependiente sino que la interacción entre fármacos conlleva un aumento en la frecuencia de las mismas entre el 35 y 60% de los casos.
Las estrategias para disminuir el número de RAMs son múltiples, desde la suspensión de los medicamentos, el cambio de los mismos, reducir el número de prescriptores, y valorar la conciliación. Las RAMs afectan tanto a pacientes ingresados (1 de cada 6 presentaran una RAMs) como ambulatorios.. Además de su incidencia, las RAMs representan una elevada morbimortalidad.
Existen distintos factores (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal), que predisponen a las mismas, suponiendo un aumento en los días de hospitalización con el consiguiente gasto económico. En los próximos 25 años, se espera que la población con edades superiores a 65 años, representen más de 70 millones. Actualmente la pirámide de edad está cambiando y la población mayor de 85 años representa un porcentaje de mayor crecimiento. Todos estos factores han contribuido a plantearnos este plan de mejora con objeto de mejorar la calidad de nuestros enfermos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Valorar las RAMs a fármacos en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna.
- Determinar las características epidemiológicas de estos pacientes.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes que han precisado ingreso hospitalario por este motivo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión inicial para evaluar el protocolo.
- Reuniones periódicas según las necesidades para valorar los posibles problemas que puedan acaecer en la implantación del protocolo.
- Se realizará un estudio descriptivo y observacional

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes con reacciones adversas a fármacos/número de pacientes tomadores de dichos fármacos en el Servicio de Medicina Interna.
- Porcentaje de pacientes que han requerido ingreso hospitalario por reacciones adversas a fármacos..
- Número de pacientes que consta en el diagnóstico del informe de alta la reacción adversa
- Porcentaje de pacientes que se les ha retirado medicación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Septiembre - marzo 2018 recogida de eventos.
Abril- junio 2018 análisis de datos.
Comunicación de resultados y propuestas de mejora

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_1559 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0772 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA "REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS"

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO HERNANDEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· POZO RINCON ALICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· LOPEZ DOMENECH CONCEPCION. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· LOPEZ MENDOZA HECTOR. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· MARECA DOÑATE ROSA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· PRIETO ANDRES PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· FELIX MARTIN MANUELA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· AIBAR REMON CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la consulta de vacunas del Sº de Medicina Preventiva y Salud Pública se implementan los diferentes programas de vacunación de pacientes en situaciones especiales, según sus diagnósticos y tratamientos específicos.
Para el desarrollo de dicha actividad y con criterios de efectividad y seguridad, hasta el momento actual un médico y un diplomado universitario en enfermería pasan conjuntamente la consulta.
Dado que parece existir un criterio general en el SALUD y en el centro de diferenciación de consultas médicas y de enfermería, se han detectado varias áreas y oportunidades de mejora relacionadas con esta actividad, particularmente en lo que respecta a los siguientes aspectos:
• Adecuación a las sistemática de consultas de atención ambulatoria del centro
• Gestión eficiente de recursos humanos
• Distribución de actividades según estamento
• Competencias del personal
• Seguridad en el proceso de vacunación

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Rediseñar el proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento y los flujos de los pacientes desde que solicitan la atención hasta que son dados de alta en la consulta
• Establecer los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades.
• Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas y las actividades a desarrollar.
• Elaborar un listado de verificación encaminado a la mejora de la seguridad de la actividad relacionada con la prescripción y administración de las vacunas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El plan de actividades previsto para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la Consulta de Vacunas incluye:
1. Elaboración del diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
2. Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
3. Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
4. Elaboración de un listado de verificación de seguridad para el proceso de dispensación ya dministración de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
5. Elaboración de un Registro de errores de administración de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento (sí/no)
- Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades (sí/no)
- Definición de las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas (sí/no)
- Existencia de un check list de verificación de seguridad para el acto vacunal (sí/no)
- Errores de administración de vacunas (0 en cuatro meses)

Los mencionados indicadores para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento "Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública", que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Febrero-Marzo: Elaboración del diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento.

Proyecto: 2018_0772 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA "REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS"

- Abril-Mayo: Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades.
- Junio: Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas.
- Julio: Elaboración de un check list de verificación de seguridad para el acto vacunal y de un Registro de errores de administración de vacunas.
- Agosto-Noviembre: Implementación de las medidas anteriores
- Diciembre: Evaluación de resultados (cumplimiento de actividades y número de errores de administración de vacunas)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes susceptibles de vacunación por su patología de base o tratamiento inmunosupresor que tome
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0956 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO GARCIA MONTERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YAGUE ALVAREZ PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· LAGUIA MARTIN PILAR. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· MOLINER LAHOZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· MARECA DOÑATE ROSA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· LOPEZ MENDOZA HECTOR. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· FELIX MARTIN MANUELA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· AIBAR REMON CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) mantiene un sistema de vigilancia de la Infección Nosocomial (IN) prospectivo, activo, continuo y global desde hace muchos años.
Hay una situación cambiante en el mundo de la vigilancia y control de la Infección Nosocomial: cambio en los gérmenes más prevalentes; pacientes cada vez más complejos y con alta comorbilidad; incremento de infecciones por gérmenes multirresistentes; aplicación de programas específicos como RZ y PROA; el desarrollo y ampliación de las TICs relacionadas con la atención de los pacientes; etc.
A nivel institucional además hay una tendencia clara que pretende organizar un Sistema de Vigilancia específico de las Infecciones Nosocomiales (en teoría de todas las IRAS – Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria – pero centrado en la infección de origen nosocomial). Por un lado el Ministerio de Sanidad, ha impulsado con las CCAA un grupo de trabajo para implantar a medio plazo un Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS. Por otro lado, el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón ha creado a su vez un grupo de trabajo – Grupo IRASPROA - con el mismo objetivo (crear un Sistema de Vigilancia de las IRAS que unifique los criterios en los hospitales de la CCAA, y sirva a su vez para dar respuesta al Sistema de Vigilancia Nacional).
Por todo ello, se hace necesario revisar y reestructurar el actual Sistema de Vigilancia de la Infección Nosocomial, para adaptarnos a las líneas de trabajo autonómica y nacional, y para optimizar los recursos humanos limitados actuales.
Se han detectado varias áreas y oportunidades de mejora relacionadas con estas actuaciones:
• Situación epidemiológica cambiante, con aparición de gérmenes multirresistentes de alta trascendencia epidemiológica.
• Existen documentos y protocolos, en parte en fase de borrador, que marcan las áreas prioritarias en la Vigilancia de las IRAS
• Alta carga de trabajo y situaciones de presión puntual sobre el personal de enfermería del SMPySP, asociadas a situaciones de sobrecarga asistencial y a recambio del personal (tanto propio como de las unidades de hospitalización) sin suficiente planificación, formación ni supervisión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos específicos del presente programa de mejora son los siguientes:
• Revisar el actual Sistema de Vigilancia de la IN de nuestro Servicio, para identificar las áreas más prioritarias de acuerdo a las líneas definidas por el MSSSI y el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
• Seleccionar los procesos de Vigilancia de IN que deben modificarse, incorporarse o derogarse.
• Definir los procesos de Vigilancia de IN que finalmente se adopten.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Plan de actividades previsto para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección:
1. Revisión de los procesos de Vigilancia de IN existentes comparados con los planteamientos nacionales y autonómicos.
2. Identificación de aquellos procesos más prioritarios y actualmente factibles con los recursos disponibles en nuestro servicio.
3. Redacción de los procesos seleccionados y los cambios requeridos en el Sistema de Vigilancia de IN para su adopción.
4. Implementación de los cambios.
5. Evaluación de resultados (aplicabilidad real de los procesos definidos).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores seleccionados para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento “Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública”, que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.
Objetivos e Indicadores:
• Revisar el actual Sistema de Vigilancia de la IN: Documento de priorización de los procesos de Vigilancia de IN. (SI/NO/PARCIAL)
• Seleccionar los procesos de Vigilancia de IN que deben modificarse, incorporarse o derogarse: Documento de identificación de los procesos de Vigilancia de IN seleccionados, y cambios precisos para su implementación. (SI/NO/PARCIAL)
• Definir los procesos de Vigilancia de IN que finalmente se adopten: Manual de definición de los procesos de

Proyecto: 2018_0956 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

Vigilancia de IN seleccionados. (SI/NO/PARCIAL)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Marzo-Abril: Revisión de documentos nacionales y autonómicos y comparación con el Sistema de Vigilancia actual.
- Abril-Mayo: Definición del nuevo Sistema de Vigilancia y los cambios necesarios para su implementación.
- Junio-Julio: Implantación progresiva del nuevo Sistema de Vigilancia.
- Septiembre-Diciembre: Adaptación del procedimiento, en base a la evaluación, e implementación de los cambios precisos. Evaluación anual.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1044 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

2. RESPONSABLE ..... MANUELA FELIX MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO LATORRE ARACELI. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BLOQUE QUIRURGICO
· HERREROS SEÑALADA NATIVIDAD. HOSTELERO. H CLINICO UNIVERSITARIO. HOSTELERIA
· LAGUIA MARTIN PILAR. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· PAESA GARZA MARIA CRUZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· PEREZ BENDICHO PEÑA. INGENIERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ELECTROMEDICINA
· PRIETO ANDRES PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· TEJERO TOMAS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un problema importante para los pacientes que las padecen y para el sistema sanitario.
El último estudio EPINE (Prevalencia de infección nosocomial de España), indica que entre un 5% - 10% de pacientes hospitalizados desarrollan este tipo de infección.
La limpieza y desinfección de suelos, superficies y, en especial, de los materiales sanitarios que contactan con los pacientes, se considera una medida necesaria para evitar la trasmisión de infecciones a los pacientes.

Contar con equipos de vigilancia, prevención y control de las infecciones; programas de higiene, limpieza y desinfección del entorno sanitario y de los materiales y equipos médicos son herramientas clave para disminuir las IRAS.

Las tareas de limpieza y desinfección las pueden realizar diferentes profesionales de los centros sanitarios: personal de limpieza, de enfermería u otros profesionales Se requiere la coordinación entre ellos y sus responsables.

La magnitud y gravedad de las IRAS en los pacientes, el alto coste de los equipos médicos, la detección de prácticas incorrectas en técnicas de limpieza y desinfección, y la demanda de formación del personal sanitario en esta área hace que nos planteemos si son adecuados los procesos de limpieza y desinfección que se están realizando en estos momentos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Elaborar, revisar y/o actualizar normas de higiene, limpieza y desinfección de suelos, superficies de zonas críticas u otras si procede: Bloque quirúrgico, Hemodinámica…
- Elaborar, revisar y/o actualizar normas de limpieza y desinfección de materiales y equipos médicos.
- Atender a las consultas de higiene, limpieza y desinfección de material sanitario y equipos.
- Conocer si las prácticas que se están realizando son efectivas y seguras de acuerdo a las recomendaciones establecidas por el Servicio de Medicina Preventiva y Servicio de Electromedicina.
- Indicar y difundir las normas de higiene, limpieza y desinfección.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Actualizar el protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico
- Elaborar las normas de higiene, limpieza y desinfección en la Unidad de Hemodinámica.
- Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Revisar las prácticas de limpieza y desinfección que se están realizando y mejorarlas, si procede.
- Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos, y difundirlas a los profesionales implicados.

- Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios, y difundir la información a los profesionales implicados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Actualización del protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico SI
Elaboración de las normas de higiene, limpieza y desinfección de la Unidad de Hemodinámica. SI
Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades.SI (>80%)
Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede.SI (>80%)
Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos y difundirlas a los profesionales implicados.SI

Proyecto: 2018_1044 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

(>80%)

Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios y difundirlas a los profesionales implicados.SI (>80%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actualización del protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico.
Octubre-Noviembre 2018

Elaboración de las normas de higiene, limpieza y desinfección de la Unidad de Hemodinámica. Mayo 2019

Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Atención a la demanda Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede.Atención a la demanda
Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos y difundirlas a los profesionales implicados.Indicaciones generales:
Septiembre 2018
Indicaciones especificas: Respuesta a las consultas

Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios y difundirlas a los profesionales implicados.
Indicaciones generales:
Septiembre 2018
Indicaciones especificas: Respuesta a las consultas

9. OBSERVACIONES.
Líneas estratégicas: Mejora de la práctica asistencial, eficiencia, prevención y control de las IRAS, seguridad de pacientes y adecuación de recursos.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0289 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL BENITO RUESCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL TOMAS JOAQUINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· VITORIA AGREDA ASUNCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SANCHEZ YANGÜELA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BELTRAN ROSEL ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CAMEO RICO MARIA ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· KHALIULINA TATIANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El coste de las pruebas de laboratorio de Microbiología tiende a aumentar cada vez más, debido, entre otros factores al aumento de pacientes asistidos, la implantación de programas de prevención de enfermedades infecciosas o de protocolos de asistencia a inmigrantes o a pacientes complejos, etc.

Existe una utilización subóptima de los recursos diagnósticos que dispone el laboratorio de Microbiología como consecuencia de la solicitud y realización de pruebas innecesarias e improcedentes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Contribuira a la reducción del gasto sanitario. Hasta ahora se ha conseguido una reducción aporoximada de 60000 € anuales, desde la implantación del programa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El sistema implica:

- Verificación de datos demográficos del paciente en la ventanilla de la UCL o en la fila de espera:
- Ver si el nombre y apellidos del volante de petición está completo, es legible, no hay intercambio entre apellidos y nombre (pacientes extranjeros) y si está bien escrito (extranjeros).
- Verificar otros datos como edad, sexo y país de origen del paciente que ayudan en la toma de decisiones en el laboratorio y en la identificación de pruebas previas de ese paciente, cuyos datos demográficos han podido introducirse de otra manera.

- Introducción “homologada” de los datos demográficos mediante el establecimiento de un protocolo que establezca la forma de introducir por parte de los administrativos de:

- Los apellidos compuestos: del Hierro (preposición antes del 1º apellido o detrás del nombre), Pérez-García (con o sin guión), San Juan (junto o separado), El Moutadi (“El”, antes del apellido o tras el nombre), etc.
- Los apellidos en los recién nacidos y en los gemelos.
- Los nombres: rechazo de diminutivos (Conchita), alias, apócopes, iniciales, preposiciones (María del Pilar ó María Pilar), etc.
- Los pacientes extranjeros con un único apellido (con o sin espacio/s detrás.
- El nombre de los pacientes cuando no cabe en el campo informático correspondiente (por dónde se corta para que no conste el nombre).
- Forma de utilización del campo comentarios (no utilizarlo para expresiones como “embarazo confirmado no deseado” que van contra la intimidad de la paciente, y definir para qué datos conviene utilizarlo).

Y que debería ser utilizado por los administrativos de la UCL (en general del hospital) y en la elaboración de las etiquetas para a los impresos del paciente.

- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas improcedentes mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del sistema informático.

- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada. Este informe cumple dos funciones: disponer de un marcador cuantificable de realización del proceso y “educar” al facultativo solicitante para evitar la repetición de la solicitud improcedente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Recuento de las pruebas rechazadas.

- Evaluación de la eficiencia económica del proyecto, en términos de disminución del gasto.

Proyecto: 2018_0289 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Años 2018 y 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0294 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

2. RESPONSABLE ..... MARIA SOLEDAD SALVO GONZALO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALGARATE CAJO SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BENITO RUESCA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MUÑOZ MUÑOZ LARA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MENDOZA LOPEZ CLAUDIA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PERERA LERIN ANA ISABEL. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actuación dirigida a informar resultados positivos que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aún cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En 2017 se enviaron informes preliminares del 55,55% de los hemocultivos positivos solicitados desde el Servicio de Medicina Intensiva, que correspondían al 100% de los pacientes con hemocultivos positivos.
Esperamos conseguir resultados similares durante este año

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizamos los siguientes informes preliminares:
- Tinción de Gram de las botellas de hemocultivo tras la incubación
- Cultivos con resultados significativos
- Identificación rápida a partir de las botellas positivas de los hemocultivos mediante espectrometría de masas.

En cada caso se elabora el informe especificando “Informe preliminar” y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
35% de los hemocultivos positivos con informe preliminar
Los datos estarán disponibles en el laboratorio.
Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con Bacteriemia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0442 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

2. RESPONSABLE ..... SONIA ALGARATE CAJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SERAL GARCIA CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MUÑOZ MUÑOZ LARA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· MENDOZA LOPEZ CLAUDIA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· PERERA LERIN ANA ISABEL. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los hemocultivos de pacientes pediátricos son informados de forma preliminar a las 72 horas cuando estos son negativos. Esta acción orienta a la suspensión del tratamiento antibiótico siempre que se cumplan los criterios clínicos, analíticos y microbiológicos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
En 2017 se enviaron informes preliminares en el 80,39% de los hemocultivos negativos de los pacientes pediátricos tras 72 h de procesamiento

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En cada caso se elabora el informe especificando “Informe preliminar” y se procede a la validación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
80% de los hemocultivos negativos pediátricos con informe preliminar a las 72 h.
Los datos estarán disponibles en el laboratorio.
Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes pediátricos que no precisan tratamiento antibiótico tras descartar bacteriemia
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0488 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SERAL GARCIA
· Profesión ..... TER
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· BELTRAN ROSEL ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SANCHEZ YANGÜELA BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· FRESNEÑA FRIAS BELEN. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· KHALIULINA TATIANA. TEL. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· CONDADO CONDADO HECTOR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Adelantar los resultados positivos obtenidos al reducir el tiempo de identificación por la introducción de la espectrometría de masas en el laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar informes preliminares al obtener el resultado positivo para adelantar el resultado al menos 24h. Todos los coprocultivos positivos por cultivo se informan en una prueba preliminar antes de tener el resultado definitivo y el antibiograma.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En cada caso se elabora el informe especificando “informe preliminar” y se procede a la validación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
80% de los coprocultivos positivos con informe preliminar a las 72h. Se obtiene a través de las estadísticas del servicio

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 enero-31 diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0875 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER VIDAL GALINDO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Conservación de la información de los hemocultivos positivos
El laboratorio de microbiología genera gran cantidad de información sobre la patología infecciosa de los pacientes tanto hospitalizados como extrahospitalarios.
La información, debe ser conservada, no solo para ser recuperada siempre que sea necesaria, sino además porque en ocasiones, es seguida de actuaciones preventivas y asistenciales por parte de las comisiones hospitalarias, de los servicios asistenciales y de las autoridades sanitarias.
La legislación española según el Artículo 17.1 de la Ley 41/2002 de 14 noviembre, de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condicio¬nes que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el sopor¬te original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
Además, en su¬puestos especiales cuando existan razones epi¬demiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, la documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legisla¬ción vigente. Los sistemas de información del laboratorio deben ser capaces de almacenar y preparar estos datos para su posterior análisis.
La misión del Servicio de Microbiología del H.C.U. Lozano Blesa es el diagnóstico de las enfermedades infecciosas a partir de muestras clínicas de pacientes ingresados en nuestro hospital y de pacientes atendidos en consultas externas, consultorios y centros de salud pertenecientes al Sector III de Zaragoza.
A pesar de que la información queda registrada informáticamente una vez validados los resultados y finalizado el proceso asistencial, los volantes de solicitud junto con las anotaciones del facultativo y una copia del informe remitido al médico peticionario son archivados en carpetas por tiempo indefinido en un espacio destinado a aspectos administrativos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar las condiciones de conservación de los hemocultivos con resultados positivos, facilitar el acceso a dicha información y mejorar la seguridad de los datos del paciente.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Scaneo de los volantes originales y de las copias de los resultados.
Conservacíon en archivos digitales

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
100% de hemocultivos escaneados
Documentacion disponible en el Servicio de Microbiología

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
01/06/2018 al 31/12/2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0645 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)

2. RESPONSABLE ..... PABLO IÑIGO GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALVAREZ LIPE RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· BERNI WENEEKERS ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· MARTIN AZARA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· PEÑA PORTA JOSE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· GAMEN PARDO ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· VERNET PERNA PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Unidad actual de Hemodiálisis del HCU Lozano Blesa requiere de una transformación pues desde que se diseñó está dimensionada y estructurada de forma provisional. Hay un déficit de puestos de HD en la sanidad pública que obliga a concertar esta prestación fuera de nuestras instalaciones. En caso de necesidad de alguno de los grandes centros de HD en Aragón no hay plazas suficientes para remplazarlos

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Ampliar los puestos de HD de nuestro Sector (útiles para el resto de Sectores en caso necesario) sin depender de convenios externos
2. Modernizar conforme a lo requerido en las Normativas la Unidad de HD de nuestro hospital en las instalaciones del IJ
3. Disminuir el coste de la HD (precios por debajo del convenio con el proveedor externo)
4. Dar un Servicio de Calidad a nuestra población con ERC terminal que requiere Tratamiento Renal Sustitutivo en nuestro Sector con unas instalaciones acordes a la nefrología actual y con menor efecto hospitalario que el actual

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se han realizado incontables reuniones entre Dirección, Especialistas Médicos, Enfermería para poner en marcha un Proyecto de esta envergadura.
Se ha transmitido a los pacientes el Proyecto, al que sólo serán trasladados aquellos pacientes cuyas condiciones genrales permiten Diálisis en un Centro Extrahospitalario, quedando aquellos casos que requieren cuidados especiales en la Unidad Hospitalaria

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Funcionamiento superponible al de la Unidad actual, exceptuendo las técnicas de Nefrología Intervencionista, la Unidad de Agudos, HD del Mieloma y HD en pacientes especiales que quedarán en la Unidad Hospitalaria
2. Unidad de Aguas y Concentrados tal y como funciona en la Unidad Hospitalaria con los mismos estándares que marca la Sociedad Española de Nefrología y las Sociedades Internacionales
Control de todas las variables a controlar clásicas en los pacientes en HD (KtV, PCR, Parámetros de serie roja, Metabolismo fosfo-cálcico, control d einfeccines por catéter, etc, excatamente igual a los parámetros de protocolo de la Unidad actual)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Puesta en marcha de la instalación, monitores, unidad de agua, sistemas informáticos.
Febrero- Mayo2018
Responsables Dr Alvarez Lipe, Dr Iñigo Gil, Dra Berni Weneekers, Supevisora de Enfermería
2. Inicio de traslado de pacientes
Junio- Julio 2018
Toda la plantilla médica y enfermería
Para el turno de mañana y tarde de Lunes-Miércoles-Viernes
3. Fases posteriores a partir de 2019

9. OBSERVACIONES.
El Proyecto es de una envergadura tal que es imposible ser esquematizado en el espacio diseñado. Por ello se han minimizado muchísimas cuestiones importantes en el desarrollo del proyecto en aras de un mejor entendimiento del mismo

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

Proyecto: 2018_0645 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1013 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LA ATENCION URGENTE (NO PROGRAMADA) A PACIENTES EN PROGRAMA DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO CON DIALISIS PERITONEAL

2. RESPONSABLE ..... PABLO IÑIGO GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERGASA LIBERAL BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· HERNANDEZ SALUEÑA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· CALLEN BLECUA ESTHER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· MARCEN LETOSA MERCEDES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· ELVIRA ARANDA JOSE MIGUEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· PEREZ BERNAD DOLORES. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
EL INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD EN LA UNIDAD DE DIALISIS PERITONEAL GENERA UN NÚMERO CADA VEZ MAYOR DE SOLICITUD DE CONSULTA URGENTE O DE ACTUACIONES NO PROGRAMADAS EN DICHA UNIDAD. SE DOTÓ DE UN TELÉFONO PARA LA ASISTENCIA EN HORAS FUERA DEL HORARIO LABORAL HABITUAL Y QUE HA CUBIERTO TAMBIÉN HORARIO DE FINES DE SEMANA Y FESTIVOS. TANTO PERSONAL DE ENFERMERIA COMO MEDICO ATIENDE POR TELEFONO 24 HORAS AL DÍA Y SE DESPLAZA AL HOSPITAL CUANDO ES NECESARIO. ESTE EQUIPO SE ENCARGA TAMBIÉN DE LAS NECESIDADES DE ESTOS PACIENTES CUANDO INGRESAN EN EL HOSPITAL PARA REALIZAR LOS RECAMBIOS NECESARIOS PARA LA TÉCNICA. ESTE TRABAJO, FUNDAMENTAL E IMPRESCINDIBLE PARA EL MANTENIMIENTO Y CRECIMIENTO DEL PROGRAMA NO ESTÁ CUANTIFICADO POR LO QUE HEMOS ENCONTRADO PROBLEMAS A LA HORA DE SOLICITAR MEDIOS TANTO HUMANOS COMO MATERIALES PARA SER LLEVADO A CABO, INCLUSO SE HA REALIZADO DURANTE MUCHO TIEMPO DE FORMA ALTRUISTA DURANTE TODO EL TIEMPO, Y POSTERIORMENTE FUERON REMUNERADOS TODOS LOS DIAS MENOS LOS SABADOS, QUE A PESAR DE TODO SE SIGUIERON CUBRIENDO.
EL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL ES UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA CALIDAD Y MANTENIMIENTO DE LA TÉCNICA DEPENDE POR COMPLETO DE LA ASISTENCIA EN CUALQUIER HORARIO AL PACIENTE, ESPECIALMENTE EN CONTRATIEMPOS O URGENCIAS.
EL BENEFICIO DE QUE NUESTRO SECTOR TENGA UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL EN OPTIMO ESTADO DE FUNCIONAMIENTO ES EVIDENTE (DERECHO A ELECCIÓN DE TÉCNICA, CALIDAD DE VIDA, INDICACIÓN MEDICA DE ELECCIÓN EN ALGUNOS CASOS, AHORRO DE PERSONAL PARA EL SISTEMA, DISMINUCIÓN DE COSTES EN TRANSPORTE, ETC.)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
EL OBJETIVO DIANA DE ESTE PROYECTO ES LA POBLACIÓN DE NUESTRO SECTOR (SECTOR COMPLETO, INCLUYENDO CALATAYUD) CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PROGRAMA DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO EN DIÁLISIS PERITONEAL.
EL PROYECTO SE DIRIGE PARA DAR PRESTACIÓN A LOS SERVICIOS DE NEFROLOGÍA DE LOS HOSPITALES DEL SECTOR, LOZANO BLESA Y ERNEST LLUCH, PERO DA APOYO A LOS CAP DE TODO EL SECTOR CUYOS MAP TRATAN A ESTOS PACIENTES Y A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EN LOS QUE INGRESAN ESTOS PACIENTES, SABIENDO QUE TIENEN CUBIERTA LA ASISTENCIA URGENTE DE LA ESPECIALIDAD DE NEFROLOGÍA EN ESTOS PACIENTES, A NIVEL DE ENFERMERIA Y ESPECIALISTAS.
ESTA PRESTACIÓN LA ESTAMOS DESARROLLANDO PERO NO DISPONEMOS DE DATOS OBJETIVOS DE NUESTRA ACTIVIDAD

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
COMO HEMOS EXPLICADO, ESTA ACTIVIDAD YA ESTÁ SIENDO LLEVADA A CABO, EN LA UNIDAD DE DP POR 1 FEA ESPECIALISTA, 3 ATS/DUE Y 1 AUXILIAR (NO PROPIA DE LA UNIDAD, DERIVADA DE LA PLANTILLA DE HEMODIALISIS)
HAY UN TELÉFONO DE URGENCIAS DE 24H QUE LLEVA POR TURNOS EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.
LA ACTIVIDAD NO PROGRAMADA SE CUBRE TAMBIÉN EL HORARIO LABORAL
LOS PACIENTES SON ADIESTRADOS PARA RESOLVER LOS IMPREVISTOS PERO SON CONOCEDORES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y DE LA DISPONIBILIDAD DE ALGUIEN DEL EQUIPO 24 HORAS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
QUEREMOS MONITORIZAR EL NUMERO DE ACTUACIONES NO PROGRAMADAS Y LAS SOLICITUDES DE ATENCIÓN URGENTE PARA PONER EN VALOR LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD, PARA PODER EN CASO NECESARIO ARGUMENTAR LA NECESIDAD D ERECURSOS EN UN FUTURO, TANTO MATERIALES COMO HUMANOS Y PARA CONOCER MEJOR LAS NECESIDADES URGENTES DE LA UNIDAD Y QUE SITUACIONES SON LAS QUE PROVOCAN DICHA ASITENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA TÉCNICO/CLINICO
- EVALUAR NUMERO DE ATENCIONES NO PROGRAMADAS EN HORARIO LABORAL
- CAUSA PRINCIPAL DE DICHAS CONSULTAS
- EVALUAR NÚMERO DE ATENCIONES URGENTES/NO PROGRAMADAS EN HORARIO NO LABORAL
- PROPORCIÓN DE CONSULTAS RESUELTAS POR ATENCIÓN TELEFÓNICA
- ATENCIÓN A PACIENTES INGRESADOS (Nº INGRESOS, Nº DE ATENCIONES POR INGRESO)(SE EXCLUIRÁN LOS INGRESOS POR COLOCACIÓN DE CATETER PERITONEAL)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
SE RECOGERÁN ESTAS ESTADÍSTICAS DESDE EL 1 DE JUNIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE
LOS ENCARGADOS DE RECOGER LOS DATOS SERÁN TODO EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE DP CON LA COLABORACIÓN DE LA SUPERVISORA DE ENFERMERIA Y EL RESPONSABLE DE CALIDAD Y EL JEFE DE SERVICIO PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

9. OBSERVACIONES.
ES NECESARIO EXPLICAR, QUE UN INGRESO DE UN PACIENTE EN DP QUE SE REALIZA 3 RECAMBIOS DIARIOS, OBLIGA AL PERSONAL DEL EQUIPO A PRESTAR ATENCIÓN AL PACIENTE UN MÍNIMO DE 3 VECES AL DÍA TODOS LOS DIAS DEL INGRESO INCLUIDOS FINES DE SEMANA Y FESTIVOS

Proyecto: 2018_1013 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LA ATENCION URGENTE (NO PROGRAMADA) A PACIENTES EN PROGRAMA DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO CON DIALISIS PERITONEAL

NECESITAMOS SABER EL VOLUMEN DE NUESTRA ACTIVIDAD PARA PODER DIMENSIONARLA DE FORMA CORRECTA EN MEDIOS Y PERSONAL Y EN CALIDAD DE LA MISMA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1131 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III

2. RESPONSABLE ..... MARIA 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.
· MORENO CUARTERO ANGELES. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· MARTINEZ CEREZO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· VIZARRAGA SIMON MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· LOPEZ NIÑO OLGA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· RAMIREZ SANCHEZ FABIOLA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· CALVO DE JUAN AMELIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· CORELLANO LUMBRERAS MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Unidad actual situada en la planta -1 del HCU. Lozano Blesa, cuyo planteamiento inicial fue provisional, se ha prolongado a lo largo de los años, acumulando una serie de deficiencias estructurales y como consecuencia organizativas. No dando cabida a todo el flujo de pacientes que genera el Sector III, debiendo trasladar el excedente de pacientes al centro concertado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La nueva unidad ubicada en el CE. Inocencio Jiménez, cuenta con unas instalaciones pioneras y con la adecuada capacidad para absorber todos los pacientes del Sector, sin necesidad de mantener el actual concierto externo y con el importante ahorro que conlleva.
Con ello se espera conseguir:
-Con la apertura se obtendrán unas instalaciones modernas y adecuadas.
-Mayor comodidad para aquellos pacientes que reciban allí su tratamiento dialítico.
La población diana van a ser aquellos pacientes que mantengan de forma habitual una estabilidad hemodinámica que no requieran ingresos frecuentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La Dirección y el Servicio de Nefrología han trabajado a lo largo de los meses para poner el proyecto en funcionamiento, puesto que hay que coordinar muchas áreas de trabajo:
-Desde reuniones con los técnicos especialistas en la instalación del circuito de agua ultrapura, circuito de ácidos centralizado.
-La supervisión de enfermería ha trabajado con la Dirección y los diferentes responsables para la provisión de la dotación inicial de : lencería, farmacia, material de almacén.
-Para establecer circuitos de transporte de muestras biológicas, hemoderivados,residuos, seguimiento de tratamientos anticoagulantes.
-Establecimiento de circuito de hostelería para los almuerzos y meriendas de los pacientes, así como la comida del personal.
-Se ha trabajado con toda la plantilla de enfermería para la organización de los nuevos turnos de trabajo para dar cobertura a la nueva unidad que tendrá un horario asistencial de 12 horas.
-Formación del personal para el programa informático Nefrolink.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Funcionamiento con las mismas directrices actuales para pacientes crónicos en una unidad de hemodiálisis.
-Puesta en marcha de la planta de aguas y ácidos centralizado, manteniendo el estándar de las sociedades científicas en nefrología.
-Tratamiento de diálisis a los pacientes:
Conexión y desconexión de los pacientes.
Cuidados del personal de enfermería de accesos vasculares: fístulas arterio-venosas y catéteres venosos centrales según protocolo.
-Administración de hierro intravenoso, hemoderivados y demás fármacos que precisen tanto intradiálisis como posdiálisis.
-Puesta en marcha del sistema informático Nefrolink

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Puesta en marcha circuito de agua, ácidos centralizados, amueblamiento de las instalaciones : Finales de mayo, primera semana de junio 2018
-1ª Fase : Traslado de 48 pacientes en dos turnos de diálisis, de mañana y de tarde de forma paulatina y progresiva : Mitad de junio 2018
-Traslado de la plantilla : 6 Enfermeras, 3 TCAEs y 1 Nefrólogo, coincidiendo con los pacientes : Mitad de junio 2018
Con el apoyo del Jefe de Servicio Dr. Alvárez, Jefe de Sección Dr. Iñigo y la Supervisora Carmen Criado, asumiendo todos la responsabilidad de la apertura de la nueva unidad.
-2ª Fase : apertura total con una capacidad para 96 pacientes y con incremento de la plantilla : Año 2019

Proyecto: 2018_1131 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA RENAL
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1134 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANCHEZ MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CRIADO MAINAR MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· TELLO SANCHO MATILDE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· GARCIA LANZAN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· PEREZ VALLE RAQUEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· TOBIAS RUIA ELVIRA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· ALVIRA MATEO FRANCISCA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La calcifilaxis también conocida como artiriolopatía urémica calcificante (AUC), es una importante causa de morbimortalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis con una prevalencia entre el 1% y el 4%.
Su patogenia es compleja y se relaciona con varios factores de riesgo, parece que el medio urémico es adecuado para su desarrollo, aunque también esta descrita en pacientes con función renal normal.
Clínicamente cursa con isquemia y necrosis de la piel y tejido subcutáneo, secundarias a la calcificación, fibrodisplasia de la íntima y trombosis de pequeñas
arteriolas dermoepidérmicas.
Histológicamente es específica y se caracteriza por depósitos de calcio en pequeñas arterias
Tiene mal pronóstico con una mortalidad del 32% en lesiones distales y de un 63% en lesiones proxiales,relacionada generalmente con una sepsis generalizada.
Ante un incipiente aumento de pacientes en la unidad de diálisis, con úlceras en extremidades inferiores, detectamos la necesidad de incidir en el cuidado y tratamiento de estas ulceras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Diagnosticar la calcifilaxis.
- Epitelización total de la úlcera de los pacientes.
- Control del dolor.
- Prevenir la infección.
- Mantener sus sesiones de diálisis.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Hacer cultivos de las úlceras, para conocer el punto de partida.
- Sí los cultivos son negativos, curar al paciente al finalizar la sesión de diálisis fuera de la unidad, en la consulta de enfermería.
- Sí los cultivos son positivos investigar si son portadores de algún germen multirresistente,en cuyo caso se aislará por contacto al paciente del resto que están en sala .
- Analgesia previa a la cura de la úlcera.
- Después cura de la úlcera . Esta dependerá de la situación de cada úlcera el estadio y la fase en que se halle.
- Utilizaremos : desbridante enzimático y sí fuera necesario desbridante mecánico, hidrogel,bactericidas, apósitos secundarios, espumas, alginatos y cuando esté en la fase de granulación, activadores del crecimiento que promuevan la proliferación de fibroblastos con producción de colágeno y angiogénesis que ayudan a la formación de tejido de granulación, para conseguir su posterior cicatrización. Cuidado de la piel perilesional con ácidos grasos hiperoxigenados tópicos.
- Administración de tiosulfato intravenoso al 20% en cada sesión de diálisis.
Trabajaremos todo esto a través de una persona, en este caso, la supervisora que canalizará la información y mediante la supervisión de cada caso irá indicando las pautas a seguir, pudiendo hacer un seguimiento contínuo y personalizado.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Cultivo de la úlcera.
- En caso de aparecer un germen multirresistente, cultivo de portador, y si procede aislamiento del paciente.
- Analgesia previa a la cura de la úlcera, monitorizar el dolor.
- Conseguir la epitelización total de la úlcera.
- En caso de haber sido portador de algún multirresistente negativizarlo.
- Administración de tiosulfato intravenoso al 20% en cada sesión de diálisis.
- Mantener un buen estado nutricional.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_1134 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

La duración será desde la presentación de este proyecto hasta fin del 2018.
La duración de las curas vendrá determinada en cada caso particular, haciendo una estimación que oscila entre media hora y cuarenta y cinco minutos.
La responsable de la implantación del proyecto será la supervisora de la unidad de diálisis Carmen Criado. Será la encargada de evaluar la situación inicial, coordinar las actividades a realizar en cada caso y comunicar al resto de personal cuales son las acciones a desarrollar.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0517 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION DE LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN COSTAN GALICIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERRERO JARQUE JOSE PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· TELLER JUSTE PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
A fecha 31 de diciembre de 2017 existen para realizar 725 estudios de sueño poligráficos, lo que hace que la demora para realizar los estudios considerados normales sea de alrededor de 3 años y estudios preferentes de 1 año. La demora para estudios denominados “plus” es de 1 a 3 meses.

Creemos que es necesario aumentar el número de estudios domiciliarios, pero esto requiere de más tiempo para corregirlos y para dar el resultado da los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducir a la mitad la lista de espera de poligrafías nocturnas.

Reducir el tiempo de espera para realización de poligrafía nocturna a un año para los estudios normales y a 5 meses para los preferentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La presencia de consultas de tarde para completar jornada con módulos predeterminados (MAC) permitirá ver pacientes de patología de sueño por la tarde y destinar más tiempo de la jornada laboral normal a informar las poligrafías y dar resultados a pacientes.

Realizar 3 poligrafías por día de forma ambulatoria de lunes a viernes y 2 poligrafías al día de forma hospitalaria de lunes a jueves.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR 1: < 500 poligrafías en lista de espera.

INDICADOR 2: Tiempo de espera para estudios normales menor de 1 año y preferentes menor de 6 meses.

ESTANDAR: 95% de las peticiones de poligrafía realizadas en los tiempo establecidos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio primer trimestre 2018.

Al mes se solucionarán unas 92 poligrafías, recortando a final de año a la mitad la lista de espera.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0518 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN COSTAN GALICIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERRERO JARQUE JOSE PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· TELLER JUSTE PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· PEREZ TRULLEN ALFONSO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Existen en buzón de consulta de Trastornos Respiratorios del Sueño (TRS), a fecha 31 de diciembre de 2017; 1107 pacientes pendientes de revisar en un periodo menor a un año de carácter normal. Son pacientes bien adaptados al dispositivo CPAP y sin pruebas añadidas a las revisiones.

En el caso de poder contar con tres neumólogos para jornadas de tarde (MAC); se podrían revisar alrededor de 40 pacientes semanales, unos 1200 al año, con lo que se conseguiría mantener las prescripciones de CPAP al día y disponer de más tiempo en las consultas de jornada laboral de mañana para manejo de pacientes complejos y de resultados de pruebas solicitadas desde la consulta de TRS.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mantener las revisiones segumimiento de pacientes con prescripción de CPAP al día.

Mejorar la atención a pacientes con terapias respiratorias domiciliarias con problemas más complejos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Consultas de tarde para revisión de pacientes en tratamiento con CPAP.
Consulta MAC tardes Dr. Teller. Ya existente.
Consulta MAC tarde Dr. Costán. Nueva creación.
Consulta MAC tarde Dr Herrero. Nueva craeción.

Citación de pacientes en tratamiento con CPAP para revisión. Unos 39 pacientes semanales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR: Pacientes portadores de CPAP revisados en los tiempos establecidos.

ESTANDAR: 90 % de pacientes se les revisa en el periodo de tiempo de un año como mínimo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación de consultas Dr, Herrero y Dr. Costán en primer trimestre de 2018.
Organización de agenda de citas.

Evaluación finales 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0520 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN COSTAN GALICIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ BONAGA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· HERRERO JARQUE JOSE PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· GRACIA AGUELO ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según datos facilitados por la empresa gasística ETH, a lo largo de 2017 se iniciaron en nuestro Sector 790 terapias de oxígeno, 420 de nebulizadores de bajo flujo, 335 CPAP, 45 autoCPAP y 90 BiPAP.

Tan sólo en el caso de CPAP, a los pacientes se les entrega información escrita describiendo el equipo. En el resto de terapias no se entrega ninguna información a los pacientes por parte del médico prescriptor, tan sólo, como es el caso del oxígeno o BiPAP o Nebulizadores, el volante de prescripción con el teléfono de contacto de la empresa proveedora, es luego la empresa la que entrega información a los pacientes.

Desde el Servicio de Neumología creemos necesario crear un documentos sencillo para cada una de las terapias en donde conste información sobre los equipos, beneficios esperados con el uso, posibles complicaciones con sus soluciones y preguntas más frecuentes que acarrean las TRD.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la información de los pacientes en tratamiento con terapias respiratorias domiciliarias.

Aportar información sencilla y comprensible sobre:
-Uso correcto de los dispositivos.
-Características básicas de los equipos de TRD.
-Objetivo del tratamiento y beneficios que se esperan del mismo.
-Posibles riesgos y problemas realcionados y su solución.
-Preguntas frecuentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Crear una hoja informativa (Díptico) para los pacientes de las siguentes terapias domiciliarias:

- Oxigenoterapia domiciliaria
- CPAP
- Aerosolterapia-Nebulizadores
- Soporte Ventilatorio No Invasivo (VMNI)

Entregar la correspondiente información a los pacientes a los que se prescriba alguna de estas terapias domicilarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADOR: Díptico creado para las TRD más demandas:
- Oxígenoterapia domiciliaria.
- CPAP
- Nebulizadores
- Soporte Ventialtorio No Invasivo.

ESTANDAR: 85 % de los pacientes que inician una TRD reciben el soporte de información específico para la misma.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reunión de equipo y asignación de tareas en primer trimestre 2018.

Diseño de los documentos durante segundo trimestre.

Validadción de los documentos, autorización e impresión en tercer trimestre.

Inicio de entrega efectiva en cuarto trimestre.

Proyecto: 2018_0520 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1449 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION RECURSOS DIAGNOSTICO-TERAPEUTICOS Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON FRACTURAS VERTEBRALES SUSCEPTIBLES DE INTERVENCION QUIRURGICA CON ABORDAJE PERCUTANEO MINIMAMENTE INVASIVO

2. RESPONSABLE ..... JUAN FRANCISCO SANCHEZ ORTEGA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN RISCO MONICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· MAZA GONZALEZ ALEXANDER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· OLMOS FRANCISCO EDUARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· ANDRES SANZ JULIO ALBERTO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· COBOS DOMINGUEZ MELANIE. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· VILLAGRASA COMPAIRED JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el momento actual, el servicio de Neurocirugía recibe pacientes con fracturas vertebrales por tres vías: urgencias hospitalarias, consultas externas e interconsultas de otros servicios.

El tratamiento de las fracturas vertebrales puede ser conservador (tratamiento médico-ortésico) o quirúrgico (vertebroplastia/cifoplastia percuntánea o cirugía abierta). Un estudio completo de esta patología debe incluir radiografía simple (proyección anteroposterior y lateral en bipedestación), tomografía computerizada (reconstrucción axial, coronal y sagital) y resonancia magnética (secuencias T1, T2 y FSE-STIR con cortes axiales y sagitales), así como un estudio preoperatorio si la fractura es susceptible de una intervención quirúrgica.

La indicación quirúrgica para la realización de un tratamiento percutáneo mínimamente invasivo está condicionada por la clasificación TLICS (TLICS < 4) en un paciente con fractura vertebral aguda que ocasiona dolor intenso refractario a analgesia intravenosa máxima o con fractura vertebral crónica que no mejora con tratamiento médico-ortésico y mala evolución radiológica.

Para todo este proceso diagnóstico-terapéutico, un paciente tiene una estancia media de 7-10 días antes de la cirugía y de 3-5 días tras la misma. Este tiempo puede ser mayor si no se solicitan las pruebas radiológicas adecuadas o se retrasan las valoraciones por los facultativos pertinentes.

En condiciones óptimas, un paciente diagnosticado de fractura vertebral y susceptible de un tratamiento quirúrgico percutáneo, puede tener una estancia hospitalaria media de 5 días (variable en función de la disponibilidad para la realización de pruebas y planificación quirúrgica), con un tiempo operatorio aproximado de 30 minutos por vértebra afectada (se realiza un máximo de tres) y un día de periodo postoperatorio si la recuperación es óptima y se realiza el control radiológico pertinente.

Con el fin de disminuir la estancia hospitalaria de estos enfermos, protocolizar los exámenes complementarios pertinentes y una adecuada derivación de los mismos, planteamos este proyecto de mejora asistencial.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Disminuir la estancia hospitalaria de los enfermos con fracturas vertebrales susceptibles de tratamiento quirúrgico percutáneo

2. Optimizar las pruebas complementarias y los recursos asistenciales que estos enfermos necesitan

3. Realizar un adecuado manejo multidisciplinar de esta patología

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Valoración y abordaje multidisciplinar de la patología (reuniones, charlas informativas, valoración de expertos, etc.)

Exámenes complementarios pre y postoperatorios

Recomendaciones higiénico-posturales mediante tríptico informativo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Medición de la estancia hospitalaria media tras la implantación del plan de mejora asistencial

Valoración de los recursos médicos utilizados en lo referente a pruebas complementarias tras la implantación del plan de mejora asistencial

Proyecto: 2018_1449 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION RECURSOS DIAGNOSTICO-TERAPEUTICOS Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON FRACTURAS VERTEBRALES SUSCEPTIBLES DE INTERVENCION QUIRURGICA CON ABORDAJE PERCUTANEO MINIMAMENTE INVASIVO

Valoración de satisfacción del paciente así como de los aspectos clínicos en lo referente a su recuperación

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde la implantación del plan de mejora en adelante.

Se pretende hacer una recopilación de los datos durante un periodo aproximado de un año y realizar un análisis de los mismos pasado es tiempo. Se valorará la consecución de los objetivos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1462 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LA ADECUACION DE REMISION A PRIMERAS CONSULTAS NEUROQUIRURGICAS DESDE ATENCION PRIMARIA Y CONSULTAS ESPECIALIZADAS

2. RESPONSABLE ..... JUAN ANTONIO RUIZ GINES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COBOS DOMINGUEZ MELANIE. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· ANDRES SANZ JULIO ALBERTO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· SANCHEZ ORTEGA JUAN FRANCISCO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· MARTIN RISCO MONICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· MAZA GONZALEZ ALEXANDER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· OLMOS FRANCISCO EDUARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El incremento en la demanda de consultas de Neurocirugía por parte de la población atendida cabe atribuirlo fundamentalmente, al envejecimiento de la población e incremento de la morbilidad hacia enfermedades crónicas y degenerativas, el aumento de la información de que se dispone y de las expectativas sociales en cuanto a la potencia del sistema sanitario y la falta de coordinación y organización existente entre los niveles asistenciales. Es general la consideración de que este último factor es crítico en la gestión del problema.
Un incremento constante de la demanda sobre la base de unos recursos limitados lleva asociado el desarrollo de las llamadas "listas de espera".
La adecuación de las derivaciones y la correcta priorización de las patologías son los dos objetivos que debemos conseguir en la coordinación entre Atención Primaria y determinadas especialidades afines a la patología neuroquirúrgica con especializada.

En el momento actual, es de destacar, la importante sobrecarga asistencial en consultas externas de Neurocirugía, concretamente, en el caso de las primeras valoraciones.
Los pacientes con sospecha de patología neuroquirúrgica pueden ser remitidos tanto desde Atención Primaria, como desde el Servicio de Urgencias, así como de las distintas especialidades afines (particularmente Reumatología, Rehabilitación y Neurología).
Se ha podido constatar un importante número de casos derivados por patologías no valorables, en primera instancia, desde el punto de vista neuroquirúrgico, lo que se traduce en retrasos en el diagnóstico y tratamiento definitivos del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Pretendemos realizar un estudio analítico prospectivo, de los pacientes mayores de 18 años atendidos en Consulta Externa de Neurocirugía (primeras visitas), en un plazo de 3 a 6 meses, valorados en el Hospital Clínico Lozano Blesa con vistas a la realización de un protocolo de adecuación de derivación a consultas de Neurocirugía.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Nuestro análisis se articulará a partir de los datos obtenidos del estudio a partir de una base de datos que incluirá el conjunto de pacientes valorados en primera consulta de Neurocirugía en un plazo de 3 meses, incluyendo:
a. Edad.
b. Sexo.
c. Especialidad derivativa (Atención Primaria, Servicio de Urgencias, otras especialidades médicas).
d. Motivo de primera valoración (presencia/ausencia de hoja de interconsulta y orientación diagnóstica inicial).
e. Pruebas complementarias aportadas (presentes/ausentes).
f. Del total de pacientes valorados: Altas en primera consulta vs aceptados para estudios complementarios adicionales (peticiones de pruebas complementarias).
2. Nuestras recomendaciones en base a los hallazgos obtenidos permitirán elaborar un protocolo orientativo de derivaciones a Consultas Externas del Servicio de Neurocirugía.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número total y porcentaje de casos derivados a primera consulta de Neurocirugía en relación con cada Especialidad.
2. Porcentaje de ausencias.
3. Índice de pacientes derivados sin motivo de primera valoración.
4. Porcentaje de pacientes con pruebas complementarias realizadas.
5. Porcentaje de altas en primera valoración.
6. Indicación de derivación: Coherencia entre la patología de base del paciente y la valoración neuroquirúrgica.
7. Porcentaje de pacientes derivados de forma inadecuada a nuestras consultas.

Proyecto: 2018_1462 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VALORACION DE LA ADECUACION DE REMISION A PRIMERAS CONSULTAS NEUROQUIRURGICAS DESDE ATENCION PRIMARIA Y CONSULTAS ESPECIALIZADAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se pretende recoger todos aquellos casos atendidos en Consultas Externas, como primera valoración neuroquirúrgica en un plazo de 3 meses, durante el que se llevará a cabo el análisis de los mismos, se elaborarán las conclusiones pertinentes y se elaborará un protocolo guía de derivación para su conocimiento por las diversas especialidades implicadas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1469 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVALUACION DE ACTUACION Y PROCEDIMIENTOS EN EL TRATAMIENTO DEL HEMATOMA SUBDURAL CRONICO

2. RESPONSABLE ..... JULIO ALBERTO ANDRES SANZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ ORTEGA JUAN FRANCISCO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· AGUAS VALIENTE JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· RUIZ GINES JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· OLMOS FRANCISCO EDUARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los hematomas subdurales, especialmente los crónicos, suponenen una de las patologías intracraneales más frecuentes que atendemos en las urgencias.
Las técnicas, indicaciones, días de estancia y tratamiento postoperatorio son dispares. Además, en muchos casos los pacientes presentan comorbilidades con tratamientos asociados (especialmente antiagregantes y anticoagulantes) cuyo manejo es delicado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evaluar diversos parámetros en la atención al hematoma subdural crónico en mayores de 75 años para encontrar puntos de mejora y poder optimizar nuestra actividad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Seguimiento de los casos. Evaluación al alta de los procedimientos realizados.
- Reuniones mensuales del equipo de trabajo.
- Revisiones bibliográficas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Incidencia en un año de hematomas subdurales crónicos
- GCS de entrada
- Técnica realizada en cada uno (un trépano, dos, minicraneotomía)
- Días de UCI/ingreso en planta
- Estado clínico (escala de Katz,otras escalas)
- Pruebas realizadas durante el ingreso y tiempo entre ellas.
- Manejo de medicación antiagregante/anticoagulante. Dias antes de reintroducción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 año de duración

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1531 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE LA PATOLOGIA HIPOFISARIA EN EL SECTOR III DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... MONICA MARTIN RISCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BANCES FLOREZ LUCIANO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· CLARAMONTE DE LA VIUDA MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· SANCHEZ ORTEGA JUAN FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· MAZA GONZALEZ ALEXANDER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· DEL RIO PEREZ CLARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· AGUAS VALIENTE JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patología tumoral hipofisaria representa, aproximadamente, el 10% de los tumores intracraneales, siendo el adenoma hipofisario la lesión más frecuente. Se suelen manifestar por compresión de estructuras colindantes y/o por alteraciones hormonales. La apoplejía hipofisaria se trata de una situación grave, aunque poco frecuente, la cual requiere de una valoración y tratamiento tempranos.
El manejo puede ser variable: desde la observación, el manejo médico, hasta el tratamiento quirúrgico; es preciso un abordaje multidisciplinar para el manejo óptimo.
Los pacientes valorados por otros especialistas e ingresados en otros servicios, precisan una atención dirigida por un equipo especializado en dicha patología. Deben detectarse aquellas situaciones potencialmente graves, para poder instaurar el tratamiento quirúrgico y/o médico, adecuados, con objeto de corregir los trastornos endocrinológicos, alteraciones visuales y/o compromiso neurológico.
Se han detectado casos donde ha habido un retraso en la valoración inicial de los pacientes (> de 6 meses), pruebas complementarias incompletas y la detección tardía de situaciones potencialmente graves (ej.: apoplejía hipofisaria).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con un Grupo especializado en el manejo de Patología hipofisaria se quiere conseguir:
- Optimizar los tiempos en la valoración inicial de los pacientes, así como la detección de situaciones clínicas graves.
- Realización de las pruebas complementarias de forma completa: análisis hormonal, estudios neurorradiológicos, estudio del campo visual.
- Valoración por el equipo multidisciplinar.
- Instaurar de forma temprana el tratamiento (médico y/o quirúrgico), en función de los resultados obtenidos.
- Optimizar el manejo postoperatorio y de seguimiento ambulatorio.

La población a la que se dirige el proyecto son aquellos pacientes que presentan lesiones ocupantes de espacio a nivel selar y para/supraselar. Los Servicios involucrados en el proyecto son:
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología
- Endocrinología
- Neurorradiología

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para lograr los objetivos señalados anteriormente, se consolidará el equipo multidisciplinar (formado por los Servicios de Neurocirugía, Otorrinolaringología, Endocrinología, principalmente) para participar de forma activa, en la presentación de los casos clínicos.
Se realizarán reuniones mensuales/quincenales, para la presentación colectiva de los pacientes con patología hipofisaria y consenso del tratamiento a instaurar, así como la discusión de pacientes que se encuentran en seguimiento ambulatorio. Además, se realizará una vía de conexión con Atención Primaria, para la derivación temprana de los pacientes con patología hipofisaria (con las pruebas complementarias realizadas).
Entrega a los pacientes de trípticos informativos acerca de la patología que presentan, para mejorar el conocimiento de la misma.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Medición del tiempo medio de derivación de los pacientes desde Atención Primaria. (Óptimo < 1 mes. Límite superior 3 meses).
- Medición de la estancia media hospitalaria desde el ingreso hasta la realización de tratamiento quirúrgico (Óptimo entre 3-5 días. Límite 7-10 días).
- Número de reuniones mensuales realizadas por el Grupo (óptima 2 o superior. Límite inferior 1).
- Comprobación de las pruebas complementarias e interconsultas realizadas: análisis hormonal, RM cerebral con secuencia de neuronavegación, prueba de imagen vascular (Angio-TC/AngioRM) TC macizo facial con secuencia de neuronavegación, estudio visual, valoración por Endocrinología, Otorrinolaringología y Neurocirugía.

Proyecto: 2018_1531 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE LA PATOLOGIA HIPOFISARIA EN EL SECTOR III DE ZARAGOZA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: 1 año desde la creación del Grupo de Trabajo.
Calendario: Septiembre 2018-Septiembre 2019
Responsables: Sº Neurocirugía, Otorrinolaringología, Endocrinología.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1563 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO Y SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA DISCAL LUMBAR EN EL SEGMENTO L5-S1

2. RESPONSABLE ..... JUAN FRANCISCO SANCHEZ ORTEGA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAZA GONZALEZ ALEXANDER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· PINILLA ARIAS DAVID. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROCIRUGIA
· RODRIGUEZ MOREL PAOLA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· ADELANTADO AGUSTI SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· GUZMAN CARRERAS BEIRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· RODRGUEZ MENA DIEGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes con clínica derivada de una patología discal lumbar, bien sean síntomas derivados de su dolor lumbar o ciático, o bien derivados de algún tipo de focalidad neurológica, requiere un adecuado estudio diagnóstico y preoperatorio, que incluye radiografía simple, resonancia magnética, pruebas de neurofisiología y, en algunas ocasiones, tomografía computerizada; así como las pruebas y valoraciones por especialistas necesarias para un correcto estudio preoperatorio.
Tras la cirugía, con el fin de evaluar el adecuado tratamiento de los mismo, es necesaria una valoración subjetiva del dolor, así como pruebas de imagen y estudios funcionales que nos permitan apreciar el alcance de la recuperación y las posibles complicaciones.

La patología discal lumbar que afecta al segmento L5-S1 tiene una elevada prevalencia. Con el fin de mejorar la valoración y estudio que estos enfermos requieren, así como evaluar su recuperación tras el tratamiento pertinente, se propone este proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Valorar un adecuado uso de los recursos empleados en pruebas diagnósticas, de seguimiento y de tiempos de espera de las mismas.
Valorar el grado de mejoría subjetiva del paciente mediante test/escalas
Valorar los tiempo de estancia hospitalaria y seguimiento hasta la reinserción laboral

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Manejo multidisciplinar de la patología
- Pruebas diagnósticas (serán las que se emplean de forma rutinaria en el manejo de esta patología)
- Tratamiento médico-quirúrgico (será el que necesita el enfermo según su indicación médica)
- Explicación de medidas de higiénico-dietéticas pre y postquirúrgicas
- Controles posteriores en consulta con valoración de su sintomatología mediante test/escalas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se realizará una base de datos con los pacientes que sufran una dolencia en relación a una patología discal a nivel L5-S1 potencialmente quirúrgica y se medirá su valoración subjetiva del dolor, las características imagenológicas del proceso, el registro de su estudio neurofisiológico, así como los tiempo de estancia hospitalarias en lo referente a la realización de pruebas, intervenciones terapéuticas y seguimiento.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se recopilarán los datos a partir de Julio de 2018 y se analizará los resultados de cara a establecer las conclusiones en lo referente a al proyecto de gestión de calidad

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0350 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

2. RESPONSABLE ..... SARA ISABEL SANCHEZ VALIENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BELLOSTA DIAGO ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· NAVARRO PEREZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En septiembre de 2017, tras la jubilación del anterior responsable, me hice cargo de la consulta de Trastornos del Movimiento del HCU Lozano Blesa.

En ese momento, desconocía tanto el volumen real de pacientes en seguimiento, como las características de los mismos, diagnósticos, etc, lo cual, como es lógico, dificulta sobremanera la correcta gestión de la consulta.

Por otra parte, hasta septiembre de 2017, las citas de los pacientes no estaban centralizadas en el Servicio de citaciones del HCU Lozano Blesa, sino que se gestionaban directamente por el anterior responsable, de forma que al jubilarse éste, desconocíamos con exactitud el número real de pacientes pendientes de cita, etc.

Al tratarse de una consulta en la que se atienden pacientes con patologías crónicas y evolutivas que requieren un seguimiento especializado de por vida, el volumen de pacientes atendidos es no solo muy elevado, sino también creciente. De hecho, muchos de estos pacientes se encuentran en seguimiento desde hace más de 20 años.
La correcta gestión de una consulta médica, requiere como criterio preliminar, el conocimiento del volumen de pacientes atendidos y características de los mismos.
Una vez conocido este parámetro, podremos no solo evaluar mejor la situación actual con el consiguiente interés epidemiológico y asistencial, sino también inferir el ritmo de crecimiento del número de pacientes, para poder predecir necesidades futuras
Bibliografía: Guía clínica de gestión de consultas externas en Atención Especializada (INGESA)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Elaboración de una base de datos de los pacientes atendidos en la consulta de Trastornos del Movimiento garantizando la confidencialidad de la misma
2. Implementación de la misma con el 100% de los pacientes atendidos registrados

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaborar e implementar una base de datos de los pacientes atendidos en la consulta de trastornos del movimiento, por parte de los miembros del equipo de mejora de la misma, que serán responsables de su custodia y manipulación para garantizar la confidencialidad.
Los datos obtenidos de la misma se tratarán de forma agrupada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores
1. Elaboración de la base de datos delos pacientes de la consulta de Trastornos del Movimiento: SI/NO
2. Implementación de la base: Porcentaje de pacientes incluidos en la misma
Evaluación:
A final de 2018, desde el grupo de mejora de la Calidad del Servicio de Neurología se constatará la elaboración de la base de datos y el porcentaje de pacientes incluidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde 1/1/2018 hasta 31 de diciembre de 2018

.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0350 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0367 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA

2. RESPONSABLE ..... CARLOS TEJERO JUSTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ LAZARO CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El seguimiento de los pacientes con patología carotidea crónica se realiza tanto en consultas de Neurología general ubicadas en el centro de especialidades de Inocencio Jiménez como en las consultas de Neurovascular del HCU. Al paciente se le solicita el estudio neurosonológico desde la consulta, se le cita en neuronsonología y posteriormente otra vez en la consulta para recibir el resultado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Cita directa de los pacientes con patología carotidea crónica, evitando la cita del paciente en la consulta de Neurovascular o en la de Neurología general, para solicitar el estudio neurosonológico y su posterior nueva cita para recoger el resultado.
Se enmarca dentro de las acciones encaminadas a mejorar la atención al ictus. Además está incluida dentro de las líneas estratégicas del SALUD y de la atención a tiempo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Organizar la cita de Neurosonología que ha pasado a depender del servicio de Citaciones. A pesar de ello el neurólogo responsable coordina la citación de los pacientes ingresados.
-Definir los criterios de acceso:
-Criterios de derivación
-Intervalo entra la realización de los diferentes estudios neurosonológicos

-Realización de informe estandarizado en HPDoctor de todos los pacientes que cumplen los criterios de acceso.
-Información al paciente del cambio en la organización.
-Posibilitar la realización de nuevas actividades (ingreso, necesidad de AngioTAC etc), en el caso que se considere adecuado

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes incluidos en el programa
Número de consultas evitadas
Pacientes satisfechos con la medida

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se inicia en 2018 y se mantendrá de forma indefinida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0368 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA ESTRATEGIA IRASPROA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TEJERO JUSTE CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· NAVARRO PEREZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las infecciones en los pacientes hospitalizados unido al uso no adecuado de los antibióticos están generando problemas de salud en todos los hospitales, no solo por el aumento de las resistencias bacterianas sino también por el incremento en la morbi-mortalidad de los pacientes. Debido a estos motivos es fundamental mejorar la prevención, diagnostico y tratamiento de las infecciones.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia y optimizar el uso de antibióticos en los pacientes con Ictus.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Puesta en marcha del grupo de trabajo
-Elaboración de un documento de actuación
-Puesta en marcha del documento de actuación en los pacientes con ictus
-Recogida de datos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% de pacientes en los que se ha utilizado el documento de actuación.
% de pacientes en tratamiento antibiótico en los que se ha indicado el motivo de uso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Año 2018 para la puesta en marcha en los pacientes ingresados en el área de ictus, con extensión del uso durante el año 2019 al resto de los pacientes ingresados en Neurología.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0373 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO

2. RESPONSABLE ..... SONIA SANTOS LASAOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCES REDONDO MOISES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· LOPEZ BRAVO ALBA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde 2011 se han publicado 5 ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo, en los que se ha administrado una dosis única de toxina botulínica (25-75 U) en pacientes con neuralgia del trigémino (NT) clásica y con un periodo de seguimiento de 8 semanas a 3 meses. El ensayo de mayores dimensiones ha sido el de Zhang et al, en el que se aleatorizaron 84 pacientes en 3 brazos para recibir placebo (28 pacientes), dosis de 25 U (27 pacientes) y dosis de 75 U (29 pacientes). A las 8 semanas la tasa de respondedores fue del 32, 70 y 86%, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos tratados en relación con la dosis. Las principales reacciones adversas, comunicadas también por otros autores, fueron la asimetría facial, la debilidad en la masticación y la ptosis palpebral, todas ellas de carácter leve y transitorio.

La recomendación en el documento de consenso publicado en NEUROLOGIA es utilizar onabotA en pacientes con NT clásica farmacorresistente, a una dosis de 25-75 U, a razón de 2,5-5 U por punto, separados 15 mm, en el área dolorosa El mapa de infiltración se puede ampliar a puntos gatillo de la cavidad oral. La dosis deberá ajustarse en función de la superficie que se va a infiltrar, la aparición de efectos secundarios y la respuesta del paciente. Se debe valorar la posibilidad de infiltrar algunos puntos de la hemifacies contralateral para reducir la probabilidad de asimetría facial. Si bien no hay estudios concluyentes en cuanto a la periodicidad del tratamiento, parece razonable establecer un periodo mínimo de doce semanas entre ciclos.

En la Consulta monográfica de Cefaleas se valoran de forma habitual pacientes con NT clásica fármacorresistente y NT secundaria en contexto de pacientes con esclerosis múltiple secundaria progresiva que pueden beneficiarse de este tratamiento. Es por ello que consideramos indicado disponer en nuestra práctica clínica de un modelo de consentimiento informado conjunto para la infiltración de onabotulinumtoxinA tanto en migraña crónica como en NT.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Diseño de un modelo conjunto de consentimiento informado conjunto para la infiltración de onabotulinumtoxinA tanto en migraña crónica como en NT.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Crear el grupo de trabajo.
Elaborar un modelo de consentimiento informado en consonancia con la Ley de Derechos y Deberes de los usuarios del sistema de salud.
Obtener la aprobación de la Unidad de Calidad del centro.
Incluir en la historia clínica El modelo de consentimiento informado firmado por el paciente y el médico que va a realizar la técnica (tanto en migraña crónica como en NT).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes sometidos a esta técnica en los que se constata la existencia del documento de consentimiento informado debidamente cumplimentado.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se inicia en 2018 y e mantendrá de manera indefinida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1177 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

2. RESPONSABLE ..... JOSE CARLOS ROCHE BUENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANTOS LASAOSA SONIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROLOGIA
· OCON BRETON JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· COSTAN GALICIA JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· GARCIA ALVAREZ ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· RODRIGUEZ MENA DIEGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· GRACIA PELIGERO EVA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a las neuronas motoras, que se presenta de forma generalmente esporádica con una incidencia aproximada a 1/500.000 habitantes y año. La supervivencia media es de 3 años. Hasta en un 35% de los pacientes se constata un deterioro cognitivo que alcanza criterios de demencia de perfil frontotemporal en un 15% del total.
Actualmente no se dispone de un tratamiento curativo, por lo que el objetivo principal de los profesionales sanitarios es proporcionar a nuestros pacientes el mejor de los cuidados para mantener una calidad de vida aceptable.
La movilidad reducida de los pacientes que conlleva la enfermedad junto con la complejidad en la toma de decisiones de las diferentes intervenciones médicas hace necesario un abordaje completo en una única visita periódica hospitalaria que incluya a las diferentes especialidades implicadas: neurología, neumología, endocrinología y nutrición, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social, cuidados paliativos, neurofisiología y digestivo entre otras. Se ha demostrado que la asistencia multidisciplinar es la medida más eficaz para mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia de estos pacientes.
Estas visitas regulares hospitalarias deben adecuarse en tiempo a las necesidades particulares de los pacientes, realizándose idealmente en el mismo día todas las pruebas requeridas para evitar desplazamientos innecesarios. Todo lo anterior debe quedar recogido en un documento clínico al alta por parte del Servicio de Neurología para una adecuada coordinación con Atención Primaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Implantar un grupo de trabajo multidisciplinar enfocado en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica
• Fomentar una atención coste-eficaz (realizando las pruebas necesarias y ajustadas al tipo de paciente, evitando pruebas innecesarias y en momentos inadecuados)
• Obtener una buena adherencia de los pacientes
• Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares/cuidadores
• Detectar y manejar precozmente el riesgo de disfagia y desnutrición
• Detectar y manejar precozmente la debilidad de la musculatura ventilatoria
• Detectar el posible riesgo de trastornos cognitivos y del ánimo.
• Facilitar los circuitos para el acceso a los recursos que precisan los pacientes
• Favorecer la comunicación entre los pacientes y los profesionales sanitarios implicados, aportando la información progresiva, honesta y anticipada sobre las necesidades futuras tanto médicas, sociales, asistenciales y vitales en función de la evolución de los pacientes
• Obtener una base de datos fiable, confidencial y reproducible de la población diana
• Fomentar la investigación clínica y terapéutica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Realizar una asistencia multidisciplinar a toda la población diana en una visita hospitalaria única.
• Evaluación regular por parte de los Servicios de Neurología, Neumología, Rehabilitación y Endocrinología y Nutrición
• Realización de pruebas funcionales respiratorias el día de la estancia
• Evaluación funcional basado en la escala ALSFRS-R en cada visita
• Cálculo de índice de masa corporal realizado en cada visita
• Evaluación por otros Servicios en función de las necesidades individuales.
• Realización de un informe único al alta por parte del Servicio de Neurología (“gestor del caso”) para facilitar la comunicación con Atención Primaria.
• Desarrollo de un protocolo hospitalario de manejo en paciente con ELA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Pacientes incluidos en el programa.

Proyecto: 2018_1177 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

- Informe de alta e información sobre el paciente para Atención Primaria en cada caso nuevo.
- Porcentaje de ingresos, fuera de los programados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Junio de 2018
Fecha de inicio del protocolo: Julio-Agosto de 2018
Fecha para la primera evaluación: 6 meses desde el inicio del proceso
Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación

9. OBSERVACIONES.
Se trata de un proceso basado en la evidencia científica disponible: guías de práctica clínica, protocolos asistenciales, vías clínicas y artículos de calidad.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0532 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ SORBE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO RUTIA ESTHER. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEINADO BERZOSA RUTH. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AGUILAR DE MINGO CRISTINA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LASALA CONTE IBANA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ORNAT CLEMENTE LIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (2015-2020), las actividades de formación y actualización de personal sanitario en terapéutica y farmacología clínica o la prevención de errores en los circuitos de la medicación son algunas de las iniciativas más relevantes para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.
En el Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (estudio ENEAS) se concluyó que el 37,4% estaban relacionados con la medicación. Por ello y debido a las características específicas de la paciente gestante, consideramos fundamental promover la formación de los profesionales sanitarios implicados en el uso seguro de los medicamentos más habituales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Promover la seguridad de la paciente de forma proactiva.
- Aumentar la conciliación de la medicación en las diferentes unidades de nuestro servicio, evitando la variabilidad de su uso en la práctica asistencial.
- Incrementar la cultura de seguridad de los profesionales evitando fallos potenciales.
- Proporcionar información a los profesionales sobre la administración de fármacos de uso habitual en obstetricia mediante la elaboración de un póster fácilmente accesible para su consulta.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Estimación del coeficiente de riesgo NPR (Número de Priorización de Riesgo) de los fármacos a incluir.
- Elaboración del póster por parte de los miembros componentes del proyecto.
- Presentación en sesión clínica a las diferentes unidades implicadas: hospitalización obstétrico-ginecológica, Urgencias obstétrico -ginecológicas, paritorio.
- Realización de encuesta de utilidad a los profesionales a los que va dirigido.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica que conoce la implementación del póster / Nº TOTAL de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica x 100
Estándar: el 85% de los profesionales implicados conocerán la implementación del póster.
- Nº de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica que considera el póster útil en su práctica habitual / Nº TOTAL de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica x 100
Estándar: el 85% de los profesionales implicados encontrarán útil el póster en su práctica habitual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
JUNIO-OCTUBRE 2018: revisión de Protocolos y Guías de Práctica Clínica de uso de fármacos de riesgo en obstetricia.
NOVIEMBRE 2018: Elaboración del póster según resultados de la aplicación del análisis modal de fallos y efectos.
DICIEMBRE 2018: presentación del póster en sesión clinica.
ENERO 2019: implantación.
FEBRERO 2019: evaluación de indicadores.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres

Proyecto: 2018_0532 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0711 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

2. RESPONSABLE ..... JORGE MARTINEZ MEDEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARRIBAS MARCO MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MATEO ALCALA PURIFICACION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ORNAT CLEMENTE LIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· RUIZ MARTINEZ SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El objetivo final de la VCE es aumentar la probabilidad de tener un parto vaginal en presentación cefálica y reducir así la tasa de cesáreas asociada a presentación no cefálica.
Esta maniobra se dirige a pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término. Las pacientes deben de ser informadas correctamente sobre el procedimiento y, a su vez, manifestar su conformidad mediante la firma del consentimiento informado de versión cefálica externa.
La eficacia de la VCE es alrededor de un 60% (entre el 40 y el 78%). Diversos factores se asocian con una reducción de las tasas de éxito de esta técnica, pudiendo destacar: nuliparidad, placenta anterior, disminución de líquido amniótico, pelvis no favorable, obesidad materna, tensión de pared abdominal materna, tensión uterina, cabeza fetal no palpable, rotura prematura de membrana (RPM), edad materna avanzada, edad gestacional avanzada, peso fetal elevado, cicatriz uterina previa, presentación de nalgas puras.
Dentro de los factores que se asocian con mayor éxito de la versión externa, destacan el uso de tocolíticos durante la maniobra y la experiencia del operador. También aumentan las probabilidades de éxito factores como multiparidad, volumen de líquido amniótico abundante, placenta en localización posterior o presentación fetal de pies.
Los diferentes estudios demuestran que la realización protocolizada de la versión externa en fetos con presentación diferente a la cefálica se asocia con una reducción en la tasa de cesáreas por presentación no cefálica.
Hasta hace 1 año la VCE no se realizaba de manera protocolizada, era realizada por operadores diversos, precisaba ingreso hospitalario y las tasas de éxito eran variables.
Este proyecto pretende protocolizar la VCE, que sea realizada por un número limitado de operadores y de manera ambulatoria y programada.Todo ello permitirá optimizar los recursos y mejorar la tasa de éxito, reduciendo así la tasa de cesáreas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término, con feto en presentación no cefálica.

Resultados: Protocolización VCE, realización de VCE de manera ambulatoria, mejorar tasa de éxito (y consecuentemente reducir tasa de cesáreas), optimización de recursos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas: Establecimiento de protocolo o vía clínica de VCE, realización por número limitado de operadores.

Recursos: Puesta en marcha de proyecto. Reuniones Servicio de Obstetricia para acordar protocolo o vía clínica. Colaboración del personal de Enfermería del área de Urgencias obstétricas.

Cambios previstos: Realización ambulatoria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de presentaciones podálicas que aceptan versión externa: Valor a alcanzar 50%, límites 30-60%.
Porcentaje de versiones exitosas: Valor a alcanzar 40%, límites 35-57%.
Porcentaje de versiones exitosas que finalizan en parto vaginal: Valor a alcanzar 75%, límites 65-80%.
Porcentaje de reducción de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 35%, límites 25-40%.
Reducción total de la tasa de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 0,6%, límites 0,5-0,8%.

Fuente de datos: Base de datos del Servicio de Versiones Externas

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio del proyecto: Inmediata

Duración prevista: Valoración de resultados en 1 año.

Proyecto: 2018_0711 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Responsables: Todos los componentes del equipo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0717 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

2. RESPONSABLE ..... PURIFICACION MATEO ALCALA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AGÜERO LABORDA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· OROS LOPEZ DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TEJERO SANCHO SUSANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GABASA GORGAS LOURDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
A fecha de diciembre de 2017, en el Sector III del SALUD, se continúa usando la cartilla de control de embarazo en papel (cartilla azul) que se entrega a la propia embarazada, donde consta su seguimiento a lo largo de la gestación. Esto se realiza de forma independiente a una extensa base de datos informatizada que se lleva de forma paralela de todas nuestras gestantes desde hace varios años.
Desde hace algún tiempo existe ligada a la Historia Clínica Electrónica y promovida por el SALUD, la Cartilla Electrónica del Embarazo, documento que se puede consultar desde todos los hospitales de nuestra Comunidad Autónoma, así como desde todos los puntos asistenciales.
La necesidad de evolución y el proceso imparable de informatización de documentos, hace deseable nuestra incorporación al uso de este instrumento informático.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El desarrollo y la aplicación de la Cartilla Electrónica del Embarazo incluida dentro de un plan de mejora continua de calidad en nuestro Servicio podría generar una importante organización del trabajo, teniendo como finalidad la mejora continua a nivel asistencial.

Dado que el parto es uno de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) más habituales en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, la informatización de su documentación a través del SALUD y la cartilla electrónica del embarazo, podría traer grandes beneficios a la asistencia de la paciente.

A lo largo del presente año, pretendemos incorporar este método de trabajo y eliminar de forma sucesiva las cartillas de papel azul.

A la vez, y dada la amplia experiencia que desde hace años hemos adquirido, gracias a nuestra excelente base de datos obstétricas, queremos aportar ideas al grupo de trabajo de la Cartilla Electrónica del Embarazo del SALUD, para contribuir a su mejora en todos los aspectos posibles.Incorporación sucesiva de embarazadas conforme comiencen su gestación, a la Cartilla Electrónica del Embarazo.

Nuestro objetivo es la incorporación sucesiva de embarazadas conforme comiencen su gestación, a la Cartilla Electrónica del Embarazo y mejorar a lo largo de los próximos años y en colaboración con el resto de Hospitales de la red del Salud Aragón y el SALUD, la recogida de datos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En la primera visita de la gestación, crear la Cartilla Electrónica del Embarazo a las nuevas pacientes, de forma que tengan ya su control recogido en dicha herramienta informática. Así, dentro de nueve meses aproximadamente, la gran mayoría de embarazadas tendrían su historia gestacional en este formato. Las revisiones sucesivas del embarazo se realizarán en los formularios de Seguimiento del Embarazo de esta Cartilla.

Se ofrecerán sesiones informativas a los facultativos del Servicio y matronas del manejo de este nuevo soporte informático, así como a las matronas de Atención Primaria, siempre en colaboración con los responsables de la creación de la misma en el SALUD.

Proyecto: 2018_0717 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Entre los indicadores estarán el número de Cartillas Electrónicas del Embarazo existentes en nuestro Sector III a final de año 2018 y los ítems mejorados, con información relevante que han sido añadidos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Comienzo en enero de 2018 y seguimiento a lo largo de los años. Este proyecto se dará por concluída su puesta en marcha en diciembre de 2018, pero continuará a lo largo de los próximos años de manera que podamos alcanzar unos objetivos cercanos al 100% de pacientes con Cartilla Electrónica del Embarazo en su seguimiento.
Se pretende continuar con una mejora continuada de los ítems a recoger.

Las reuniones informativas con facultativos y matronas se realizarán en el primer trimestre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0728 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

2. RESPONSABLE ..... LIA ORNAT CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ MEDEL JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BRETON HERNANDEZ PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CALVO CAROD PILAR. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEINADO BERZOSA RUTH. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AGUILAR DE MINGO CRISTINA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ SORBE CRISTINA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el año 2017 se puso en marcha un nuevo protocolo de control del embarazo normal por parte de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Los cambios que recoge este protocolo se están poniendo en marcha en nuestro servicio desde comienzos del año 2018, además de que se ha puesto en marcha la Historia Clínica Electrónica del Embarazo.
Con el objetivo de informar a las pacientes de todos estos avances, se propone actualizar el folleto informativo que les facilitamos en la primera visita, además de realizar versiones en diferentes idiomas y en un lenguaje más comprensivo que el documento actual.
Un gran porcentaje de pacientes no acuden correctamente a las visitas concertadas, fallando sobre todo a los pasos a seguir en el Diagnóstico prenatal de cromosomopatías, entre otros motivos por lo complicado de los pasos a seguir y la dificultad en explicarlo. La intención de dar la información por escrito en un folleto claro y en lenguaje sencillo para la paciente sería facilitar el cumplimiento de las visitas en el embarazo.
Otra demanda actual, es la humanización en la atención al parto, reflejada en muchas ocasiones en planes de parto que traen las pacientes en los cuales figura como una demanda cada vez mayor, el conocimiento de las instalaciones de Paritorio. Con el objetivo de que se sientan más cómodas en ese proceso, se propone la grabación de un vídeo y difusión en las clases de preparación al parto, sobre el proceso y entorno de desarrollo de un parto normal en nuestro medio.

3.2.- Oportunidades de Mejora para 2018

Actualizar la información dada a las gestantes de nuestro medio en base a los cambios realizados en el último año en cuanto al control de embarazo.
Realizar folletos informativos en diferentes idiomas.
Realizar un video explicativo informando sobre las instalaciones donde se realizará el parto, para que les sea más familiar en el momento de acudir a Urgencias.
Crear un grupo de información a las gestantes en las últimas visitas del embarazo, sobre el desarrollo habitual del parto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Crear un tríptico informativo sobre el control de embarazo
-Traducirlo a varios idiomas
-Suministrarles las recomendaciones de la SEGO disponibles en la historia clínica electrónica del embarazo
-Realizar un vídeo explicativo sobre la atención al parto
-Mejorar la satisfacción de las usuarias

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Realización de tríptico informativo.
-Traducción del mismo a varios idiomas.
-Creación de vídeo explicativo sobre el proceso del parto.
-Distribución del vídeo a las consultas de matrona de Atención Primaria.
-Creación de una consulta en grupo a las embarazadas para información sobre el proceso del parto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-% de pacientes que acuden correctamente a la primera visita
-% de pacientes que se realizan correctamente el cribado combinado de primer trimestre

Proyecto: 2018_0728 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

-% de pacientes que acuden a preparación al parto a su matrona de Atención Primaria
Los datos se obtendrán por:
-Encuesta de satisfacción a las pacientes.
-Recogida de los datos de Diagnóstico prenatal por medio del programa Excel del servicio y de la historia clínica electrónica del embarazo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo- Septiembre de 2018: realización del tríptico, del video y de las encuestas de satisfacción
Septiembre de 2018- Enero de 2019: recogida de datos de las encuestas de satisfacción
Septiembre 2018: reunión con matronas para consultar dudas y entregarles el material realizado.
Enero 2019: revisión de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0807 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION ATENCION PSIQUIATRICA EN GESTANTES CON EMBARAZO UNICO O MULTIPLE QUE SOLICITE INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO POR PATOLOGIA FETAL GRAVE EN EL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA DE DIEGO ALLUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LERMA PUERTAS DIEGO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANZ LOPEZ ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· JIMENEZ MARTINEZ MARIA DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GRACIA PELIGERO EVA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA
· CASTIELLA JUNQUERA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSIQUIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
4.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN. PERTINENCIA DEL PROYECTO:

En la actualidad el diagnóstico prenatal es ofertado de forma universal a población gestante de nuestro entorno. Un 3% de esta población es diagnosticada de malformación fetal, suponiendo un gran impacto psicológico para la pareja; esta situación tan difícil manejar, puede generar en la pareja ansiedad, depresión y en caso de ILE (interrupción legal del embarazo) la elaboración de un duelo patológico.
Ante esta situación la pareja plantea preguntas que los obstetras podemos responder explicando los hallazgos, el pronóstico y manejo de la patología fetal y del embarazo.
Durante este proceso la pareja recibe información y apoyo multidisciplinar por parte de los obstetras, pediatras y genetistas, pero un aspecto tan importante como el psicológico no se trata adecuadamente y consideramos que debe ser evaluada y tratada (en caso de necesidad) por personal experto en salud mental de la sección de psicosomática si la pareja lo desea lo que mejoraría en nuestra opinión mucho la calidad de la asistencia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
5.-OBJETIVO DEL PROYECTO:

El objetivo de esta intervención es ampliar una infraestructura multidisciplinar (ya en marcha) en la que el enfoque psicológico y psiquiátrico sea incluido y ofertado a las parejas que soliciten ILE por malformación fetal grave para acompañarles y ayudarles a gestionar las emociones por parte de expertos en psiquiatría, de forma el que la elaboración del duelo sea adecuado.

POBLACIÓN DIANA:

Parejas con gestación única o múltiple y diagnóstico de malformación fetal grave que soliciten Interrupción legal de la gestación en el HCU Lozano Blesa.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
6.- ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS:

La actividad consiste en la ampliación de la atención de la pareja gestante con diagnóstico prenatal grave que hayan solicitado ILE ofreciéndoles apoyo psicológico y en caso de necesidad tratamiento psiquiátrico por parte de la sección de psicosomática del servicio de psiquiatría del HCU de forma que mejorar el apoyo psicológico y aportarles los recursos psicológicos para superar con éxito un proceso tan difícil y doloroso.
Cuando la pareja decida la ILE la sección de Diagnóstico Prenatal del Servicio de Obstetricia y Ginecología avisará a la Sección de psicosomática la Dra. Eva Gracia del Servicio de Psiquiatría para que les valore a partir de esa primera valoración se establecerá un calendario de visitas según sus necesidades específicas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
7.-INDICACIONES Y EVALUACIÓN:

Indicadores de la intervención:
Nº de pacientes que son incluidos en el programa/ Nº de pacientes que solicitan ILE.
Nº de visitas por pareja.
Encuesta de satisfacción de la pareja.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0807 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION ATENCION PSIQUIATRICA EN GESTANTES CON EMBARAZO UNICO O MULTIPLE QUE SOLICITE INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO POR PATOLOGIA FETAL GRAVE EN EL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

8.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO:

La implementación del proyecto sería inmediato tras su aprobación.
Duración indefinida con reevaluación cada 6 meses de los indicadores de calidad.
Al año de su inicio se propondrán modificaciones según los resultados del programa.

9. OBSERVACIONES.
10.-OBSERVACIONES:
Se realizarán sesiones mensuales para seguimiento de casos.
Las pacientes que rechacen inicialmente la asistencia, se les ofrecerá un teléfono de contacto donde llamar en caso de cambien de opinión (extensión: 162226).

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Salud Mental

Proyecto: 2018_0841 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA ARRIBAS MARCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUIZ MARTINEZ SARA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BRETON HERNANDEZ PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PROCAS RAMON BEATRIZ. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ MUÑOZ ANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MORENO RUTIA ESTHER. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AGUILAR DE MINGO CRISTINA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEINADO BERZOSA RUTH. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El contacto piel con piel(CPP) con la madre es el hábitat natural del recién nacido y la lactancia materna el comportamiento programado para ese hábitat.
Existen suficientes argumentos biológicos, fisiológicos, antropológicos y del neurocomportamiento que muestran que el contacto piel con piel, junto con la lactancia materna, representan el estado normal que permite la óptima adaptación de los recién nacidos de todas las especies al medio extrauterino.
Cuando se deja espontáneamente al recién nacido piel con piel con su madre durante el tiempo suficiente(los primeros 70 minutos tras el parto), el recién nacido, que nada más nacer tiene una actitud de alerta, es capaz de restar hasta el pecho y hacer una succión correcta. Este hecho se relaciona con una mejor implantación y duración de la lactancia materna. Sin embargo, si no se aprovecha este momento, una vez transcurridas las 2- 3 primeras horas tras el nacimiento, el recién nacido entra en un periodo de somnolencia, está poco receptivo y no demanda pecho. Si el primer contacto entre madre y recién nacido se retrasa, será mucho más difícil el establecimiento de la lactancia y surgirán más problemas.
Este proceso es frágil, requiere tiempo y puede alterarse si se interrumpe el contacto, aunque sean minutos.
Numerosos estudios han demostrado la ausencia de riesgo y la existencia de claros beneficios del COL, tanto para el niño como para la madre

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: todas las gestantes a las que se realice cesárea, tanto programada como urgente, siempre que la situación materno fetal lo permita

Resultados: En colaboracion con servicios de pediatria y anestesia,facilitar el contacto piel con piel en todas las cesáreas programadas e incorporación progresiva de CPP en las cesáreas urgentes, mejorar tasas de éxito de lactancia materna exclusiva al alta, disminución del número de ingresos de recién nacidos por hipoglucemia a la hora de vida

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Acciones previstas: Establecimiento de un protocolo conjunto con Servicio de Anestesia y Pediatría de CPP en las cesáreas programadas. Establecer criterios de inclusión para realizar CPP en cesáreas urgentes.

Recursos: Creación de un grupo de trabajo con responsables del Servicio de Anestesia, Pediatría, Obstetricia y Matronas. Charlas de formación a personal involucrado. Creación de un comité de lactancia materna junto con Servicio de Pediatría

Cambios previstos: ofrecer a todas las pacientes a las que se va a realizar una cesárea la posibilidad de contacto precoz piel con piel en condiciones óptimas. Mejorar tasa de lactancia materna exclusiva

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes que realizan CPP en cesáreas programadas
Número de pacientes que realizan CPP en cesáreas urgentes
Número de RN ingresados por hipoglucemia a la hora de vida
Número de pacientes con lactancia materna exclusiva al alta

Fuente de datos: recogida de datos desde el HOSPITAL doctor, revisando los informes de alta de Pediatría y Obstetricia. Revisión de resultados con una muestra aleatoria de recién nacidos por cesárea a las que se les realizó CPP frente a otra muestra de recién nacidos a los que no se realizó

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio del proyecto: inmediata

Responsables: todos los miembros del equipo

Proyecto: 2018_0841 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS

Duración prevista: 1 año para elaboración de protocolos, puesta en marcha y recogida de primeros resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0908 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA TABUENCA VICEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PADIN FABEIRO MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· REPOLLES LASHERAS SIRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NARVION CASORRAN CAROLINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BESCOS SANTANA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NASSAR MELIC NADIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LAHOZ PASCUAL ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patología más frecuente de la glándula de Bartholino es el absceso, que en ocasiones se produce tras la obstrucción del conducto de drenaje de la glándula y la formación de un quiste. El 3% de las mujeres sufrirá esta patología en algún momento de su vida, siendo la edad más frecuente de aparición clínica entre los 20 y los 29 años.

Estos abscesos suelen ser polimicrobianos y pueden ser producidos tanto por gérmenes aerobios como anaerobios, pero el tratamiento antibiótico no es suficiente para su resolución, precisando el drenaje del mismo en numerosas ocasiones.

En nuestro servicio, el absceso de la glándula de Bartholino ocupa tiempo y recursos de la consulta de urgencias de ginecología, del quirófano y de una cama hospitalaria durante el ingreso de la paciente para su drenaje quirúrgico.

Todo el proceso supone una carga económica para el sistema de salud. El tratamiento inicial (Grado 2c de evidencia) y de elección en otros países (EEUU y Australia) es la fistulización con catéter de Word, de forma ambulatoria, en consulta, procediendo al drenaje y la marsupialización en quirófano sólo en caso de fracaso o recidiva .

El procedimiento de inserción es ambulatorio, realizando una incisión de 5 mm con anestesia local, drenaje, limpieza y colocación del catéter con 3 ml de suero La curación promedio es en torno a las tres semanas, manteniendo un máximo entre 4 y 6 .

Las recidivas se producen entre un 4 y 10% a los 6 meses, siendo menores que el drenaje solo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

El objetivo es introducir en nuestro servicio el catéter de Word para drenaje del absceso de la glándula de Bartholino de forma ambulatoria en la consulta de urgencias y posterior seguimiento en consulta de ginecología.

Se evitará el ingreso de la paciente, la ocupación del quirófano y la estancia hospitalaria posterior, minimizando las molestias para la paciente, y la carga económica para el sistema sanitario.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se establecerá un protocolo para la inserción del catéter, y posterior seguimiento de la paciente en consulta de ginecología para reevaluar la clínica, valoración de la extracción del drenaje y seguimiento de futuras recidivas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de catéteres de Word colocados en urgencias.

- Número de visitas en consulta de ginecología valorando la tolerancia, la clínica y el momento de la extracción.

- Número de recidivas.

- Número de drenajes y marsupializaciones en quirófano por fracaso o recidiva

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Inicio con la compra del catéter de Word y adiestramiento del personal para su colocación.

Proyecto: 2018_0908 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

- Registro de los casos y colocación en urgencias.
- Registro de los casos en consulta: expulsión, extracción correcta.
- Registro del número de recidivas.
- Registro del número de interveciones en quirófano.
- Valoración a lo largo del año 2018, con inicio en junio de 2018.
- Valoración a lo largo de dos años.
- Comparación de resultados de la nueva técnica ambulatoria respecto a la anterior quirúrgica con ingreso de años previos .

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0936 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA EZQUERRA GIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OROS LOPEZ DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TEJERO SANCHO SUSANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· POLO OLIVEROS LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HIERRO ESPINOSA CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Iniciamos este proyecto de Calidad con el objetivo de unificar criterios junto con el Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico, para el manejo de la Diabetes intraparto.
Los profesionales que trabajan en la Unidad de Paritorio creen necesario reevaluar el control que hasta ahora se hace de las gestantes diabéticas en trabajo de parto.
Las pacientes a controlar son las gestantes diabéticas insulinodependientes previas a la gestación y las gestantes diabéticas durante la gestación con o sin Insulina.
Se pretende actualizar el control de las mismas y unificar pautas de control y tratamiento por parte del personal de Enfermeria de planta, matronas de paritorio y médicos del Servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El principal objetivo es la unificación del control y tratamiento de la Diabética gestante en el parto, elaborando un protocolo común.
Transmitirlo y afianzarlo como uso habitual y diario por parte de todo el personal del Servicio.
Conseguir un óptimo control de glucemias, un adecuado uso de la Insulina,evitar hipoglucemias intraparto,evitar hipoglucemias en el neonato,manejar correctamente la fluidoterapia necesaria.
En definitiva, tener un procedimiento común de manejo intraparto.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de Procedimiento actualizado y unificado con Servicio de Endocrinología, con el objetivo de optimizar el control de las gestantes diabéticas en fase de parto.
Participación del personal del Servicio adscrito a Obstetricia, personal de guardias, Servicio de Endocrinología y Enfermería.
Recursos: Reuniones del personal involucrado en el Procedimiento. Aplicación del protocolo por el personal implicado en la atención al parto.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Tasa de pacientes con correcto control de glucemias: Registro en Gacela. Alcanzar 80%, Máx 100 %, mín 50%
Tasa de hipoglucemias maternas intraparto: Registro en partograma. Alcanza r80 %, Máx %, mín 50 %
Tasa de correcto manejo de la fluidoterapia: Registro en partograma. Alcanza r80 %, Máx %, mín 50 %
Tasa de pacientes con correcto manejo de la Insulina pre y postparto: Control glucemias en planta registrado en Gacela. Alcanzar 80 %, Máx %, mín 50 %
Tasa de correcto manejo de la Insulina Intraparto: Registro de control de glucemias en partograma. Alcanzar %, Máx %, mín %
Tasa de hipoglucemias en neonato: Registro en nidos. Alcanzar %, Máx %, mín %

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio: Inmediato

Calendario:Revisión anual y seguimiento posterior.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0936 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

Proyecto: 2018_0971 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HIDRATACION ORAL INTRAPARTO

2. RESPONSABLE ..... RUTH MARIA PEINADO BERZOSA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGUILAR DE MINGO CRISTINA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MORENO RUTIA ESTHER. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ SORBE CRISTINA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DE DIEGO ALLUE MARIA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PELIGERO DEZA JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· POLO BARDINA ESTHER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente las mujeres desean una mayor participación y control en su parto, sociedades científicas relacionadas con este tipo de proceso asistencial están realizando protocolos y guías de atención al parto, pretendiendo eliminar prácticas innecesarias y la utilización de otras alternativas.
En los países industrializados, el miedo a una aspiración de contenido gástrico durante una anestesia general (Síndrome de Mendelson) justifica el ayuno en el trabajo de parto, sin embargo la evidencia actual existente afirma que para el parto normal, de bajo riesgo, no existe necesidad de restringir la ingesta, la cual está asociada a complicaciones materno-fetales. Es por ello que en nuestra práctica habitual existen diferentes puntos de vista en cuanto a la alimentación e hidratación en trabajo de parto y observamos que a un número elevado de gestantes la restricción de la ingesta les supone una experiencia desagradable.
Estos cambios pueden ser llevados a cabo con poco o ningún coste simplemente ofreciendo ingestión de bebidas isotónicas y líquidos claros en intervalos frecuentes, mejoraría la calidad del servicio, los resultados de la obstetricia y la experiencia que las mujeres tienen del parto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general
- Adecuar las recomendaciones actuales en cuanto a ingesta hídrica en nuestro servicio.
Objetivos específicos
- Conocer los efectos y beneficios de la ingesta oral durante el trabajo de parto en nuestras gestantes
- Describir los resultados metabólicos, obstétricos y neonatales relacionados con la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto en gestantes de bajo riesgo.
Aumentar el grado de satisfacción de las gestantes a las que se les ha permitido la ingesta intraparto mejorando la calidad asistencial.
Comprobar las preferencias de la mujer en cuanto a la ingesta de unos líquidos frente a otros.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En los partos no intervenidos y bajo supervisión medica la parturienta podrá ingerir infusiones, bebidas isotónicas o agua en cantidades máximas de 150-200ml /h siempre que lo deseen. Existirá un registro de los líquidos administrados.
Los criterios de inclusión serán gestantes a término y de bajo riesgo en fase activa de parto a las que se les ofertará bajo consentimiento informado la toma de líquidos.
Si aparecen factores de riesgo materno fetales se valorará su exclusión.
Realización de encuesta de satisfacción tipo Likert durante el puerperio inmediato.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % Nº y frecuencia de aparición vómitos en mujeres con ingesta oral.
- % de mujeres satisfechas con la hidratación oral.
- % de broncoaspiración materna tras una anestesia general en mujeres hidratadas por vía oral.
- % de hipoglucemias en neonatos a la hora de vida.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2018: sesion clinica sobre el tema exponiendo la evidencia cientifica actual.
- Junio 2018: primera reunión de equipo, reparto de tareas.
- Julio – Agosto 2018: elaboración hoja de registro de control de ingesta de líquidos, del consentimiento informado y de las encuestas de satisfacción.
- Septiembre 2018 – Mayo 2019: sesión informativa al servicio y puesta en marcha del proyecto.
- Mayo 2019: reunión evaluadora del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0971 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

HIDRATACION ORAL INTRAPARTO

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0976 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U. LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... ESTHER MORENO RUTIA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAINAR JOSA GEMA LUCIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GIL LOSILLA REBECA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ARRIBAS MARCO MARIA TERESA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AGUILAR DE MINGO CRISTINA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ SORBE CRISTINA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En nuestro Sistema Nacional de Salud, la estrategia de 2007 de atención al parto normal, impulsó una profunda transformación en el modelo de atención al parto. Este cambio pretende un modelo cuyos principios rectores serían la consideración del parto como un proceso fisiológico y la necesidad de ofrecer una atención personalizada e integral, así como el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres. En diciembre de 2011, el Ministerio de Sanidad publica el primer plan de parto y nacimiento, documento que se aconseja sea elaborado conjuntamente con su matrona, y constituye un importante apoyo institucional tanto para las mujeres como para los profesionales en su actividad diaria.

El HCU dispone de un documento informativo sobre el plan de parto, pero a nuestro parecer y según nuestra experiencia no incluye toda la información que la mujer demanda, ni mejoras llevadas a cabo en nuestro servicio en los últimos años en la atención en el proceso de nacimiento. Actualmente nos encontramos con mujeres que acuden con expectativas irreales y un sentimiento de hostilidad hacia nuestro trabajo, aconsejadas por personal no cualificado o no correctamente informado. La mayoría desconocen la realidad en la prestación de nuestra asistencia, y es por ello que consideramos fundamental una actualización de la documentación existente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la calidad de la información que reciben las gestantes, adaptando las recomendaciones existentes a la asistencia al nacimiento de nuestro hospital.

- Establecer un correcto enlace entre niveles asistenciales para agilizar y facilitar el acceso a nuestra consulta.

- Favorecer la sensación de seguridad y confianza de la usuaria creando un vinculo previo con nuestras instalaciones y protocolos asistenciales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Informar a las matronas de atención primaria y especializada para mejorar el circuito de derivación mediante sesiones informativas en las reuniones de sector.

- Actualización del documento existente en el HCU sobre plan de parto incluyendo asimismo un apartado para que la gestante exprese sus necesidades.

- Elaboración de encuestas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de satisfacción a la gestante preparto:

- expectativas previas

- encuesta de satisfacción respecto de la información recibida.

Encuesta postparto:

- satisfacción tras el parto: escala CONFORT

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Septiembre-octubre 2018: difusión de la información en atención primaria y especializada.

- Diciembre 2018: puesta en marcha en nuestra consulta de fisiopatología fetal

Proyecto: 2018_0976 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U. LOZANO BLESA

- Seguimiento y recogida de encuestas
- Junio 2019: evaluación de resultados

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0978 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.C.U. LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... GEMA LUCIA MAINAR JOSA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ CUÑADO ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALVAREZ ALONSO BEATRIZ. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MANGLANO ALONSO FLAVIA. MATRONA. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· PADIN FABEIRO MARTA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· VICO RUBIO PILAR. TRABAJADOR/A SOCIAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. TRABAJO SOCIAL
· RODRIGUEZ SANCHEZ AURORA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GRACIA PELIGERO EVA. PSIQUIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PSICOSOMATICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde hace unos años existe un movimiento social que demanda la visibilización de la pérdida perinatal con la consiguiente desaparición de tabúes y nos exige, al sistema sanitario, una mejor formación y sensibilización de todo el personal implicado cuando tratamos a las familias que pasan por esta situación.
Existen circunstancias relacionadas con la perdida que pueden modificar el duelo perinatal, como la edad gestacional (EG) en el momento de la pérdida, las reacciones de los profesionales y su actuación, tanto en el momento en que se diagnostica la muerte fetal como en el momento del nacimiento, al alta hospitalaria e incluso en consultas ambulatorias posteriores.
En otros centros, la puesta en marcha de proyectos de esta índole ha mejorado notablemente la experiencia de las parejas, disminuyendo el número de duelos patológicos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Humanizar la asistencia prestada, a la mujer y su pareja, en situaciones de muerte perinatal, mediante la elaboración de un protocolo con recomendaciones de actuación que facilite el acompañamiento durante dicho proceso en su paso por la unidad de urgencias y hospitalización.
2. Proporcionar a los profesionales sanitarios los conocimientos necesarios sobre la asistencia ante la muerte perinatal.
3. Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados.
4. Concienciar sobre la importancia del papel de los profesionales en la elaboración del duelo perinatal.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de protocolo de atención al duelo perinatal en urgencias y hospitalización por parte de grupo multidisciplinar.

Elaboración de materiales (tras análisis de la situación y de las necesidades de nuestro servicio) díptico, check list de enfermería…..

Jornada de formación y sensibilización para el personal implicado en la atención a las familias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Elaboración del protocolo
Difusión del mismo entre el personal implicado
A los seis meses de su implantación encuesta de satisfacción al personal sanitario con recogida de sugerencias y subsanación de posibles errores.
Los criterios de evaluación del protocolo y sus indicadores están pendientes de definirse.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración: un año, finalización mayo del 2019.
Calendario: Junio 2018 reunión puesta en común, reparto de materiales relacionados con el tema, análisis de la situación actual en nuestro centro.
Septiembre 2018 reunión con personal del HMS presentando sus protocolos y materiales propios.
Septiembre 2018 comienzo de reuniones para la elaboración del protocolo con periodicidad mensual.
Mayo 2019 jornada de formación -sensibilización para el personal del HCU con presentación del protocolo y de materiales auxiliares.

9. OBSERVACIONES.
Al ser elaborado por un grupo multidisciplinar uno de los objetivos es que este protocolo sirva de punto de

Proyecto: 2018_0978 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.C.U. LOZANO BLESA

partida para la elaboración de otros relacionados con el tema, igual de necesarios para el abordaje del duelo perinatal en nuestro centro, buscando siempre la implicación de distintos profesionales.
Por ejemplo:
Atención al duelo en situaciones de pérdida fetal en la unidad de dilatación-paritorio,
Atención en las consultas ambulatorias-atención primaria
Documentación requerida y adecuada cumplimentación de la misma en casos de pérdida perinatal……

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0984 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA NARVION CASORRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· POLO OLIVEROS LAURA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· HIERRO ESPINOSA CRISTINA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ALVAREZ MARTINEZ ALICIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GUARGA MONTORI MARIA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ-SERRANO ARTIGAS MARIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El aborto de primer trimestre es un motivo de consulta muy frecuente tanto en consultas de obstetricia como en el servicio de urgencias de nuestro centro.

El aborto espontáneo clínico se produce en el 10-20% de los embarazos. La mayoría son preclínicos (60%) y por lo general ocurren antes de la semana 12 de gestación (85%).

El tratamiento del aborto puede ser expectante, médico o quirúrgico. El tratamiento médico consiste en la administración de 4comprimidos de misoprostol (800 mcg) y evaluación posterior en consulta.

Actualmente el protocolo del tratamiento médico del aborto en nuestro servicio sigue los siguientes criterios:
- Aborto incompleto
- Embrión con CRL < 7mm
- Saco gestacional < 25mm

Estos criterios son algo restrictivos, y esto implica la realización de mayor número de legrados obstétricos, con las consecuentes implicaciones que conlleva: más coste sanitario, mayor número de ingresos hospitalarios, etc.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Fijar nuevos criterios de inclusión y exclusión para la realización del tratamiento médico del aborto y poder ofertarlo así a mayor número de mujeres que sufren un aborto de primer trimestre.

Se propone como indicación para el tratamiento médico los siguientes:
- abortos incompletos con restos < 30mm
- embrión con CRL <30 mm
- gestaciones anembrionadas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión del protocolo de tratamiento del aborto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Aplicar los nuevos criterios para unificar actuaciones en Urgencias y de Consultas.
Acordar un algoritmo de actuación.
Definir claramente el papel a realizar por las personas implicadas.
Creación de un tríptico informativo para las pacientes.

Los criterios de inclusión en el nuevo protocolo serían los siguientes:
- gestación única
- amenorrea < de 10 semanas
- hemoglobina > o igual a 10g/dl y ausencia de coagulopatía
- consentimiento informado
- posibilidad de seguimiento en consulta

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de tratamientos médicos pautados vs número de legrados obstétricos realizados en los quirófanos de urgencia durante la guardia.
- Número de hospitalizaciones debidas a la realización de legrados.
- Número de visitas a urgencias debidas a complicaciones o efectos secundarios del tratamiento médico.
- Número de consultas ambulatorias realizadas.
- Efectos secundarios de ambos tratamientos.
- Número de legrados necesarios por fracaso del tratamiento médico
- Comparar el coste entre tratamiento médico vs tratamiento quirúrgico.

Proyecto: 2018_0984 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio: Revisión del protocolo actual.
Junio: Presentación a los miembros del Servicio del nuevo protocolo.
Julio: Puesta en marcha del Protocolo actualizado.
Agosto: Recogida de datos durante 6 meses desde agosto-enero 2018.
Septiembre 2018: Creación de un tríptico informativo que aclare dudas sobre el tratamiento.
Octubre 2018. Creación de encuestas de satisfacción para als pacientes.
Enero 2019: Revisión de los datos recogidos y presentación a los miembros del Servicio.

9. OBSERVACIONES.
El tratamiento médico del aborto tiene una alta tasa de éxito (70-80%) y tiene un menor coste económico respecto al tratamiento quirúrgico con legrado.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1151 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

2. RESPONSABLE ..... ELENA BESCOS SANTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ELIA GUEDEA MANUELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· SARTAGUDA ALABART MIREYA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· GOMEZ OPIC CONCEPCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· NASSAR MELIC NADIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· TABUENCA VICEN CRISTINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Parto es un factor determinante en la perdida de funcionalidad del suelo pélvico. Las estructuras de soporte del suelo pélvico pueden dañarse por los desgarros, la distensión de los músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios.
El 15-30% de las mujeres que tienen un parto presentan una lesión significativa del músculo elevador del ano. El desgarro del musculo elevador del ano está relacionado con la edad materna en el primer parto.
La importancia de la lesión parcial del musculo elevador del ano es incierta, no así del desgarro completo que se relaciona con una pérdida en la fuerza de contracción del musculo, así como con los signos y síntomas de prolapso.
El Parto se asocia de forma independiente tanto con las lesiones del esfínter anal como con la desinserción del músculo pubococcigeo, siendo estas lesiones significativamente más frecuentes en el parto asistido con fórceps que en el parto espontaneo.

Se estima que aproximadamente el 80-85% de las mujeres tienen alguna forma de lesión perineal durante el Parto (desgarro o episiotomía) y de ellas, aproximadamente el 70% precisan sutura.
La relación de causalidad entre los desgarros del esfínter anal y la incidencia de incontinencia anal (IA) en el posparto está demostrada y aunque la lesión se reconozca y se repare en el parto, un porcentaje elevado de mujeres presentan síntomas de IA en el posparto. La frecuencia referida difiere según el tipo de parto, el peso del feto, la paridad, la necesidad de episiotomía y de si el diagnóstico es clínico en el paritorio o mediante ecografía endoanal de forma diferida.

Si la evaluación de la lesión esfinteriana se realiza mediante ecografía endoanal en vez de por exploración clínica en el paritorio, el porcentaje de mujeres afectadas tras un parto aumenta desde cero hasta el 35%. Las que han tenido un parto previo, pasan del 40% al 44%. Las pacientes con cesáreas no presentan aumento en su porcentaje de afectación esfinteriana. Esto hizo pensar en la posible lesión oculta del esfínter anal, aunque este hecho no se ha refrendado en trabajos posteriores donde se apreció que las lesiones más que ocultas, eran infravaloradas en el paritorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es un correcto control de la reparación de desgarros del esfínter anal.

Tras la correcta reparación del esfínter externo, entre el 60 y el 80% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. En las que presentan sintomatología, los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria. Además, se encuentran lesiones ecográficas persistentes hasta en el 40% de mujeres asintomáticas.

Por ello queremos controlar a nuestras pacientes y ofrecer rehabilitación en aquellas pacientes sintomáticas o con factores de riesgo para sufrir incontinencia anal o de gases en el futuro.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Tras una lesión perineal de 3er o 4º grado se realizará un seguimiento específico:

- Al alta, informar de la necesidad de un hábito evacuatorio saludable y evitar el estreñimiento.
- Recomendar la realización de ejercicios de Kegel (administrar hoja informativa)
- Citar visita de cuarentena con obstetra en “Consulta de Puerperio Patológico”.

• Valoración de síntomas ano-rectales y otros síntomas uro-ginecológicos
- Valoración incontinencia urinaria: ICQ-IU-SF
- Valoración incontinencia fecal: escala de Wexner
• Exploración pélvica .
- Valoración del tono en reposo y de la capacidad contráctil del esfínter anal (tacto rectal en reposo y ante maniobra defecatoria inhibitoria)

Proyecto: 2018_1151 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

- Valoración de estado de cicatrices y puntos de dolor
- Test de Oxford para valorar tono muscular pélvico
- Recomendación de ejercicios de la musculatura del suelo pélvico a partir de las 6-12 semanas de la lesión, en todos los casos. Las pacientes que presentan afección del componente externo del esfínter anal obtienen más beneficio con esta medida.
- Citar a pacientes con desgarros a partir de IIb en consulta de Cirugía Suelo Pélvico para realización de ecografía endoanal (a las 8-12 semanas postparto) para valorar si persiste algún defecto anatómico del esfínter (realizar hoja de colaboración dirigida a Consulta Cirugía Suelo Pélvico solicitando realización de eco endoanal tras lesión de esfínter en parto)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% desgarros III y IV grado controlados en consulta en consulta de puerperio patológico

% desgarros a los que se le ha realizado eco endoanal

% desgarros III y IV grado controlados en la consulta de ginecología suelo pélvico

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
JUNIO 2018 - JUNIO 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1065 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE MINGUEZ MURO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ASCASO PUYUELO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· CASAS PASCUAL PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· LOPEZ RODRIGUEZ NURIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· BARTOLOME SESE ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· LOPEZ SANGROS ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La cirugía de cataratas es, con diferencia, el procedimiento quirúrgico más frecuente en cualquier unidad de Oftalmología. En nuestro medio, todos los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas, son sometidos a un estudio rutinario preoperatorio por parte del servicio de Anestesiología, lo que además de consumir recursos, supone la creación de una segunda lista de espera.
La anestesia tópica es una estrategia segura y rentable para abordar la intervención quirúrgica de los pacientes con cataratas de baja complicidad.
Se ha estimado que la necesidad de atención, por parte de un anestesista, durante la cirugía de catarata con anestesia tópica, en pacientes ASA I-II y III sólo acontece en el 3,4% de casos, debido principalmente a crisis hipertensivas. Estos resultados cuestionan la utilidad de la consulta preoperatoria de anestesia, en la totalidad de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de cataratas. En la Guía de práctica de cirugía de cataratas, el Real Colegio de Anestesistas y el Real Colegio de Oftalmólogos de Londres, recomiendan, con un nivel de evidencia científica grado A, que las pruebas complementarias previas a la cirugía de cataratas, sólo sean consideradas cuando la historia clínica o la exploración física del paciente así lo aconsejen.
Deberían por tanto establecerse protocolos médicos desarrollados conjuntamente entre oftalmólogos y anestesiólogos para liberar de consultas a éstos últimos, optimizando la eficiencia de los recursos sin poner en riesgo la seguridad de nuestros pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Evitar la consulta anestésica preoperatoria, a todos aquellos pacientes con cataratas susceptibles de ser intervenidas mediante anestesia tópica y que tengan un riesgo anestésico ASA I o II.
Elaborar una guía de valoración de la complejidad técnica de la intervención de cataratas, para diferenciar previamente a la cirugía, aquellos procedimientos susceptibles de poderse realizar mediante anestesia tópica de aquellos que puedan precisar anestesia loco-regional o general.
Desarrollar un cuestionario médico protocolizado, consensuado con el servicio de Anestesiología, que permita al médico oftalmólogo realizar el cribado de los pacientes que no vayan a necesitar la realización de un estudio anestésico preoperatorio previo a la intervención.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión de la literatura científica existente, para confeccionar una guía que permita estimar, de manera independiente al observador, la complejidad técnica de la intervención de cataratas y, por tanto, las posibilidades de poderla realizar mediante anestesia tópica.
Redacción de un cuestionario médico compuesto por preguntas tipo test, para poder calificar el riesgo anestésico de los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas.
Modificación del circuito de inclusión en lista de espera. Los pacientes seleccionados para ser intervenidos con anestesia tópica y con un riesgo anestésico bajo deberán ser informados y recibir una hoja de recomendaciones para el día de la operación en la visita preoperatoria con su oftalmólogo. Será este mismo facultativo el que dará a firmar un consentimiento informado tanto para la cirugía de catarata como para anestesia.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes operados de catarata sin necesidad de haber realizado la consulta anestésica preoperatoria.
Documento del HCU. Ficha rosa de inclusión en lista de demanda quirúrgica

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio-Septbre 2018.Confección guía sobre complejidad técnica de cirugía de catarata. Responsable Dra. Caramello Alvarez. Dra. Bartolome. Dr Minguez
Octubre-Dbre 2018. Protocolo de evaluación del riesgo quirúrgico consensuado con Servicio Anestesia. Responsable Dr. Ascaso. Dra del Buey. Dra Lopez Rodriguez
Enero 2019. Modificación del circuito e inclusión en lista de demanda quirúrgica. Responsable. Dra Casas. Dra Lopez Sangros
Marzo 2019 se realizan las primeras intervenciones.

Proyecto: 2018_1065 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión (“no hacer”)

Proyecto: 2018_1119 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO

2. RESPONSABLE ..... LEON REMON GARIJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ GARCIA DIANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· RAMIRO MILLAN PATRICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· MINGUEZ MURO ENRIQUE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La cirugía del estrabismo representa una pequeña parte de toda la cirugía oftalmológica que se realiza en nuestro HCU. A diferencia de la cirugía de facoemulsificación para la extracción de cataratas, de la cirugía para el tratamiento del glaucoma, de la cirugía de retina y de otras cirugías oftalmológicas, todas las operaciones para la corrección de los estrabismos las llevamos a cabo con anestesia general, ingresando a nuestros pacientes la tarde anterior a la operación y dándoles de alta al día siguiente de la operación. La cirugía del estrabismo tiene unas características específicas que debemos tener en cuenta:
- Muchas veces la cirugía se lleva a cabo en niños, con la consiguiente ansiedad que genera la situación para toda la familia, tanto a los padres como a los hermanos, etc.
- La gente, en general, no tiene una idea clara de en qué consiste y como se realiza la cirugía del estrabismo.
- En el caso de los niños, muchos progenitores tienen serias dudas sobre los cuidados sobre el postoperatorio inmediato, sobre las actividades que pueden realizar sus hijos temporalmente tras la operación, sobre cuánto deben ausentarse de las clases, etc.
- En el caso de los adultos que operamos de estrabismo, también tienen numerosas preguntas: ¿puedo ver doble tras la operación?, ¿puedo conducir?, ¿cuanto tiempo aproximado estaré de baja laboral?, ¿me quedarán cicatrices visibles a nivel cutáneo?, etc.

Es evidente que en las consultas previas a la operación, algo hablamos con los pacientes, o con los progenitores que los acompañan caso de que sean menores; pero desgraciadamente, el tiempo que tenemos para las visitas no es tan amplio como nos gustaría y se quedan muchas preguntas “en el tintero”.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Que todos los operados y sus familiares tengan una buena información sobre la cirugía del estrabismo, sobretodo en relación al posoperatorio inmediato y a las recomendaciones y consejos que puedan favorecer su recuperación funcional, su calidad de vida y responda a muchas de sus dudas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Proponemos, que durante el primer cuatrimestre de 2018 vamos a redactar en la Sección de Estrabismos un Documento Informativo en el que trataremos de explicar a los pacientes de una manera clara, con un lenguaje comprensible y que no sea demasiado extenso, cómo es el postoperatorio a corto y medio plazo y las medidas que tienen que seguir, intentando responder a la mayoría de las preguntas que se nos plantean habitualmente en las consultas con todas aquellas personas a las que vamos a operar. Evidentemente, las informaciones contenidas en el consentimiento informado no serán objeto de este Documento Informativo.
Creemos que este documento repartido a todos los pacientes que vayamos a operar (o a los progenitores en el caso de los menores de edad), puede aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y ayudar a mejorar su calidad de vida durante el postoperatorio inmediato.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta verbal y estadísticas de la sección.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Enero a Abril 2018: Elaboración del Documento Informativo.
-Mayo a Octubre 2018: Entrega del Documento a los usuarios que van a ser operados de estrabismo (o a sus progenitores caso de que sean menores de edad).
-Noviembre 2018: Revisión del documento y redacción de posibles añadidos complementarios para responder a temas o cuestiones planteadas por los usuarios que no estuvieran reflejadas en el Documento inicial.
-Diciembre 2018: Elaboración del Documento Definitivo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos

Proyecto: 2018_1119 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1473 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

2. RESPONSABLE ..... JUAN IBAÑEZ ALPERTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ GARCIA DIANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· MARTINEZ MORALES JUANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· CHACON VALLES MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· GARCES PINZOLAS ASUNCION. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· SIERRA GRACIA MARIA ELENA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA
· ASCASO PUYUELO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OFTALMOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La técnica de la canaloplastia es una nueva alternativa quirúrgica para el tratamiento del glaucoma, que pretende reducir la presión intraocular insertando un microcateter en toda la extensión del canal de Schlemm. Diferentes estudios han demostrado que esta intervención tiene un alto grado de eficacia y un nivel de seguridad superior a otras cirugías glaucomatosas, especialmente aquellas que requieren perforar el ojo y que implican mayor riesgo de hipotensión, inflamación o hemorragias.
La canaloplastia, que constituye una alternativa válida a las técnicas convencionales, es un paso más para intentar reducir la presión intraocular a largo plazo. Al ser una técnica no perforante y mínimamente invasiva no requiere la formación de una ampolla de filtración, lo cual reduce los riesgos de infección y posibilita una rehabilitación mucho más rápida.
Desde finales de 2017, la Unidad de Glaucoma del Hospital ClínicoUniversitario “Lozano Blesa” es el centro de referencia para esta técnica en la Comunidad Autónoma de Aragón.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se estima que, a lo largo del 2018,unos 30 pacientes afectos de glaucoma puedan ser intervenidos en el Clínico con esta técnica.
El proyecto tiene como objetivo principal, analizar la implantación de esta técnica, considerando la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.
Como objetivos secundarios se estudiaran los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Cada paciente será analizado en la visita preoperatoria, al dia siguiente, 2 semanas, mes 3 meses y 6 meses, estudiando en cada una de ellas la presión intraocular (mmHg), agudeza visual (ETDRS), biomecánica corneal y espesor coroideo.
Se realizara un análisis en conjunto de todos los pacientes intervenidos para analizar el grado de efectividad, seguridad y complicaciones de la canaloplastia y compararla con las tecnicas convencionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Valoracion de la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.

Como objetivos secundarios se estudiaran los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se estima que, a lo largo del 2018,unos 20-30 pacientes afectos de glaucoma puedan ser intervenidos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" con esta técnica.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del ojo y sus anexos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1195 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ANDRES CONEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ISLA CASADO DOLORES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· ESCUDERO EMPERADOR PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· YUBERO ESTEBAN ALFONSO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· MURILLO JASO LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· CORRAL SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· BUESO INGLAN PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las técnicas de Secuenciación masiva = Next Generation Sequencing (NGS) requieren protocolos de utilización en asesoramiento genético en cáncer hereditario y un consentimiento informado específico.
La Asociación Española de Genética Humana ha elaborado un documento de posicionamiento sobre la utlización de NGS en cáncer hereditario como herramienta de diagnóstico genético. En la última reunión de la Sección de Cáncer Hereditario de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) se decidió que ésta avale dicho documento. Se deben adecuar las recomendaciones a la práctica asistencial de nuestro Hospital.
Se plantea la necesidad de incorporar estas técnicas en pacientes seleccionados de la Consulta de Asesoramiento Genético en Cáncer Hereditario.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Elaboración de Protocolos de utilización de NGS asesoramiento genético en cáncer hereditario.
2. Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario.
Se adecuarán a las recomendaciones de la Asociación Española de Genética Humana y de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM

3. Seleccionar con dichos protocolos los pacientes susceptibles de realización de panel de genes diagnóstico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.- Elaboración de Protocolos de utilización de NGS en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Se realizará una reunión bimensual para planificar dichos protocolos y avanzar en su elaboración.
2.- Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Se adecuarán a las recomendaciones de la Asociación Española de Genética Humana y de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM. Se realizará una reunión de consenso y otra de evaluación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Protocolo de utilización de NGS / tipo de patología. (Plantear Protocolo en el 100% de los casos)
2.- Elaboración de consentimiento para realización de NGS. (100% de pacientes a los que se realice NGS deben firmar el Protocolo)
3.- Número de paneles genéticos / Número de pruebas genéticas realizadas (al menos 10% de pacientes)
4.- Número de primeras consultas en las que se plantea NGS / Número de primeras consultas. (10% al menos)
5.- Número de estudios familiares en los que se plantea NGS / Número de estudios de familiares. (5% al menos)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Elaboración de protocolos de utilización de NGS en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Marzo-Diciembre 2018
2. Elaboración de consentimiento informado sobre la realización de un panel de genes en cáncer hereditario. Marzo-Junio 2018.
3. Implementación en consulta: Junio-2018 a Diciembre 2018.

9. OBSERVACIONES.
ESTA RESPUESTA SUSTITUYE A LA ANTERIOR EN LA QUE ESTABA EQUIVOCADO EL DNI. ESTE ES EL CORRECTO.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

Proyecto: 2018_1195 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1196 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

2. RESPONSABLE ..... DOLORES ISLA CASADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· YUBERO ESTEBAN ALFONSO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· ESCUDERO EMPERADOR PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· ANDRES CONEJERO RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· MURILLO JASO LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· TORRES SAIZ ALICIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA
· HUERCANOS ESPARZA ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La participación de los pacientes en Ensayos Clínicos nacionales e internacionales es una oportunidad para ellos de acceso a novedosos tratamientos y un motor de avance en la investigación oncológica. Es un trabajo de ya muchos años por parte de profesionales del Servicio, lo que ha permitido que Ensayos de muy alto nivel puedan estar disponibles para nuestros pacientes. Dicha actividad en la que participan principalmente los investigadores responsables de los Ensayos, los coordinadores de Ensayos y enfermería requiere una gestión adecuada para optimizar dicha investigación a nivel burocrático y clínico.
Se va a crear un Protocolo de Funcionamiento de esta Unidad en el seno del Servicio de Oncología Médica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Creación de un Protocolo de Funcionamiento de la Unidad.
2. Elaboración de Protocolos para visitas de inicio, monitorizaciones y cierres de ensayos, así como intervenciones sobre pacientes como extracciones de analíticas y cuestionarios de calidad de vida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Protocolo de Funcionamiento global.
2. Visitas de inicio de ensayos clínicos.
3. Protocolo para atención de monitorizaciones.
4. Protocolo para visitas de cierre de ensayos clínicos.
5. Coordinación de toma de muestras de ensayos clínicos.
6. Coordinación de realización de cuestionarios de calidad de vida.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Protocolo de Funcionamiento global. (Elaborarlo en su totalidad)
2. Visitas de inicio realizadas con el nuevo Protocolo. (30% del total)
3. Visitas de cierre realizadas con el nuevo Protocolo. (30% del total)
4. Atención de Monitorizaciones según Protocolo. (30% del total)
5. Número de reuniones de coordinación: 4.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Elaboración de Protocolos. Marzo-Septiembre 2018
2. Implementación: Septiembre-2018 a Diciembre 2018.
3. Reuniones periódicas: Mayo-Julio-Septiembre-Noviembre 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0159 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO GARCIA CURDI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGREDA MORENO BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VALLES VARELA HECTOR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ROYO LOPEZ JUAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LOPEZ BUIL JESSICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GIL GRASA GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VELA GAJON PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La patología oncológica es cada vez más frecuente en nuestro medio, y sobretodo en una especialidad como Otorrinolaringología, que abarca los tumores de Cabeza y Cuello. Los pacientes oncológicos, suelen ser pacientes complejos, pluripatológicos y tratados de una forma multidisciplinar. Por ello, en ocasiones resulta difícil conocer los detalles de evolución de cada paciente, ya que hay que revisar historias de varias especialidades para evaluar el seguimiento y los tratamientos que ha recibido.

Por ello, en nuestro servicio, desde hace años existe una ficha-resumen del paciente oncológico en la primera hoja de nuestra historia. En dicha ficha recogemos un breve resumen de la enfermedad del paciente.

Pretendemos actualizar esta pequeña ficha, para que sea todavía más rápido conocer al paciente de un solo vistazo, adjuntándola en la primera hoja. Se recogerán datos como la fecha de primera visita, fecha de diagnóstico del tumor, localización, estirpe histológica y TNM inicial tras haber pasado por el Comité de Tumores.

Se habilitará una tabla en la que se podrán recoger los tratamientos que reciba el paciente y la fecha de inicio y final de dicho tratamiento. Además se podrá anotar si el paciente ha sufrido una recidiva/progresión de su enfermedad

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal del proyecto es mejorar la calidad de la atención, ya que con una simple hoja se puede conocer la historia de un paciente. De esta manera, un médico puede conocer a un paciente que nunca ha atendido en pocos segundos, lo que ayuda a mejorar el diagnóstico y tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha realizado una ficha-resumen, que se deberá rellenar en todos los pacientes oncológicos (una vez hayan sido presentados en el Comité de Tumores) valorados por el servicio de ORL a partir de que se ponga en marcha este proyecto. Para ello se explicará el funcionamiento de esta hoja en una sesión del Servicio de Otorrinolaringología a todos los miembros del Servicio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se hará una encuesta a los miembros del Servicio de Otorrinolaringología pasado un tiempo, para ver la utilidad de la aplicación. Con ello podremos detectar defectos que hayamos encontrado e intentar buscar la manera de solucionarlos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se iniciará con carácter inmediato y se prolongará en la medida en la que se compruebe su utilidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0417 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL SEBASTIAN CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGREDA MORENO BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GARCIA CURDI FERNANDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ARTAL SANCHEZ RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VELA GAJON PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· MILLAN GUEVARA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Laringología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.
3º Reducir la lista de espera en consultas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.
Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio:02/01/2018
Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:
Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.
Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.
Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.
La evaluación de resultados se realizara en 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGIA FARINGOLARINGEA Y CERVICOFACIAL
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO ALFONSO COLLADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FUMANAL SENZ LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GRACIA SIMON LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GIL GRASA GUILLERMO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LOPEZ BUIL JESSICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Rinología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.

2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.

3º Reducir la lista de espera en consultas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.

Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio:02/01/2018
Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:

Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.

Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.

Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.

La evaluación de resultados se realizara en 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología de macizo facial, senos paranasales y base de cráneo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0429 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0431 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE OTOLOGIA, OTONEUROLOGIA Y AUDIOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... JUAN ROYO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARTAL SANCHEZ RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VALLES VARELA HECTOR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· LAVILLA MARTIN DE VALMASEDA MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· GRACIA SIMON LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· VIZMANOS SEVILLA FERNANDO DANIEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA
· ABENIA INGALATURRE JOSE MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OTORRINOLARINGOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Otología, Otoneurología y Audiología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.

2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.

3º Reducir la lista de espera en consultas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.

Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio:02/01/2018
Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:

Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.

Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.

Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.

La evaluación de resultados se realizara en 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2018_0431 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE OTOLOGIA, OTONEUROLOGIA Y AUDIOLOGIA

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0761 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

2. RESPONSABLE ..... PALOMA HUERTA BLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUADRON ANDRES LORENA. PEDIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ASCASO MATAMALA ANGELA. PEDIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· MUÑOZ JALLE ELENA. PEDIATRA. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ESCRIBANO GARCIA ANA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· FERRER SANTOS PILAR. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· BEAUMONT ROMEA NURIA. EIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La parada cardiorrespiratoria (PCR) se puede presentar en cualquier lugar y en cualquier momento y por ello todos los centros sanitarios y los servicios de urgencias deben disponer de personal y material adecuado para realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP). Por otra parte, los errores con el material y la medicación durante la RCP no son infrecuentes y pueden tener repercusiones muy importantes.
Las mochilas de RCP deben tener el material y la medicación para llevar a cabo de forma rápida y eficiente una RCP pediátrica. Debe existir al menos una mochila de RCP accesible en el Servicio de Urgencias de Pediatría. Debe contener solo el material y la medicación imprescindibles para realizar una RCP y atender a las urgencias vitales. El material debe ser conocido por el personal, incluir los repuestos necesarios y ser revisado y repuesto periódicamente.
La estandarización y unificación del contenido (material y medicación) de los carros y mochilas de RCP pediátrica, así como el entrenamiento del personal en su utilización, son una parte esencial de la organización asistencial de la RCP pediátrica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Facilitar la identificación y el acceso de la mochila de RCP presente en el Servicio de Urgencias de Pediatría.
- Estandarizar y unificar del contenido (material y medicación) de la mochila de RCP pediátrica estableciendo un protocolo de revisión periódica.
- Entrenamiento del personal en su utilización como parte esencial de la organización asistencial de la RCP pediátrica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Adquisición e implantación de mochila fácil de transportar con disposición de diversos espacios y compartimentos en los que colocar el material de forma ordenada.
- Localización y señalización de la mochila en un lugar fácilmente accesible e identificable.
- Ordenar el material por colores o compartimentos según la secuencia: A (vía aérea), B (ventilación) y C (circulación).
- Realizar sesiones informativas y de entrenamiento del personal médico, de enfermería y auxiliar en el conocimiento del contenido y la disposición del material y medicación.
- Establecer un protocolo de revisión periódica del material y la medicación, en el que conste específicamente el personal responsable, y una lista de comprobación del material y sus repuestos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Instauración de registro y ordenación de medicación según secuencia específica
- Calendario de revisión periódica mensual con identificación de persona responsable.
- Calendario de sesiones programadas informativas para personal médico y de enfermería con periodicidad bimensual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Adquisición e implantación de mochila de RCP en un lugar accesible e identificable de RCP, así como ordenación del material en marzo 2018
- Realizar sesiones informativas y de entrenamiento del personal médico, de enfermería y auxiliar en el conocimiento del contenido y la disposición del material y medicación del carro (abril 2018-mayo 2019 con periodicidad bimensual)
- Establecer un protocolo de revisión periódica del material y la medicación, en el que conste específicamente el personal responsable, y una lista de comprobación del material y sus repuestos (abril 2018- mayo 2019 con periodicidad mensual)

Proyecto: 2018_0761 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0831 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE INTERVENCION CLINICA EN EL TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA LLORENTE CEREZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO LOZANO GLORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· MORENO SANTOS MARTHA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· TRUJILLANO LIDON LAURA. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ASCASO MATAMALA ANGELA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· CASAJUS MALLEN JOSE ANTONIO. PROFESOR/A. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. GRUPO GENUD
· RUPEREZ CANO AZAHARA IRIS. INVESTIGADOR/A. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. GRUPO GENUD

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La obesidad se define como un exceso de grasa corporal. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico. Las medidas más adecuadas para valorar el estado nutricional en la infancia son el índice de masa corporal y perímetro abdominal.
La obesidad infantil es una enfermedad multifactorial, desarrollada a partir de complejas interacciones entre factores genéticos y ambientales. La causa más frecuente es la exógena, atribuyéndose a otras causas en menos del 5% de los casos.
El aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil es un problema emergente de salud pública. El deterioro en la calidad de la dieta junto con un aumento del sedentarismo debido al desarrollo de nuevas tecnologías es su causa principal. La obesidad infantil se asocia con importantes problemas de salud como síndrome metabólico, hipertensión arterial o diabetes tipo 2 (1).
Los niños que llegan a las consultas de Endocrinología pediátrica, vienen derivados desde atención primaria. Son niños en los que no se han conseguido los objetivos a pesar de las recomendaciones iniciales sobre alimentación, ejercicio físico y modificación de hábitos.
La falta de adherencia y el porcentaje de fracasos en el tratamiento de la obesidad infantil es alto. El tiempo por paciente en la consulta diaria resulta insuficiente para una adecuada atención al problema. Es necesario un seguimiento más estrecho, de forma individual o grupal, que permita fijar objetivos a corto plazo y reforzar la comunicación y los cambios conseguidos, tanto con el paciente como con su familia.
Existen numerosas guías de práctica clínica que recomiendan programas de intervención para el tratamiento de la obesidad infantil, combinando recomendaciones de alimentación y actividad física (2,3).

Palomo E, Bahillo P, Bueno G, Feliz A, Gil-Campos M, Lechuga-Sancho AM. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica sobre hábitos de alimentación para la prevención de la obesidad y los factores de riesgo cardiovascular en la infancia. An Pediatr (Barc) 2016;84:178. e1-7.
Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM. Sharma AM, Ur E.2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children[summary]. Can Med Assoc J.2007;176 (8suppl):S1-13.
Gussinyer S, García-Reyna NI, Carrascosa A, Gussinyer M, Yeste D, Clemente M. Cambios antropométricos, dietéticos y psicológicos tras la aplicación del programa “Niños en movimiento” en la obesidad infantil. Med Clin (Barc) 2008;131(7):245-9.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El proyecto está dirigido a niños y niñas entre 6 y 14 años, con sobrepeso u obesidad exógena, atendidos en las consultas de Endocrinología pediátrica del hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”
Los objetivos a conseguir son:
Cambios antropométricos
Cambios en los hábitos nutricionales
Cambios en hábitos de actividad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Revisión de la evidencia científica: Guías de práctica clínica, programas de intervención.

Selección de pacientes con exceso de peso atendidos en la consulta de Endocrinología pediátrica. Ofrecer participar en el programa de intervención, valorando el grado de motivación y la actitud frente al cambio del niño y su familia.

Recogida de historia clínica con antecedentes, status socioeconómico y situación familiar, para identificar factores de riesgo. Valoración de hábitos de alimentación, actividad física-sedentarismo.

Exploración física con valoración de medidas antropométricas preintervención.

Intervención individualizada: Educación nutricional y de hábitos de vida saludables, fijando objetivos a corto plazo, con seguimiento estrecho.

Proyecto: 2018_0831 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPUESTA DE INTERVENCION CLINICA EN EL TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Intervención grupal: Sesiones cada semana en formato grupal, de 6-8 niños, con formación teórica y práctica específica, por separado para la familia y para los niños. Duración de 8 sesiones.
Valoración de cambios en medidas antropométricas y en hábitos nutricionales y de actividad postintervención.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de pacientes que aceptan la intervención
Número de pacientes con disminución del IMC
Número de pacientes con mejoría en los parámetros de calidad de la dieta mediterránea
Número de pacientes con aumento de la actividad física
Valorar diferencias en los resultados en las diferentes intervenciones

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Reunión para diseño del estudio. Revisión bibliográfica, selección de pacientes (abril-mayo 2018)

Firma de consentimiento informado (junio 2018)

Intervención (Junio 2018-abril 2019)

Elaboración de base de datos para recogida de resultados (mayo 2018-mayo 2019)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0969 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

2. RESPONSABLE ..... LORENA CUADRON ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HUERTA BLAS PALOMA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· GONZALEZ GARCIA GONZALO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ARTIGAS CLEMENTE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· AMIGUET BIAIN MIREIA DEL ROSER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· HUETO NAJARRO ALBA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· REVUELTA CABELLO ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· BERBES LOPEZ CAROLINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El óxido nitroso inhalado, en una mezcla equimolar al 50% y administrado mediante mascarilla, tiene efecto analgésico, amnésico y ansiolítico. Tiene como ventajas su administración inhalada, rápido inicio de acción con escasos efectos adversos, así como su rápida recuperación al dejar de administrarlo. Por todos estos motivos, es un fármaco especialmente útil para procedimientos diagnósticos y terapeúticos menores de corta duración de causen dolor y ansiedad al niño. Desde hace varios años lo tenemos a nuestra disposición en el servicio de urgencias pediátricas y vemos la necesidad de establecer un claro protocolo de actuación para su empleo, así como de elaborar hojas informativas a los padres y un registro de efectos adversos que nos permita realizar un mejor uso de dicho fármaco.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la utilización y administración del óxido nitroso inhalado en el servicio de urgencias pediátricas y en planta de hospitalización del Hospital Clínico Lozano Blesa
- Evitar el riesgo de reacciones adversas o usos no indicados del mismo
- Evaluar la seguridad y efectividad del uso de óxido nitroso en procedimientos dolorosos menores en pediatría
- Evaluar la aceptación del uso del mismo por el paciente, los padres y el resto de especialidades médicas o de enfermería que participen en el procedimiento

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Revisión de la evidencia científica y bibliografía existente sobre el empleo del óxido nitroso inhalado
- Elaboración de un protocolo para el empleo e indicaciones del óxido nitroso inhalado en las urgencias pediátricas y planta de hospitalización
- Realización de sesiones en el servicio para explicar e implantar el uso del óxido nitroso inhalado y las indicaciones del mismo
- Elaboración de hojas informativas para los padres y pacientes
- Crear hoja de registro de administración de óxido nitroso así como de los efectos adversos que pudieran aparecer

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes a los que se administra óxido nitroso inhalado y motivo de su administración
- Número y tipo de reacciones adversas que aparecen
- Evaluación de la satisfacción por parte de los pacientes y sus progenitores

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Revisión de la evidencia científica (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de un protocolo de empleo de óxido nitroso inhalado en procedimientos dolorosos menores en pediatría (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de consentimiento informado y hoja explicativa para el paciente y sus padres (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de una base de datos para recogida de datos y resultados (Abril 2018-Abril 2019)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cualquier patología que cause dolor menor
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1017 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

2. RESPONSABLE ..... OLGA BUENO LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLE GUILLEN SOFIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ESCARTIN MADURGA LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· LANUZA ARCOS REBECA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· GONZALEZ GAYAN LAURA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA
· ENCINAS GABARRUS JENIFER. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La información al paciente y familiares es un componente esencial en la calidad asistencial, y, en concreto, la información escrita contribuye a un mejor conocimiento de la situación del paciente, en nuestro caso del niño, y a una optimización del uso de los recursos del sistema sanitario. Añadido a todo ésto y debido a la diversidad étnica de nuestro sector nos encontramos en muchas ocasiones con una importante barrera idiomática y cultural que dificulta la comprensión de información verbal siendo especialmente importante en estos casos la entrega de la información de forma escrita. Actualmente en cada subespecialidad de pediatría existe una gran diversidad de formato de hojas informativas pero sólo se encuentran disponibles en sus áreas de trabajo, no siendo posible su acceso universal.
Por todo ello, se plantea la necesidad de mejora en la información dada de forma escrita.
El presente proyecto pretende ser un instrumento de mejora que dé respuesta a la necesidad de conseguir un mayor nivel de satisfacción, conocimiento y, por tanto, adecuación del uso de los recursos sanitarios de nuestros pacientes y familiares, entregando un información escrita uniforme, veraz y contrastada codificada por la Unidad de Calidad del HCU y accesible a todo el personal sanitario de Pediatría mediante su búsqueda en intranet.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende regularizar y adaptar las diferentes hojas informativas de las subespecialidades pediátricas al formato de Hoja de Información al Paciente (HIP), y su codificación por la Unidad de Calidad del HCU para que sea accesible a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El coordinador del proyecto recopilará las diferentes recomendaciones/informaciones que se dan actualmente en nuestro Servicio en colaboración con los diferentes responsables de las subespecialidades pediátricas para diseñar hojas informativas uniformes codificadas y colgadas en intranet que ayudarán a una mejora del conocimiento de la situación de los pacientes, de la calidad asistencial, del grado de satisfacción y del uso de los recursos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Alcanzar un 80% de codificación y acceso en intranet de las hojas de información al paciente pediátrico

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dada la mejora de la calidad asistencial que ofrece la entrega de la información escrita para el niño y su familia y la ausencia de necesidad de recursos extras se mantendrá este proyecto de forma indefinida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. diversas patologías de la edad pediátrica que necesitan hoja informativa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0725 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCOPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE ..... LAURA SERRANO BARCOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· PEREZ CIRES ALVARO. TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· ACHA AIBAR BEATRIZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SANTAMARIA MORENO LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· MARQUESAN CELAYA YOLANDA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· MARTINEZ SEDILES MARIA XIOMARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Al amparo del artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, se especifica la obligatoriedad de impartir formación específica de prevención de riesgos laborales al inicio de las tareas en cada puesto de trabajo. Actualmente en nuestro sector tenemos una contratación estimada de 4000 trabajadores nuevos. Es una prioridad el poder dar cumplimiento a ésta ley, para evitar lesiones, accidentes o enfermedades profesionales en el lugar de trabajo. A su vez es obligado por parte del empresario la realización de reconocimientos médicos iniciales (art.22 Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995) y protección de trabajadores especialmente sensibles (trabajadores con patología, discapacidad o embarazadas - lactantes) adoptando las medidas preventivas y de protección necesarias (art. 25 y 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar en un sólo acto la formación, información, reconocimiento médico y adaptación de puesto de trabajo si procede de todo el personal de nueva contratación del Sector Zaragoza III. Esto va dirigido a todas las categorías profesionales de nueva contratación.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se van a realizar varias sesiones de reuniones de "acogida" a las distintas categorías profesionales de nueva contratación. Inicialmente se procede a realizar a cada uno de los profesionales un cuestionario básico de salud. Seguidamente se impartirá una formación fundamental de Prevención de Riesgos Laborales de nuestro Sector, adaptado a nuestras necesidades y métodos de actuación propios de nuestro Sector. A continuación, se les facilitará volantes de analíticas individualizados con citación posterior para resultados médicos. En caso de detectar un personal especialmente sensible, se procederá de inmediato a realización de informe médico de limitaciones para su incorporación a puestos acordes a las mismas

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Encuesta de satisfacción de acogida.

Evaluación: cuestionario de inicio y tras recibir la formación de los conceptos generales y así poder valorar su correcta adquisición. Se pretende alcanzar valores superiores al 80% de satisfacción con la gestión realizada de la consulta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
De mayo a octubre.
1ª sesión 29/5/18
2ª sesión 30/5/18
3ª sesión 7/6/18
4ª sesión: 21/6/18
el resto de sesiones se irán agrupando las distintas categorías profesionales para realizar lo mismo.

9. OBSERVACIONES.
Se trabaja conjuntamente con los servicios de personal (contratación) y con las Direcciones de cada categoría profesional siendo un equipo multidisciplinar.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. accidentes y enferemrdades Profesionales

Proyecto: 2018_0725 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCOPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1018 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE ..... MARIA MAR PEREZ CADENAS
· Profesión ..... TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ACHA AIBAR BEATRIZ. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· DUEÑAS JOLLARD SANDRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· ZUECO GARCIA ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· PUENTE COLINA ALBERTO. TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SIMON MELCHOR LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de PRL debe tener un control total de los accidentes de trabajo ocurridos en los distintos centros de trabajo con el fin de realizar una adecuada investigación de los mismos. El objetivo de toda investigación de los accidentes de trabajo es conocer los factores que intervienen en el mismo, analizar las causas y evitar su repetición, mediante la propuesta e implantación de medidas que ayuden a evitar o minimizar los riesgos en origen. Para ello es necesario conocer todas las circunstancias relativas a la siniestralidad laboral que afecta a nuestro sector.
Actualmente, algunos de los trámites se realizan por otros Servicios, no llegando la información al Servicio de PRL. Aunque muchos de los accidentes son adecuadamente comunicados e investigados, aún se detectan de manera bastante frecuente accidentes de los que no se tiene constancia en el Servicio de PRL, que han sido incluso baja y comunicados formalmente al Ministerio de Trabajo a través del parte Delta
Disponer de toda la información facilita la adecuada y correcta investigación exigida por el plan de Prevención de nuestro Sector y dar cumplimiento a la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Realizar una gestión integral de los accidentes de trabajo ocurrido en cualquier centro de trabajo del Sector Zaragoza III, desde la notificación inmediata por parte del responsable hasta la declaración Delta al Ministerio de Trabajo, asegurando que el Servicio de PRL dispone de toda la información pertinente.
• Asegurar la inmediata asistencia sanitaria al accidentado
• Asegurar la comunicación del accidente por parte del mando intermedio
• Facilitar una rápida investigación del accidente haciendo partícipe desde el primer momento al mando intermedio, delegados de prevención, dirección correspondiente en la investigación como en la propuesta de medidas correctivas y preventivas.
• Disponer de toda la información relativa a todo accidente de trabajo tanto con baja como sin baja ocurrido en cualquier centro de trabajo del Sector Zaragoza III
• Garantizar la adecuada correspondencia entre la información recibida en el Servicio PRL y la disponible en mutua a la hora de realizar la declaración Delta al Ministerio de Trabajo.
• Realizar la declaración Delta en un plazo máximo de 5 días y con la información real y contrastada de la forma de ocurrencia del accidente
• Mejorar el control de siniestralidad laboral y control de las medidas correctoras implementadas, pudiendo garantizar una correcta trazabilidad en todo el proceso que sufre un trabajador con un accidente laboral
Se va a proceder a intervenir en los Servicios de Personal, Mandos intermedios y Direcciones de todo el Sector III para conseguir conocer, declara e investigar todos los accidentes laborales acaecidos en el Sector Zaragoza III

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Elaborar un procedimiento de gestión de accidentes de trabajo en el Sector Zaragoza III
• Implementación del procedimiento mediante sesiones formativas a mandos intermedios (supervisores, jefes de grupo, jefes de Servicio, …), direcciones y delegados de prevención.
• Realización de formación a todo el personal tanto de nueva incorpoarción como estable del Sector Zaragoza III mediante vídeo formativo de gestión integral de accidentes de trabajo.
• Coordinación con Servicio de urgencias y mutua para la asistencia sanitaria que se precise y su comunicación al Servicio de PRL del Sector Zaragoza III
• Investigación del accidente de trabajo y Declaración Delta al Ministerio de Trabajo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador de notificación = Nº de notificaciones de accidente del mando intermedio x 100/Nº accidentes registrados en S.PRL

Indicador de notificación AT con baja = Nº de notificaciones de AT con baja de mutua x 100/Nº accidentes con baja registrados en S.PRL

Indicador de cultura preventiva = Nº trabajadores formados x 100/
Nº total de trabajadores

Proyecto: 2018_1018 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN: Mayo 2018 - mayo 2019
CALENDARIO
Mayo 2018: Realización de indicadores de inicio (Técnico PRL)

Junio 2018:elaboración procedimiento de accidentes de trabajo (Sº PRL y Unidad de Calidad)

Septiembre 2018: creación de material formativo (vídeo) (Sº PRL)

Octubre - Diciembre 2018: formación a todo el sector III (unidad formación, Sº PRL, Directivos y mandos intermedios)

Febrero- Marzo 2019: realización de indicadores de resultados (Sº PRL)

Abril- Mayo 2019: realización de la memoria

9. OBSERVACIONES.
Se trabaja conjuntamente con las Direcciones de cada categoría profesional, mandos intermedios, mantenimiento, hostelería, informática, etc. para garantizar la implementación de la cultura preventiva.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. accidente de trabajo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1039 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO PUENTE COLINA
· Profesión ..... TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEREZ CADENAS MARIA MAR. TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SANTAMARIA MORENO LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· DUEÑAS JOLLARD SANDRA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· MARTINEZ SEDILES MARIA XIOMARA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· PEREZ CIRES ALVARO. TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· SIMON MELCHOR LUCIA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Falta de cumplimiento en nuestros centros de trabajo del artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales desarrollado por el RD 171/2004, de 30 de enero, para la coordinación de empresas subcontratadas y/o trabajadores autónomos. El incumplimiento de esto deriva en responsabilidades jurídicas, administrativas, civiles y penales de todos los miembros implicados de nuestros centros, recayendo principalmente en Gerente y responsables de contratación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Garantizar la gestión de la coordinación de actividades empresariales conforme a las exigencias legales.
1. Informar a nuestras subcontratas y autónomos de los riesgos propios de nuestros centros de trabajo
2. Reuniones con subcontratas y/o autónomos estableciendo las medidas exigibles de control y coordinación pertinentes.
3.Control documental (evaluaciones de riesgos, accidentes, aptitudes médicas de reconocimientos médicos, cualificación de los trabajadores, formación específica de PRL, ...)
4. Control operacional de forma que las subcontratas y/o autónomos desempeñen su actividad conforme a las medidas establecidas en las reuniones previas de coordinación de actividades empresariales
5. Autorización para inicio de actividad de la subcontrata y/o autónomos para dar cumplimiento art. 24 de la ley 31/1995 de PRL.
6. Planificación de actividades de subcontratas y/o autónomos en nuestras instalaciones.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Elaborar procedimiento de coordinación actividades empresariales del Sector Zaragoza III
2. Definir niveles de subcontratas y/o autónomos en base a la actividad a desarrollar
3.Definir control documental a solicitar a subcontratas y/o autónomos
4. Definir documentos a enviar a las subcontratas y/o autónomos
5. Elección de herramienta informática que facilite el proceso y minimice los errores de gestión, dada la carga documental que conlleva el proceso.
6. Implementación de herramienta para lo cual se llevará a cabo un plan de formación. Comprenderá al Sº PRL, formación a subcontratista y/o autónomos y formación al personal responsable de la contratación
7. Control de acceso de subcontratistas y/o autónomos a nuestros centros del Sector III
8. Encuesta de satisfacción a personal propio y subcontratas (Valoración tipo Likert)

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador documental= Documentos recibidos x100/documentos solicitados
Nuestro objetivo debe de ser > al 90%

Indicador presencia= Nº trabajadores externos autorizados x100/Nº trabajadores externos totales
Nuestro objetivo debe de ser > al 80%

Indicador satisfacción= Resultado encuestas >3 x100/Total encuestas
Nuestro objetivo debe de ser > al 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
DURACIÓN: de mayo 2018 a mayo del 2019
CALENDARIO:
Mayo - junio 2018: Elaboración de procedimiento de subcontratas (Sº PRL)
Julio-Septiembre: Definición control documental (Sº PRL)
Octubre -diciembre. Implementación herramienta informática CAE
Enero - Marzo: Formación en procedimiento de subcontratas
Abril - Mayo: Realización de indicadores y memoria de proyecto

Proyecto: 2018_1039 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

9. OBSERVACIONES.
Se trabaja conjuntamente con las Direcciones y con los responsables de contratación de los servicios de hostelería, física y protección radiológica, servicios técnicos, suministros, farmacia, electromedicina, mutua de accidentes etc. para garantizar la correcta implementación del art 24 de la Ley de PRL.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1506 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO SAEZ VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· CASTILLO LARIO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· LOPEZ IBAÑEZ TOMAS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· BAZ BARSELO NATIVIDAD. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· SOLIS GUTIERREZ DIEGO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La RM es una prueba diagnóstica fundamental en neurorradiología, siendo cada vez más utilizada.
Las exploraciones de RM varían en función de la sintomatología y sospecha diagnóstica de los pacientes, así como en función de los posibles tratamientos que pueda recibir el paciente.
La diversidad de personal que trabaja en las unidades de resonancia, hace que sea necesario establecer un procedimiento normalizado de todas las exploraciones neurorradiológicas llevadas a cabo en este equipo, para que todas las exploraciones sean homogéneas y cumplan unos criterios óptimos de calidad.
La demanda de estudios de resonancia magnética es cada vez mayor, lo que ocasiona una lista de espera. En este sentido es importante que las exploraciones se realicen de manera óptima para evitar su repetición y contribuir a reducir la lista de espera.

Nuestro sector sanitario va a ser dotado de dos nuevas RM, que podrán realizar nuevas exploraciones y técnicas, hasta ahora no existentes, de lo que se deriva una oportunidad para actualizar y mejorar nuestra atención con esta técnica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Normalizar las exploraciones neurorradiológicas en RM para que sean llevadas a cabo con calidad óptima y de manera homogénea.
Establecer protocolos de exploración para todas las exploraciones neurorradiológicas que se lleven a cabo en la RM de nuestro sector.
Llevar a cabo la implantación de nuevos procedimientos de RM neurorradiológica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Descripción y estandarización del procedimiento desde que el paciente llega a la unidad de RM en el servicio de radiodiagnóstico hasta que se realiza la exploración, de tal manera que cualquier paciente que llega anuestra unidad siempre siga una serie de secuencia de pasos estandarizados.
2. Establecer de manera detallada los protocolos de RM neurorradiológias para las patologías más prevalentes y sus potenciales procedimientos terapeúticos.
3. Implantar nuevos procedimientos de RM neurorradiológica, estableciendo las indicaciones de los mismos, así como hacer llegar este informe a los médicos peticionarios que lo solicitan.
4. Realizar informes tipo disponibles para todos los facultativos responsables de RM neurorradiológica, para que recoja homogéneamente la información necesaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con secuencias estandarizadas según protocolos previamente establecidos.
• Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con informe tipo normalizado.

Estos porcentajes serán comparados con los mismos indicadores previos al establecimiento de estos criterios. Se revisarán informes y exploraciones previos a la implantación de las nuevas resonancias del sector.

La obtención de estos datos será a través del programa con el que se realizan los informes radiológicos, que permite acceder al protocolo de estudio realizado, así como acceder a las imágenes radiológicas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración de este procedimiento será 1 año y 3 meses.
* Desde Septiembre de 2018
Se fija la fecha de Septiembre como fecha supuesta de implantación de la primera RM nueva del sector.

Se formarán los grupos de trabajo para determinar los nuevos protocolos de pruebas neurorradiológicas, con la

Proyecto: 2018_1506 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

colaboración de técnicos de aplicaciones de RM

Se establecerán las indicaciones y protocolos de pruebas neurorradiológicas nuevas, que hasta el momento no era posible realizar en nuestro área con la dotación existente.
Se establecerá difusión a los clínicos de estas nuevas técnicas para que conozcan si disponibilidad.
Cronograma:
Durante los primeros 6 meses desarrollar lo el nuevo equipo de RM la actualización de los protocolos.
Durante los siguientes 6 meses implantar los protocolos desarrollados.
Los últimos 3 meses para evaluar los resultados de su aplicación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1509 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... DAVID IBAÑEZ MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA SAEZ MARIA PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· GUILLEN ANTON JULIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. ANESTESIA Y REANIMACION
· DE BENITO AREVALO JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· FEIJOO AGESTA ROSA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· PINTADO RIVAS PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· NAVAS CAMPO RAQUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· MORENO CABALLERO LETICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Hasta el momento actual la radiografía de tórax preoperatoria ha representado una de las pruebas utilizadas para prevenir complicaciones quirúrgicas y detectar patología relevante respecto de la intervención. Estas pruebas complementarias preoperatorias no pueden sustituir el papel de la historia y la exploración clínica del paciente.
Los estudios actuales han demostrado que la realización de la radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste-efectiva.
Las guías actuales de las sociedades de anestesiología y radiología han aportado estas conclusiones y limitan la indicación de la misma a unos pocos casos en los que aumenta la probabilidad de hallazgos significativos.
La utilización indebida y el exceso de solicitudes de dichas radiografías suponen un incremento en el coste y en el tiempo de ocupación de sala de RX que impide utilizar la misma para estudios más rentables e indicados. También implica un aumento de la radiación en población joven, con mayor riesgo de desarrollar enfermedades inducida por la misma.
En el momento actual se están llegando a realizar radiografías a adolescentes sin justificación alguna. Ello supone un incremento de ocupación de tiempo de sala que impide realizar en el mismo equipo exploraciones realmente necesarias, con el incremento que ello supone en las listas de espera

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Estandarizar el uso del nuevo protocolo de radiografía de tórax preoperatoria en un hospital de tercer nivel, de manera que se disminuya la realización sistemática del mismo en casos no indicados, fundamentalmente en personas jóvenes en las que aumenta el riego por radiación acumulada. La población diana del mismo son todas aquellas personas que acudan a la consulta de anestesiología previo a un procedimiento quirúrgico.

-Reducir el porcentaje de radiografías de tórax preoperatorias innecesarias en un 25% respecto al mismo período de tiempo previo a su instauración

-Cuantificar el ahorro derivado de las radiografías innecesarias no realizadas.

-Este proyecto implica directamente en su realización a los servicios de radiodiagnóstico y anestesiología, y en su aplicación a todo médico peticionario de estudios radiológicos preoperatorios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Las actividades que se pretenden realizar son:
•Realizar un protocolo actualizado de radiografía de tórax preoperatoria entre los Servicios de Radiología y Anestesiología mediante un máximo de 3 reuniones consecutivas, basándose en la literatura actual más relevante
•Dar a conocer el protocolo a todo el personal médico del hospital mediante una sesión en el salón de actos del centro.
•Enseñanza a los técnicos de radiodiagnóstico con 3 sesiones informativas sobre las indicaciones fundamentales por el responsable del grupo de mejora, ya que ayudarán en la detección de fallos en la implantación del protocolo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores seleccionados para este trabajo son:

- Valorar el porcentaje de reducción de radiografías de tórax innecesarias realizadas, comparando las exploraciones realizadas previo a la implantación del protocolo y a los 3 meses de la misma, cuantificado durante un período de los 6 meses siguientes:Sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 primeros meses 2019 / sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 primeros meses de 2018
-Determinar la reducción de los costes por las exploraciones innecesarias evitadas
-Cuantificar el número de exploraciones alternativas de otra tipología (radiografías musculoesqueléticas,

Proyecto: 2018_1509 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

abdominales…) que se han incrementado en su realización ante la liberación del tiempo de sala.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La duración y calendario previstos son:
Fecha de inicio: Octubre de 2018
Fecha de finalización: Octubre de 2019

Elaboración del protocolo: 1 mes.
Presentación del mismo a médicos y técnicos de radiodiagnóstico: 1 semana
Información a los servicios hospitalarios peticionarios: 1 sesión
Implantación y rodaje del mismo: 3 meses
Registro de exploraciones realizadas: 6 meses
Cuantificación y memoria de resultados:2meses

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Procedimientos quirúrgicos
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1546 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMACION DE CITAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO FERNANDEZ GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE BENITO AREVALO JOSE LUIS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· ARIÑO GALVE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· SAINZ MARTINEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· DOMENE MOROS RUTH. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· DE LA TORRE TOSANTOS ANA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· GRACIA NAVARRO ENCARNACION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H CLINICO UNIVERSITARIO. CITACIONES Y ARCHIVOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El gran volumen de trabajo del Servicio de Radiodiagnóstico para realizar pruebas radiológicas y especialmente las de RM y TC hace difícil que puedan realizarse con la diligencia deseable.
Con cierta frecuencia, los pacientes hospitalizados permanecen ingresados pendientes solamente de la realización de esos estudios radiológicos. Para mejorar esta situación, reducir la estancia media, el gasto y la comorbilidad asociados a la hospitalización prolongada se propone desarrollar un proceso de cita programada de modo ambulante para estos pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Desarrollar un proceso de cita programada de los estudios de RM y TC de pacientes que están hospitalizados a la espera únicamente de la realización de estos estudios radiológicos.
- Reducir la estancia media de estos pacientes.
- Mejorar la satisfacción y reducir la comorbilidad derivada de la hospitalización prolongada.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Establecer reuniones periódicas dde los componentes del grupo de mejora. Este grupo está formado por los responsables médicos de todas las áreas del Servicio, la responsable de calidad y la responsable de auxiliar administrativas encargadas de citar y un representante de enfermería.
- Analizar las modificaciones necesarias para crear un tiempo de agenda programado de RM y de TC de modo ambulatorio para los pacientes hospitalizados.
- Describir un procedimiento de la recepción de las peticiones radiológicas de estos pacientes para su cita correspondiente.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Nº de exploraciones de RM y TC practicadas de modo ambulante a pacientes programados durante su hospitalización.
- Proporción de estos estudios programados respecto del total de estudios de RM y TC de pacientes ingresados.
- Estimación del número de días reducidos de la estancia teórica de estos pacientes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Análisis de la adecuación de las agendas y desarrollo del procedimiento de recepción de solicitudes de pacientes ingresados y selección de aquellos subsidiarios de cita ambulante: Septiembre 2018 a Junio 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍA HOSPITALARIA AL ALTA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_1547 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS

2. RESPONSABLE ..... RUTH DOMENE MOROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· IÑIGO GIL PABLO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· MADARIAGA RUIZ BLANCA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· SAINZ MARTINEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· ORTIZ GIMENEZ RAMON. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· SOLIS GUTIERREZ DIEGO. MIR. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO
· LOPEZ IBAÑEZ TOMAS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIODIAGNOSTICO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Tolvaptán es el primer tratamiento que ha demostrado eficacia en frenar la progresión de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) secundaria a Poliquistosis Hepatorenal Autosómica Dominante (PQRAD). No es un fármaco que pueda o deba administrarse a todos los pacientes. Tan sólo son susceptibles de ser tratados aquellos pacientes con PQRAD cuando están en lo que se denomina fase de Progresador Rápido. Este estado o fase viene en primer lugar definido por criterios de descenso del Filtrado Glomerular (FGe), por la presencia de mutaciones truncantes pero también por criterios radiológicos que se derivan del cálculo del Volumen Renal Total ajustado a la altura (hVRT)
El Tolvaptán es un fármaco caro para el sistema sanitario y que presenta un efecto secundario muy marcado en forma de acuaresis por lo que es fundamental la buena selección de los pacientes susceptibles. Según los estudios TEMPO y las Agencias FDA y AEMA los pacientes valorados en los estadíos 1C, 1D y 1E de la clasificación de la Clínica Mayo para la determinación de la evolución del hVRT de los pacientes con PQRAD serían susceptibles de llevar el fármaco. El Informe de Posicionamiento Terapeútico del Ministerio sólo incluye los grupos 1D y 1E.
Actualmente se está llevando a cabo el Registro de pacientes con PQRAD en nuestra Comunidad, en nuestro Hospital hemos introducido unos 70 pacientes pero faltan todavía por registrar. Calculamos que aproximadamente unos 12-15 pacientes son subsidiarios actualmente de llevar el fármaco. La realización de una Ecografía de estas características lleva más tiempo que el habitual para una ECO abdominal. Durante este tiempo hemos realizado Ecografías a algunos de estos pacientes y hemos generado un circuito especial para estas solicitudes con la idea de centralizar estas solicitudes en uno o como muchos dos radiólogos con el fin de minimizar errores operador-dependientes. La idea es establecer un protocolo y una rutina de ecografía para estos pacientes no solo con el objetivo de estudiar la indicación del fármaco sino para mejorar la asistencia y forma de estudiar la evolución de esta patología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Crear un Proceso en la sección de abdomen del Servicio de Radiodiagnóstico para el estudio mediante US y RM de pacientes con PQRAD
- Establecer el tiempo de agenda necesario para la realización de las ecografías y de las RM de estos pacientes.
- Aplicar los criterios de la Clasificación de la Clínica Mayo para estas ecografías.
- Establecer circuito directo de pacientes que precisen de estudios de RM.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Reuniones periódicas con nefrología para definir la forma de las solicitudes y el mecanismo de citaciones a seguir.
Realización de los estudios radiológicos aplicando los criterios de Clasificación de la Clínca Mayo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Valorar cuantos pacientes han sido estudiados mediante:
  US
  RM
- Valorar cuantos de estos pacientes han sido susceptibles del fármaco por los criterios radiológicos.
- Porcentaje de pacientes clasificados en cada grupo (A,B,C,D,E)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Recogida de datos desde Enero 2018 hasta Diciembre 2018
Evaluación de los datos: Enero a Marzo de 2019
Puesta en marcha y elaboración de protocolo; Abril 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1547 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1031 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GARCIA ROMERO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CANELLAS ANOZ MIGUEL. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· ORTEGA PARDINA PABLO. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· FERRER GONZALEZ LUISA. TER RADIOFISICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· AGUIRRE COLLADO AURORA. TER RADIOFISICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· BAQUERIZO CASTAN MARTA. TER RADIOFISICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El registro de incidencias en todas las etapas del proceso de radioterapia es un elemento fundamental para la evaluación del riesgo y para la efectividad de las acciones de mejora. En esta línea desde el servicio de física se han venido poniendo en marcha registros que han cubierto diversos aspectos de dicho proceso. Por un lado derivado de proyectos previos se anotan y analizan las incidencias detectadas por el cliente con respecto al producto principal del servicio de física en radioterapia, el plan de tratamiento (véase la actividad de mejora “Seguimiento de incidencias no detectadas en la revisión por parte de Física de las fichas de tratamiento de radioterapia externa.”, del año 2017. Por otro lado todas las incidencias de las unidades de tratamiento con respecto a interrupciones y paradas se registran en formato papel y en también en formato digital desde el año 2015, lo que permite generar un informe de interrupciones y paradas periódicamente. Por último, las incidencias en el tratamiento de los pacientes, que se registran semanalmente, genera un informe semanal a la unidad de radioterapia para que se pongan en marcha las medidas correctoras pertinentes. Esta nueva acción de mejora viene a poner el foco en otra de las etapas del proceso, la recepción de la información para tratamiento por parte de nuestro servicio, con lo cual se ampliará la información sobre defectos o aspectos en los que mejorar la producción previa a dicha recepción, responsabilidad de la unidad de radioterapia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Registrar las incidencias o faltas detectados por el personal de física en la ficha de tratamiento de radioterapia que se recibe, tanto los datos digitales como los de soporte en papel. Analizar las mismas para incidir en la mejora de la calidad de dicha información.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Cronograma: Enero: Puesta en marcha de una hoja de cálculo donde se registrarán todas las incidencias o faltas detectados por el personal de física en la ficha digital o en papel, relacionadas con la recepción de la ficha en física. Se consignará el tipo de incidencia, evaluándose el posible efecto en la realización de la dosimetría clínica.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Posible indicador: porcentaje de incidencias detectadas con respecto al total de dosimetrías clínicas entrantes.
Diciembre: Análisis de resultados. Se procederá a la elaboración de informes que serán difundidos a todos los miembros el servicio de Física relacionados con el proceso de radioterapia así como a la unidad de radioterapia, retroalimentándose a su vez el proceso de preparación de fichas para la dosimetría clínica.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio: Febrero/18 Fecha final: Diciembre/18

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE ONCOLÓGICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: cáncer

Proyecto: 2018_1043 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELES DE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

2. RESPONSABLE ..... PEDRO RUIZ MANZANO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JIMENEZ ALBERICIO JAVIER. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· CANELLAS ANOZ MIGUEL. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· AGUIRRE COLLADA AURORA. TER RADIOFISICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· FERRER GONZALEZ LUISA. TER RADIOFISICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· BAQUERIZO CASTAN MARTA. TER RADIOFISICA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la Unidad de Hemodinámica se realizan básicamente 7 tipos de intervenciones (1= Angiografía Coronaria, 2=Angioplastia, 3=Angiografía+angioplastia, 4 = Angioplastia de Oclusión total crónica, 5 = TAVI; 6 = cierres de fuga periprotésica (LEAK); 7 = procedimiento estructural terapéutico). Dichos procedimientos pueden conducir en algunos casos a dosis altas en piel.
El nuevo software DOLQA de registro es una muy buena oportunidad para poder registrar las dosis que reciben los pacientes en procedimientos guiados por rayos-X. Su aplicación en hemodinámica resulta de alto interés.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La acción de mejora consiste en obtener los niveles de referencia de dosis para esos procedimientos en función de la complejidad del mismo según el criterio de los especialistas que las realizan y en función de la vía de acceso.
Se pretende informar a los especialistas que realizan estos procedimientos para que hagan un seguimiento de esos pacientes y para que tomen las medidas oportunas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para ello se utilizará el software de registro de dosis DOLQA instalado en pruebas desde julio de 2017. También servirá para aportar estos datos en un proyecto a nivel nacional llamado DOCCACI liderado desde el servicio de física y PR del hospital San Carlos de Madrid.
También se controlarán las dosis en piel de los pacientes. De los valores estimados y/o registrados se desprenderá si la dosis máxima en piel que reciben estos pacientes puede dar lugar efectos radioinducidos como eritema o quemaduras. Los primeros pueden aparecer después de la irradiación de aproximadamente 3 Gy y los segundos tras la irradiación de 5 Gy, según ICRP 103. IAEA indica que el Eritema transitorio temprano se podría producir con dosis superiores a 2 Gy. En estos pacientes, es recomendable hacer un seguimiento posterior para detectar posible daños en la piel cuando el valor de Kerma en aire registrado por el equipo supere un determinado valor (entre 3-5 Gy).

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Posible indicador: porcentaje de procedimientos para los que no se obtienen valores de referencia respecto de aquellos procedimientos con recolección de más de diez valores.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha inicio: Marzo/18 Fecha final: Noviembre/18
Marzo-septiembre: Toma de datos.
Octubre: análisis de datos.
Noviembre: Obtención de los niveles de referencia locales y valoración general de las dosis en piel registradas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. EXPLORACIONES HEMODINÁMICA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1523 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTO METABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS

2. RESPONSABLE ..... PEDRO RUIZ MANZANO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PRATS RIVERA ENRIQUE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. MEDICINA NUCLEAR
· ALVAREZ LIPE RAFAEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEFROLOGIA
· CANELLAS ANOZ MIGUEL. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· JIMENEZ ALBERICIO JAVIER. RADIOFISICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· FERRER GONZALEZ LUISA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· AGUIRRE COLLADO AURORA. TER. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· BAQUERIZO CASTAN MARTA. TECNICO DE RADIOTERAPIA. H CLINICO UNIVERSITARIO. RADIOFISICA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha dado algún caso de tener que realizar diálisis a un paciente en tratamiento metabólico mediante isótopos radiactivos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objeto de este proyecto es establecer las pautas de protección radiológica de trabajadores de la unidad de diálisis cuando se de el caso de tener un paciente con tratamiento metabólico mediante isótopos radiactivos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Desarrollo de un protocolo conjunto de la Unidad de Diálisis, Servicio de Medicina Nuclear y Servicio de Protección Radiológica, que incluya información y formación inicial en materia de protección radiológica del personal de enfermería de la unidad de diálisis, que vayan a atender este tipo de pacientes.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El objetivo final es que en todos los casos de Diálisis de pacientes en tratamiento metabólico, el personal de enfermería que atienda estos paciente reciba la información y formación en materia de proteccióon radiológica adecuada a esta situación especial.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dado que la frecuancia de estos casos es muy baja, la duración de la implantación no es previsible a corto plazo, por eso se propone realizar seminario con el personal de enfermería de la unidad.
Fecha inicio: Junio 2018
Fecha Final: Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1005 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROGRAMA EDUCATIVO DENTRO PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA ESTRUCTURADO DEL PACIENTE CON EPOC

2. RESPONSABLE ..... ANA JESUS REGLA RAUFAST
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA ALVAREZ ELENA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· CARNEIRO LAZARO RAQUEL. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· AGUELO VELILLA ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· CANTIN CANTIN ROCIO. TERAPEUTA OCUPACIONAL. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualemtne la educación del paciente dentro del programa de rehabilitación respiratoria se realiza de un modo individualizado y no estructurado. Para asegurar una educación estandarizada y de calidad dentro de dicho programa hemos elaborado un programa educativo estructurado en 8 sesiones con contenido teórico y práctico multidisciplinar, que precisa de su correcta implantación.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Pacientes EPOC candidatos de Programa estructurado de Rehabilitación Respiratoria.
Objetivo: IMplantación definitiva del Programa educativo dentro del Programa de Rehabilitación Respiratoria de pacientes con EPOC

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Sesión taller de dispositivos de administración de O2 domiciliaria que se usan actualmente, con la colaboración de la empresa de suministro de terapias respiratorias de nuestro sector.
Reuniones: 3 reuniones de coordinación
Recursos materiales:
Pantalla de proyección
Ordenador o tablet.
Cañón de proyección
Ayudas técnicas para AVDs
Presentaciones Power Point (Ya elaboradas y revisadas)
Inhaladores placebos, cámaras de inhalación.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Programa de educación puesto en marcha antes de 31 de 12 de 2018: SI/NO

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Mayo taller de disposistivos O2
Septiembre 1º reunión: Solicitud de RRMM
Octubre: Planificación de fecha de inicio y organización secuencial de los ditintos tallleres para pacientes.
Noviembre: Puesta en marcha
Diciembre: Evaluación del cumplimiento de objetivos y puntos a mejorar

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_1049 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DOCUMENTO GRAFICO DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS AZUARA LAGUIA
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ABRIL ESCO SUSANA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· BUEY ALASTUEY IGNACIO. MONITOR REHABILITACION. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· PEMAN FRAGO ROSA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· NAVARRO GONZALEZ ELOISA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· PUEYO ASIN BLANCA. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· VILLARREAL SALCEDO ISABEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION
· MARTA LAZO MIGUEL ANGEL. FISIOTERAPEUTA. H CLINICO UNIVERSITARIO. REHABILITACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El proyecto surge ante la necesidad de adecuar la información de ejercicios para los pacientes con patología de raquis lumbar incluidos en los grupos de tratamiento de “Escuela de Espalda” para que sirva de consulta y recordatorio y así mejorar la adherencia a dicho tratamiento una vez finalizada la fase hospitalaria.
Empoderamiento del paciente afecto de lumbalgia crónica y subaguda.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
La población diana del proyecto serían los pacientes con patología de raquis lumbar (lumbalgia crónica y subaguda) incluidos en los grupos de tratamiento de “Escuela de Espalda” con cinesiterapia grupal.
Se podrían beneficiar de dicho proyecto usuarios de Atención Primaria y otros pacientes con similar patología no incluidos en “Escuela de Espalda”

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El contenido se proporciona dentro de las clases prácticas incluidas en el tratamiento de “Escuela de Espalda”
La información gráfica, objetivo de este proyecto, sustituiría a la que actualmente se proporciona a los pacientes que realizan dicha “Escuela de Espalda”
Se necesita un archivo fotográfico del material que constituya el grueso de esta información, reuniones del equipo para consensuar y determinar el contenido y formato definitivo, coordinación con la persona encargada del departamento de Comunicación del Hospital para incluirlo en la web hospitalaria, intranet…

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Documento gráfico de los ejercicios recomendados disponible en página web e intranet

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
2º semestre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0756 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

2. RESPONSABLE ..... CILIA AMPARO PERALTA GINES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DELGADO BELTRAN CONCEPCION. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
· PALERO DIAZ EVANGELINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente y origina un coste económico y social importante.
En la práctica a menudo es difícil diagnosticar una poliartritis en las fases muy iniciales ya que suele tener un comienzo insidioso y prolongado. Estudios recientes demuestran que antes de que empiecen los síntomas clínicos hay una fase prolongada de inflamación subclínica o poco sintomática, que puede detectarse mediante técnicas especiales, como la ecografía con Power Doppler.
En la Guía de práctica clínica para el manejo de la AR (GUIPCAR) de la Sociedad Española de Reumatología, se recomienda la utilización de la ecografía cuando la exploración física plantea dudas sobre la existencia de signos inflamatorios articulares, o la detección ecográfica de sinovitis, derrame, o erosiones vaya a modificar el manejo terapéutico del paciente.
Las ventajas de la ecografía son su inocuidad, su coste relativamente bajo, su accesibilidad e inmediatez, la posibilidad de exploraciones amplias y de repetición de las mismas. El entrenamiento de los reumatólogos en ecografía aporta grandes beneficios en la evaluación clínica del enfermo con artritis.
Su mayor sensibilidad respecto a la exploración física le confiere especial valor cuando se desea cuantificar la intensidad y extensión de la sinovitis, muy útil en la AR precoz, pero también en la AR establecida cuando la extensión de las secuelas y de la proliferación sinovial ocasionan dudas razonables sobre el grado de inflamación subyacente; y, en general, en cualquier situación en que la ecografía facilite la toma de una decisión terapéutica.

Hasta ahora, se realiza ecografía articular por parte de Reumatología en escasas ocasiones debido a la ausencia de un tiempo específico para ello. Durante el tiempo de consulta de cada paciente resulta complicado realizar, además de evaluación de analíticas, radiografías, exploración física, índices de actividad de la enfermedad e informe para el Médico de Atención Primaria, ecografía articular debido a que precisa de un tiempo de implementación del que no se dispone.
Se pretende incorporar la realización de ecografía articular por parte de Reumatología de una forma reglada, estableciendo una consulta monográfica. Se derivarán pacientes de reumatología.
Esta herramienta nos permitirá un mayor control de la actividad clínica del paciente, intensificando el tratamiento en los casos precisos con la consiguiente reducción del daño óseo estructural y la discapacidad física y psíquica que éste genera. Por otra parte, en los pacientes que presenten dolor articular debido patología degenerativa la ecografía nos permitirá diferenciarlo del dolor debido a artritis y se podrá optimizar medicación inmunosupresora, reduciendo costes hospitalarios en caso de las terapias biológicas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Aumentar el control de la actividad de la artritis reumatoide para reducir daño articular y manifestaciones extraarticulares
Población diana: Pacientes con artritis reumatoide, según criterios ACR 1987 o según criterios ACR/EULAR 2010, en los que hay dudas sobre la presencia de inflamación articular activa (ej, sinovitis residual, artralgias de ritmo mecánico, elevación de reactantes de fase aguda sin detectarse artritis a la exploración, etc).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se citarán solamente solicitudes remitidas desde la consulta de Reumatología.
La solicitud se formalizará en el impreso de “hoja de consulta” donde se especificará el motivo de solicitud y las pruebas de imagen realizadas o planificadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Pacientes con AR en los que se detecta sinovitis subclínica
_____ X100
Pacientes derivados con AR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Responsable de exploración ecográfica: Dra Evangelina Palero Díaz.
Perioricidad de la consulta: Primer miércoles de cada mes, citando a los pacientes cada 30 minutos.
Fecha de inicio: mayo de 2018 .Se mantendrá mientras sea posible.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0756 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0757 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION DELGADO BELTRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AZNAR VILLACAMPA MARIA EMILIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA
· PERALTA GINES CILIA AMPARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. REUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes con osteoporosis que se evalúan en nuestro servicio y que además tienen otras enfermedades reumatológicas asociadas, son controlados periódicamente a la vez que se evalúa dicha enfermedad. Sin embargo, si solo presentan osteoporosis se realiza una primera visita, solicitando las pruebas diagnósticas pertinentes y enviando por correo un informe con las pautas a seguir. De esta forma que se agiliza a la vez que se da servicio a los pacientes con esta patología.
Sin embargo, en ocasiones, la complejidad del paciente por comorbilidades, gravedad o circunstancias especiales, hace que sea necesaria una consulta presencial para el seguimiento de la osteoporosis.
En los casos especiales en que los pacientes no tienen otra patología reumatológica asociada a su osteoporosis que haga necesario el seguimiento en nuestras consultas, así como cuando el paciente presenta patologías asociadas o por la gravedad o complejidad de la osteoporosis que padece, se citará de forma presencial en una consulta monográfica de osteoporosis.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Uso racional de fármacos antiosteoporóticos
Apoyar la prescripción de ácido alendrónico como fármaco de elección por ser coste/efectivo en pacientes con osteoporosis y menos de 2 fracturas.
Mejorar la adherencia a los fármacos por medio de la consulta presencial

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En los pacientes con osteoporosis que se remiten a nuestras consultas, tras evaluación por parte del reumatólogo correspondiente, si procede se solicitan pruebas diagnosticas y se envían los resultados y las pautas a seguir a través de un informe. Habitualmente no se cita al paciente para darle los resultados. Se ha establecido una consulta monográfica de osteoporosis que permite citar a los pacientes en un periodo corto de tiempo y realizar un seguimiento más estricto en casos de mayor complejidad/severidad. La responsable de dicha consulta monográfica va ser siempre la misma persona.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes en los que se prescribe alendronato X100
_____
Número total de pacientes en los que se precribe fármacos antiosteoporóticos

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Perioricidad mensual
Esta consulta, será complementaria a la que ya se realiza de “osteoporosis no presencial”

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_1510 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

2. RESPONSABLE ..... SEBASTIAN MENAO GUILLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TOXICOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERRER DUFOL ANA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. TOXICOLOGIA
· BERNAL MORILLO MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. TOXICOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La determinación de cannabis (THC) mediante técnicas inmunoenzimáticas es una técnica muy habitual en el laboratorio de Toxicología. Anualmente realizamos mas de 18000 determinaciones de dicho parámetro. Es una técnica muy específica, pero como todas las técnicas pueden tener falsos positivos debidos a sustancias que interfieren con el anticuerpo y dan resultados positivos cuando en realidad son negativos. Son pocas, y bien conocidas, las sustancias que producen falsos positivos, pero en situaciones legales es importante tener la confirmación por técnicas de referencia. En nuestro laboratorio disponemos de un cromatógrafo de gases con detector por espectrometría de masas (GC/MS) con el que realizamos la confirmación de otras drogas de abuso y la detección de fármacos para los que no disponemos de técnicas inmunoenzimáticas. Para la confirmación de THC, a parte de este equipo era necesario disponer de un dispositivo formado por un bloque magnético termostatizado y una entrada de nitrógeno, cosa que tenemos desde hace unos meses. De esta manera, ya se puede realizar la confirmación por GC/MS en nuestro laboratorio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Confirmar los resultados positivos a cannabis en muestras con fines legales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Dicha acción de mejora afecta a la determinación de THC, mejorando la calidad de dicho análisis al confirmarse mediante su técnica de referencia en los casos precisos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se evaluará al cabo de un año el número de análisis de THC confirmados mediante GC/MS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La puesta a punto se estima que tendrá una duración de 3 meses tras el inicio del proyecto. Posteriormente se empezará a aplicar en muestras

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Consumo de sustancias tóxicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1511 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE DETECCION DE INSECTICIDAS ORGANOCLORADOS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

2. RESPONSABLE ..... ANA FERRER DUFOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TOXICOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENAO GUILLEN SEBASTIAN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. TOXICOLOGIA
· BERNAL MORILLO MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. TOXICOLOGIA
· RAMOS ALVAREZ MONICA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. BIOQUIMICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante mucho tiempo se han utilizado los plaguicidas en múltiples ámbitos, destacando la agricultura, aprovechando el efecto tóxico que ejercen sobre los distintos organismos. Dentro del conjunto de los plaguicidas, hay que destacar los plaguicidas organoclorados (POC), donde la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) los ha clasificado en el grupo 2B (posiblemente carcinogénico en humanos) a muchos de ellos (DDT, lindano, pentaclorofenol…). Los POC se incluyen dentro de los compuestos orgánicos persistentes, mostrando gran resistencia a la degradación biológica y química, así como su liposolubilidad que hace que se bioacumulen y se biomagnifiquen a través de la cadena alimentaria, aumentando así el riesgo para la salud humana. El problema de estas sustancias es su amplia distribución en el medio ambiente, y su permanencia habitual en los tejidos de los seres humanos, debido a su alta persistencia y escasa degradación, nos permite llevar a cabo estudios para poder determinar su presencia. Como dichos insecticidas, al ser liposolubles, se acumulan en tejidos grasos, la leche materna es una matriz óptima para realizar su detección y cuantificación. En el laboratorio de Toxicología disponemos de la infraestructura necesaria para realizar la determinación de los distintos insecticidas organoclorados mediante cromatografía de gases y espectrometría de masas. De esta manera, a través del Banco de Leche de Aragón, y previo consentimiento de la donante de leche, se obtendrán las muestras con las que realizaremos el estudio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Puesta a punto de una técnica de extracción de plaguicidas organoclorados de muestras de leche materna, y su posterior identificación y cuantificación mediante cromatografía de gases acoplado a espectrometría de masas (GC-MS).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Control epidemiológico de exposición a tóxicos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se evaluará al cabo de un año el número de análisis realizados

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La puesta a punto se estima que tendrá una duración de 6 meses tras el inicio del proyecto. Posteriormente se empezará a aplicar en muestras

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_1441 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ..... NURIA MARTINEZ ABELLEIRA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROYO PUERTO MILAGROS. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· VERGARA MAINAR ALICIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· VICEN CARNICER MARIA CARMEN. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· MINGUIJON GARCIA NEILA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI
· PALACIOS LASECA MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UCI

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El trabajo en equipo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se relaciona directamente con la eficacia, la calidad y la seguridad en el cuidado al paciente crítico.
Ante una situación de urgencia es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.
Dentro los profesionales sanitarios que componen el equipo multidisciplinar en la UCI están las TCAES (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) junto con enfermeras/os y médicas/os.
En la UCI MÉDICA del Hospital Clínico están en rueda 25 TCAES en turno rotatorio de mañana tarde y noche, más dos en turno fijo; personal con alto grado de rotabilidad. No se exige formación específica en la incorporación a la unidad.
Es tarea de la TCAE preparar el material utilizado en las múltiples técnicas, teniendo en cuenta el continuo avance científico con la incorporación de nuevos equipos.
Con frecuencia las actuaciones en la UCI son urgentes y muy específicas.
La TCAE tiene que conocer el material, la ubicación y el mantenimiento para dar respuesta óptima a las necesidades del paciente crítico.
En la actualidad la unidad no dispone de soportes de apoyo en los temas a tratar siendo el medio de puesta al día el “boca a boca” y recurrir a las compañeras más veteranas.
Por todo ello es necesario incluir en la unidad fichas en soporte informático y papel que desarrollen todo el material de las técnicas más importantes que se realizan y tareas específicas de la TCAE en la UCI.
Una adecuada formación específica de los profesionales reduce la variabilidad de los resultados, mejora la calidad de los cuidados proporcionados, fortalece la cultura de la seguridad y disminuye las posibles complicaciones relacionadas con la técnica; además reduce el estrés y aumenta la satisfacción laboral.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ampliar y mejorar la formación de personal TCAE en el ámbito de los cuidados intensivos.
Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en los cuidados realizados por la TCAE.
Disminuir la ansiedad del personal TCAE de nueva incorporación en la UCI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Listado de las técnicas que se realizan en UCI MÉDICA.
Elaboración de las fichas de material de las diferentes técnicas.
Información y difusión de las fichas en sesiones a los profesionales implicados.
Incorporación en los soportes informáticos de la unidad.
Entregar encuestas de satisfacción antes y después de la implantación de las fichas de material..

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
ELABORACIÓN = DEL 80% DE LAS FICHAS CORRESPONDIENTES A LAS TÉCNICAS DE UCINUMERO DE TCAES QUE RECIBEN INFORMACIÓN (CONOCIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO) / NÚMERO TOTAL DE TCAES EN LA UNIDAD X 100 = 100%GRADO DE SATISFACCIÓN: NUMERO DE ENCUESTAS CONTESTADAS POR TCAES/
NÚMERO TOTAL DE TCAES X100 = 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Los componentes del equipo serán partícipes de forma equitativa en las diferentes actividades siendo coordinadas por el responsable del proyecto.NOVIEMBRE – FEBRERO
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Elaboración de listado de técnicas de las TCAES.
Distribución primer bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

FEBRERO-ABRIL
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución segundo bloque de las fichas a realizar.

Proyecto: 2018_1441 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

ABRIL- JUNIO
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución tercer bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

JUNIO-SEPTIEMBRE
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución cuarto bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Elaboración y maquetación de las fichas definitivas.
Puesta en común.
Entregar encuestas antes de la implantación de las fichas.

DICIEMBRE
Difusión e información a los profesionales
Inclusión de las fichas en papel y soportes informáticos de la unidad .
Entregar encuestas tras la implantación de las fichas.
Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE CRITICO
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1016 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE PRATS RIVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE LA CUEVA BORRAO LETICIA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· DEGADO CASTRO MONTSERRAT. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· FALGAS LACUEVA MARINA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· NAVARRO BELTRAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· RAZOLA ALBA PAULA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· SANGROS SAHAUN MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON
· TARDIN CARDOSO LETICIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD CLINICA MULTIHOSPITALARIA MN ARAGON

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El PET-TC es una técnica de diagnóstico por imagen de la especialidad de Medicina Nuclear con alto impacto en áreas como el diagnóstico oncológico, neurología, cardiología y patología infeccioso-inflamatoria. Sus indicaciones han aumentado desde comienzos del siglo actual al crecer la disponibilidad de los equipos y la investigación científica en torno a su eficacia y eficiencia.
Dada la inminente implantación en el Sistema público de salud de la Comunidad Aragonesa, del equipo PET-TC en la Unidad de Medicina Nuclear, es necesario delimitar cuando está indicada la solicitud de la exploración. Basándonos en la demanda actual consideramos necesario optimizar el uso de este equipo y de los recursos disponibles para su puesta en marcha.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Establecer las indicaciones de realización de PET-TC basadas en la evidencia científica actual en patología oncológica para optimizar el rendimiento del nuevo equipo PET-TC y evitar exploraciones innecesarias que aumentan la dosis de radiación recibida de forma injustificada (seguridad)

- Consensuar las indicaciones de realización de PET-TC de cada patología con cada uno de los subcomités clínicos responsables.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Selección de las patologías que se van a estudiar. De inicio se pretende elaborar las indicaciones que van a ser asumidas por el PET-TC de la UCMHMNA:
o Tumores hematológicos
o Cáncer de pulmón
o Cáncer de mama
o Melanoma
o Cánceres de cabeza y cuello
o Cánceres urológicos
o Cáncer de tiroides
o Tumores pediátricos en los que se recomienda PET-TC

- Revisión bibliográfica de guías de práctica clínica actualizadas
- Elaboración de documento breve con las indicaciones de cada patología
- Puesta en común en el subcomité pertinente
- Incluir sugerencias de subcomités
- Presentación en el Comité de Tumores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Número de documentos realizados/ Número total de procedimientos PET-TC asumidos
2018: 75%
2019: 100%
Evaluación previa a la puesta en marcha del equipo PET-TC

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.
Se presentarán los documentos en los diferentes subcomités una vez elaborados y posteriormente a las Unidades de Calidad.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_1016 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0104 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

2. RESPONSABLE ..... JULIAN MOZOTA DUARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ BONAGA MARIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· COSTAN GALICIA JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. NEUMOLOGIA
· CASCAN HERREROS PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La oxigenoterapia es un método terapéutico de utilización muy frecuente en los pacientes hospitalizados, su inadecuado manejo puede ocasionar daño en los pacientes.
Se han identificado los siguientes puntos críticos:
. Elevado porcentaje de pacientes del hospital en tratamiento con O2
. Exceso de gasometría con muestra arterial
. No uso adecuado de las nuevas posibilidades de administración de oxígeno, como el oxígeno de alto flujo
. Sería posible un uso más racional y eficiente del recurso de VMNI

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Obtener el compromiso de adhesión a las recomendaciones en un 25% de las plantas de hospitalización en el primer año y en un 50% en el segundo año (en dependencia de lo obtenido en el primer año).
2. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI)
3. Mejorar del porcentaje de pacientes que permanecen durante su ingreso con SatO2 entre 92 y100% (o el que se defina como rango óptimo. Porcentaje a valorar en dependencia de la situación basal
4. Mejorar la prescripción de oxigenoterapia en planta: registro en órdenes de tratamiento.
5. Mejorar la coherencia entre la prescripción y la administración de O2.
6. Limitar la obtención de muestras de sangre arterial para la realización de gasometría a las indicaciones correctas.
7. Detectar precozmente las necesidades de terapia intensiva o monitorización continua
8. Registrar la SatO2 en el registro de enfermería (GACELA) acorde con la prescripción médica

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI).
2. Elaboración de una guía de menejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo
4. Cumplimiento del protocolode oxigenoterapia
5. Curso: manejo de la VMNI
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se paute oxigenoterapia
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA)
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo.
9. Definición de recomendaciones clave.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mapa realizado al final de primer trimestre del año. (Estándar: SÍ).
2. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia que mantienen la saturación en rango (en al menos un 80% de los registros). (Estándar: > 70%)
3. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia en los que hay prescripción por escrito. (Estándar: > 95%)
4. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes en los que la prescipción es coherente con la administración. (Estándar: > 80%)
5. AUDITORIA SEMESTRAL: % de GSA que cumplen con la indicación de toma de muestra arterial. (Estándar: >75%)
6. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con hipoxemia al ingreso en UCI que presentan la sat O2 baja desde hace menos 24 horas. (Estándar: >60%).
7. AUDITORIA SEMESTRAL: % pacientes con correcto registro de SatO2 en gacela. (Estándar > 90%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización

Proyecto: 2018_0104 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

(disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI): enero- marzo 2018.
2. Elaboración de una guía de manejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización. Enero- julio 2018.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo. Primer semestre 2018.
4. Curso: manejo de la VMNI. Abril- mayo 2018.
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se pauta oxigenoterapia. Marzo 2018.
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA). Enero- diciembre 2018.
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo. enero- marzo 2018.
9. Definición de recomendaciones clave. Febrero- junio 2018.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos. Febrero- junio 2018.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia. Primer y cuarto trimestre 2018.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría. enero - diciemrbe 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_1123 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

2. RESPONSABLE ..... MARTA CHARLO BERNARDOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE FORMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALTARRIBAS BOLSA ELENA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIRECCION
· SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CUIDADOS
· PALACIOS LASECA MARTA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. FARMACIA HOSPITALARIA
· LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. HEMODINAMICA
· CASCAN HERREROS PILAR. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· BASELGA SORIANO ISABEL. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. RECURSOS MATERIALES
· REBOLLO PINA CARMEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. CUIDADOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Nuestro hospital como centro universitario acoge alrededor de 300 alumnos/año de enfermería y cuenta actualmente con 30 profesores asociados de universidades pública y privada, con una carga de trabajo práctico asistencial de 2100 horas. En el mismo, identificamos el desconocimiento sobre cuáles eran las necesidades de los profesores asociados y alumnos universitarios, las incidencias y eventos adversos que ocurrían en los períodos formativos, la satisfacción de los alumnos con los profesores asociados y colaboradores y los resultados globales de sus prácticas formativas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
.Mejorar la gestión y la calidad de las prácticas formativas universitarias de enfermería mediante el diseño de una estrategia de evaluación sistemática digital dirigida a los alumnos universitarios y a los profesores asociados de las universidades pública y privada.
.Optimizar el ciclo de comunicación entre ambas entidades y los alumnos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Metodología y acciones previstas para lograr los objetivos:
1. Diseño del proceso de prácticas formativas con los profesores asociados de ambas universidades (pública y privada). Definición de los subprocesos: Acogida, Prácticas y Evaluación.
2. Elaboración del Plan de acción y cuadro de mando del proceso y subprocesos de prácticas formativas universitarias.
3. Desarrollo e implantación de un registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
4. Diseño y aplicación de herramientas digitales para la evaluación:
    -Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias
    -Encuesta de satisfacción de alumnos universitarios
5. Análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas de los profesores asociados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores de Suprocesos:
Acogida
-Porcentaje de profesores asociados que han recibido el listado de alumnos 15 días previo a su incorporación. Estándar: 100%. Fuente: Listado de alumnos
-Nº listados de alumnos por módulo recibidos por la Supervisora de Formación 15 días previos a su incorporación. Estándar: 2 (1 listado Unizar + 1 listado USJ). Fuente: Listado de alumnos
-Porcentaje de acogidas en el curso académico. Estándar: 100%. Fuente: Registro de Supervisora de Formación
Prácticas:
-Porcentaje de profesores asociados que tienen a sus alumnos en su unidad. Estándar: 90%. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de efectos adversos producidos en la unidad con el alumno en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de accidentes biológicos producidos a los alumnos en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Incidencias/Informe de Riesgos Laborales.
Evaluación:
-Porcentaje de profesores asociados que han realizado la evaluación de acuerdo a la normativa de la universidad. Estándar: 100%. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor asociado. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor colaborador. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
-Porcentaje de grado de satisfacción global. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El proyecto se realizará a lo largo del curso académico 2018-2019 de los alumnos universitarios de enfermería y

Proyecto: 2018_1123 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

que consta de cuatro períodos o módulos de prácticas según establecen las universidades de forma trimestral.
Inicio: Septiembre 2018; Fin: Junio 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. FORMACIÓN
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0660 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ AMORES ARRIAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA NOAIN ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· GOMEZ BITRIAN JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· VALIENTE MARTINEZ CAROLINA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· CANTIN GOLET AMPARO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· HORNA OREJA OIHANA. FARMACEUTICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La sueroterapia intravenosa es una de las medidas terapéuticas más frecuentemente utilizadas en los Servicios de Urgencias y Emergencias.
De forma global la fluidoterapia tiene como finalidad mantener el equilibrio hidroelectrolítico si no es posible que el paciente ingiera líquidos, o tratar las alteraciones hidroelectrolíticas.
Otra utilidad de la fluidoterapia es servir de vehículo en la administración de fármacos de uso endovenosos.
Pero en ocasiones se hace un uso indiscriminado de la fluidoterapia, añadiéndola al tratamiento de forma rutinaria sólo por el hecho de que el paciente esté esperando pruebas analíticas o utilizándola para disolver fármacos que pueden ser administrados directamente.
Como cualquier fármaco, su uso debe de estar justificado, ya que no está exento de riesgos, derivados del propio fármaco o de la forma de administración.
El uso de la fluidoterapia en nuestro servicio de urgencias ha aumentado exponencialmente, tanto en el uso de sueros (glucosado5%, glucosalino y sodio cloruro 0,9%) de 500 cc o de 1000 cc como en el de los utilizados para disolver fármacos en envases de 100 cc (sodio cloruro 0,9%), pasando a ser el primer fármaco en gasto de la unidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Creemos posible adecuar el uso de fluidoterapia insistiendo en las indicaciones y ajustando los fármacos que precisan dilución para su administración. No es posible analizar de forma individual si se ha mejorado o no la adecuación de la fluidoterapia, pero una medida indirecta es el número de envases solicitados a farmacia

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En el primer punto:
1- Redacción de un documento de indicaciones generales de fluidoterapia adaptada a la actividad de nuestro servicio.
2- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal en formación.
3- Valoración del número de envases de fuidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio.
4- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
En el segundo punto,
1- Se realizará un listado de los fármacos de uso habitual en urgencias vía intravenosa.
2- Se describirá cuales no precisan dilución.
3- Se elaborará un documento resumen.
4- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal de enfermería. La sesión se repetirá para poder abarcar al mayor número de personal.
5- Valoración del número de envases de fuidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio.
6- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 100 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 2% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Uso de fluidoterapia envases de 1000 y de 500 cc:
(Número de envases de 500 cc y de 1000 cc solicitados en 4 meses antes de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)/ (Número de envases de 500 cc y de 1000 cc solicitados en 4 meses después de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)

Uso de fluidoterapia de 100 cc:
(Número de envases de 100 cc solicitados en 4 meses antes de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)/ (Número de envases de 100 cc solicitados en 4 meses después de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)

Proyecto: 2018_0660 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Durante los meses de mayo a agosto se redactarán los dos documentos.
En septiembre se realizará la difusión y formación.
La medición del número de envases solicitados se realizará en los meses de octubre de 2018 a enero 2019 (ambos incluidos) y se comparará con los datos de los meses de octubre 2017 a enero de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Múltiples patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Indicadores de desinversión (“no hacer”)

Proyecto: 2018_0839 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO GARCIA NOAIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTERAS GOMEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· CASULLA FLORIA JORGE. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· AMORES ARRIAGA BEATRIZ. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA. ENFERMERO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· TENO NAVARRO ISABEL MARIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS
· RAMOS CACHO NURIA. TCAE. H CLINICO UNIVERSITARIO. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
• El problema con el uso de papel no es sólo el daño ecológico que significa, sino también el reto que representa para nuestra organización y productividad. El consumo excesivo de papel no sólo es negativo para el ambiente ya que los costes asociados (de impresión, de copiado, almacenamiento, y en ùltima instancia del papel mismo) pueden representar cientos/miles de euros al año, en especial si tenemos en cuenta que la tinta para impresora es el líquido más caro del mundo.
• En los últimos años hay una corriente para disminuir o eliminar el consumo de papel. En inglés se dice “to go paperless”, que traducido directamente suena bastante radical: eliminar por completo el papel de nuestras vidas puede ser una perspectiva un poco extrema. Sin embargo, con un poco de dedicación y voluntad, y el uso de las herramientas adecuadas, es posible reducir nuestro consumo de papel y adoptar sistemas más eficaces, donde nuestra información esté segura, accesible y fácil de localizar.
• Aplicado a nuestra unidad de Urgencias se plantea como un reto en la organización de nuestro sistema de trabajo y en la concienciación de los profesionales que interactuamos en el mismo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Reducir el consumo bruto de papel en las distintas etapas del circuito asistencial, evitando duplicidades con el sistema digital y garantizando la confidencialidad:
a. Etiquetas identificativas.
b. Triaje y traslado del paciente por parte del celador a las distintas áreas de Atención (Críticos, Ambulatoria, Atención Médica, Cirugía, Traumatología, Psiquiatría, Pediatría, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia).
c. Cambios de ubicación dentro de cada área de atención.
d. Solicitud de exámenes de laboratorio
e. Petición de estudios radiológicos y traslado de los pacientes para el mismo con retorno a su lugar de origen.
f. Consulta de informes y pruebas complementarias previas
g. Redacción de informe de alta médica y de cuidados de enfermería.
2.Difusión de la conciencia de “urgencias sin papeles” promoviendo el uso sistematizado de los sistemas digitales de la información.
3.Revisión de cada punto de los distintos circuitos asistenciales incidiendo en el uso preferente de las TICS sin necesidad de consumo de papel.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Reuniones periódicas de los miembros del plan de mejora para analizar los pros y contras de las diferentes modificaciones establecidas, y establecer los próximos objetivos a conseguir.
• Difusión entre todos los miembros del equipo asistencial de todos los cambios propuestos y adoptados.
• Contacto periódico con los responsables de nuestros aplicativos informáticos y propuestas de posibles mejoras.
• Comunicación con los diferentes servicios del Hospital para mejorar nuestra interacción “digital”.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicadores:
- Informe puntual a los miembros del servicio de los cambios establecidos y las modificaciones en el circuito asistencial ? (estándar: realizado).
- Realización del acta de las reuniones del equipo del plan de mejora (estándar: realizado)
- Estimación de la reducción de costes en el consumo .Reducción porcentual comparativa con el año anterior del consumo/petición a suministros de paquetes de folios y tóner de tinta para impresoras (estándar: 20%).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Desde enero hasta diciembre de 2018. Reuniones bimensuales del equipo de mejora con acta y difusión de decisiones. Medición de reducción del consumo al final de año.

9. OBSERVACIONES.

Proyecto: 2018_0839 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0798 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO XAVIER ELIZALDE BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLANCO CHAMORRO CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MONZON ALEBESQUE FRANCISCO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· AMBROJ NAVARRO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· CAPAPE POVES VICTORIA. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MARTIN MONTAÑES MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· VALLE GERHOLD JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) afecta a la mitad de los varones mayores de 50 años. Una cifra que se incrementa hasta el 80% a partir de los 80 años. Se trata de la enfermedad de la próstata más frecuente, de una de las causas de ingreso hospitalario más común entre los españoles y del primer motivo de consulta en los servicios de urología. La Urología Funcional es una disciplina de la Urología que está adquiriendo un mayor protagonismo y proyección en los últimos años. El crecimiento de la Urología Funcional es paralelo al mayor interés de los profesionales sanitarios sobre patologías relacionadas con la disfunción miccional. La cirugía en pacientes con hipertrofia benigna de próstata obtiene óptimos resultados en aquellos pacientes con obstrucción del tracto urinario inferior secundaria a adenoma prostático. La realización de la ecografía con volumetría prostática, PSA y tacto rectal previos a la cirugía son procedimientos que permiten evaluar preoperatoriamente el tipo de intervención y estimar el tiempo operatorio y de ingreso. Con este objetivo hemos diseñado un proyecto de optimización en el manejo de esta patología, esencial para poder tomar ulteriores decisiones y el manejo de los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo del estudio va a ser mejorar el tratamiento de los pacientes con HBP (población diana varones adultos), estandarizando y facilitando el diagnóstico, y por consiguiente el adecuado tratamiento, siguiendo las directrices de la Asociación Española de Urología y European Association of Urology. Permitirá la racionalización de pruebas complementarias, técnicas diagnósticas y tratamientos de urología funcional con alto impacto en la calidad asistencial. Es especialmente importante recalcar que el estrecho contacto con el paciente con disfunción miccional y sus problemas, la atención integral y la aplicación de tratamientos específicos adecuados a la patología funcional subyacente, tendrán como resultado una mayor eficacia y satisfacción del paciente y sus familiares.
Como consecuencia de se espera:
• Acortar los circuitos de los pacientes.
• Optimizar el tiempo quirúrgico.
• Mejorar la información del proceso de cada paciente.
• Mejorar la atención integral al paciente con hiperplasia benigna de próstata.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizaremos una estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía.
Será preciso una reunión inicial para estandarizar el procedimiento y valoraciones trimestrales. Una vez en marcha el modelo de solicitud será responsabilidad de todos los miembros del Servicio realizar una adecuado seguimiento.
Permitirá acortar el circuito de los pacientes en relación a pruebas diagnósticas previas a inclusión en lista de espera quirúrgica, y una mejor elección de la técnica quirúrgica con la optimización que supone en el tiempo quirúrgico y planificación del parte de quirófano.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Ecografía con volumetría prostática prequirúrgica en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)
Tacto rectal prequirúrgico en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)
Antígeno prostático específico (PSA) prequirúrgico en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)
Tasa de pacientes sin los 3 parámetros previos a cirugía por hipertrofia benigna de próstata 1 año antes de la cirugía. (estándar = 20%)
Estos indicadores serán medidos preoperatoriamente sobre todos los pacientes sometidos a cirugía por HBP durante el periodo evaluado, obteniéndolos de las historias clínicas y revisión de inclusión en lista de espera quirúrgica y protocolos quirúrgicos en la base de datos File Maker del servicio de Urología.
Criterios de exclusión: No se contemplan.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0798 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

Dado que ya se dispone del lugar y personal adecuado para llevarlo a cabo, así como la base de datos de protocolos quirúrgicos, es factible comenzar en cuanto se estandarice para lo que se necesitará el primer trimestre. El programa debería continuarse durante al menos 1 año, con monitorizaciones, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente del Servicio, valorando su ampliación posterior a otro año.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Hombres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

Proyecto: 2018_0904 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MURILLO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· GARCIA MAGARIÑO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MEDRANO LLORENTE PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· RAMIREZ FABIAN MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· SUBIRA RIOS JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Urología se dotó así mismo, hace años, por iniciativa propia, de un programa informático para gestión de datos, denominado “Filemaker®”, con el cual se han generado muchas bases de datos aplicadas a distintos aspectos de la asistencia sanitaria del Servicio.
Comenzó como un sistema de gestión de los protocolos operatorios y ahora se ha ramificado a Litotricia, Biopsias de próstata, Urodinámica, Andrología, Tumores vesicales superficiales, Tumores vesicales infiltrantes, etc.
En el Servicio ejercen su actividad 18 médicos de plantilla más 4-5 médicos residentes, que utilizan de manera habitual este programa, así como secretarias y enfermeras. Esto hace que se produzcan algunos “incumplimientos” en el llenado de los datos de los diferentes formularios.
Dado que algunas de estas bases de datos sirven para “clasificar” determinadas patologías y determinar así el tratamiento, seguimiento o pauta a seguir, en cada caso, nos resultaría muy útil conseguir que el número de incumplimientos se redujera al mínimo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Hemos decidido iniciar este programa, a modo de “auditoría” interna, para averiguar el impacto real de la ausencia de estos datos y, por supuesto, proponer al resto de miembros del Servicio un esfuerzo para subsanar estos fallos.
Es comprensible que dado que el número de profesionales implicados no es pequeño, el objetivo puede necesitar de un cierto tiempo para ser alcanzado plenamente.

L

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
La primera acción será homogeneizar la nomenclatura utilizada para definir las técnicas quirúrgicas, en los protocolos operatorios de la base datos Filemaker®, con el objeto de que las búsquedas de estos protocolos, a partir de ahora, se puedan realizar con la seguridad de que se rescatan todos los protocolos de esa técnica quirúrgica.
Se modificará la forma de introducir la denominación de la técnica con un “desplegable”, con posibilidad de indicar el lado (derecho-izquierdo) y de varias técnicas quirúrgicas simultáneas al mismo paciente.
Además, se comunicará a todos los miembros del Servicio la necesidad de indicar en el diagnóstico de las cistoscopias por control postoperatorio de tumor vesical, que no será otro que “Control de tumor vesical”, para que así conste en la base de datos de PROTOCOLOS.
Para los controles de la cumplimentación de los protocolos de tumor vesical se revisarán los realizados en cada período en relación con las intervenciones realizadas, valorando los datos ausentes y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de protocolos hechos/no hechos y completos/incompletos.
Para los controles de la cumplimentación del programa ECOCIS se recurrirá a, primero, búsqueda de las cistoscopias por “Control de tumor vesical” y, a continuación, comprobar que estos pacientes tienen abierta ficha en la base de datos ECOCIS. Se valorarán los porcentajes de fichas hechas/no hechas, su cumplimentación y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de fichas hechas/no hechas y completas/incompletas.
Para los controles de la cumplimentación del programa BIOPSIAS DE PRÓSTATA se revisarán las fichas de la base de datos, en relación con las biopsias realizadas, valorando los datos ausentes y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de fichas hechas/no hechas y completas/incompletas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Homogeneización de la nomenclatura de las técnicas quirúrgicas en el archivo de protocolos operatorios
2. Protocolos operatorios con adecuada nomenclatura, del total de esa técnica quirúrgica
3. Sistema de control de la cumplimentación de los protocolos de RTU de tumor vesical
4. Protocolos operatorios de RTU de tumor vesical con los datos cumplimentados (nº de tumores, tamaño, recidiva, anatomía patológica)
5. Sistema de control de la cumplimentación de la base de datos ECOCIS
6. Pacientes con diagnóstico de Tumor vesical incluidos en programa ECOCIS, del total de los sometidos a

Proyecto: 2018_0904 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

cistoscopia de control
7. Sistema de control de la cumplimentación de la base de datos Biopsia de próstata
8. Pacientes sometidos a biopsia de próstata con todos los campos cumplimentados, respecto a todas las biopsias realizadas
Los coordinadores del programa se encargarán de la evaluación, solicitando la colaboración de quien se considere necesario.
Se presentarán los resultados en sesión clínica y se contactará con los profesionales que hayan incurrido en errores, de forma privada, para valorar la causa de los mencionados fallos.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: 1/01/2018. Fecha de finalización: abierta.
Monitorizaciones previstas (fecha aproximada): Finales de Abril, Agosto y Diciembre
Presentación en Sesión Clínica: Mitad de Mayo y Septiembre

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0909 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION DE LA ESTENOSIS URETRA

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA CAPAPE POVES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLE GERHOLD JORGE. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· UCAR TERREN ALBERTO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· AMBROJ NAVARRO CARMEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· TIMON GARCIA ALEJANDRO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· BLANCO CHAMORRO CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· NAVARRO GIL JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· BLASCO BELTRAN BENJAMIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La estenosis uretral es una patología relativamente frecuente en nuestros días a pesar de haber disminuido las estenosis postinfecciosas. Ello se debe a que han aumentado otras de las causas de estenosis como son las traumáticas y especialmente las yatrogénicas.
La incidencia de la estrechez uretral masculina y su impacto negativo es desconocida. La mayoría de los pacientes experimentan síntomas del tracto urinario bajo moderados (principalmente de vaciado), acompañados de infecciones del tracto urinario recurrentes.
La incidencia de esta enfermedad es muy variable en diferentes regiones del globo, pero puede afectar hasta al 0,6% de la población de ciertas áreas y su impacto sanitario no es despreciable. Se estima que en EE.UU. es responsable de 5.000 hospitalizaciones y 1,5 millones de consultas ambulatorias al año, con un coste superior a 200 millones de dólares anuales.
Su presentación es muy variable, de ahí la dificultad para su manejo, pudiendo pasar desapercibida a cualquier urólogo. Sobre todo porque además su incidencia no es muy elevada.
Actualmente no existe una consulta especializada que homogeinice y protocolice el manejo de esta patología no demasiado frecuente pero sí con repercusión en la calidad miccional y de vida del paciente así como sus niveles de ansiedad. Quedando la gestión de esta patología al criterio de cada especialista.
Se pretende crear una unidad de uretra que pueda recibir y centralizar todos los pacientes con sospecha de estenosis uretral para que reciban un diagnóstico y tratamiento especializados acordes a los protocolos de la patología. Así cada paciente podrá recibir el tratamiento acorde a su tipo de estenosis, para minimizar las complicaciones que pueden estar asociadas con la terapia y que adicionan morbilidad como son sangrados, infección, incontinencia, impotencia y fallo terapéutico con el uso repetido.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Población diana: pacientes con sintomatología obstructiva de tracto urinario inferior y sospecha de estenosis uretral.

Se pretende optimizar el manejo del paciente con estenosis de uretra. Acelerando el proceso diagnóstico y tratamiento disminuyendo su ansiedad y los efectos adversos derivados de la mala calidad miccional.
Además al ser una consulta específica se homogeneiza el protocolo de actuación de este paciente que puede pasar desapercibido debido a la clínica poco específica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
El paciente que consulta por síntomas obstructivos de tracto urinario inferior y en el que se sospecha la posibilidad de que exista una estenosis de uretra se remite a la consulta especializada de uretra habiéndosele pedido previamente una cistouretrografía miccional seriada (CUMS).
En la consulta se valora al paciente de acuerdo a su sintomatología (cuestionario PROM), exploración física (aparato genital, tacto rectal…) y los resultados de la CUMS.
Si se diagnostica de estenosis de uretra, en la misma consulta disponemos de cistoscopio para valorar el estado de la mucosa uretral y la localización exacta de la estenosis así como su calibre de cara a plantear la mejor opción quirúrgica correctora.
Así mismo se dispone en la consulta de ecógrafo para evaluar el estado de la vía urinaria superior y la existencia o no de elevado residuo postmiccional.
Con los hallazgos obtenidos en esta única visita médica se puede incluir al paciente en lista quirúrgica para realizar la corrección uretral.
El seguimiento de los pacientes con esta cirugía se haría desde la misma consulta para hacerles durante la misma visita la cistoscopia de control, retirada de sonda vesical o talla si las portaran y valoración con el cuestionario sobre calidad miccional en estenosis de uretra (cuestionario PROM).

De esta forma se le evitan al paciente varias visitas para realizar cada una de las pruebas diagnósticas disminuyendo el periodo de espera hasta realizar la cirugía y por tanto de los niveles de ansiedad y malestar.

Proyecto: 2018_0909 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION DE LA ESTENOSIS URETRA

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Para monitorizar el funcionamiento del manejo del paciente con estenosis uretra hemos tomado como indicadores que se pueden realizar tanto en la primera visita como en las sucesivas revisiones los siguientes:
- Exploración física genital.
- ECO aparato urinario.
- Cistoscopia.
- Calibrado uretral.
- Cuestionario PROM.
- Urocultivo.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se pretende implantar esta consulta a lo largo del año 2018, y continuar con su desarrollo si los resultados fuesen satisfactorios de manera indefinida.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0977 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

2. RESPONSABLE ..... JORGE SUBIRA RIOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MURILLO PEREZ CARLOS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· RAMIREZ FABIAN MANUEL. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· MEDRANO LLORENTE PILAR. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA
· NAVARRO GIL JOAQUIN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. UROLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El programa Fast track en cistectomía ha demostrado en nuestro centro una mejora significativa de los resultados en términos de estancia, complicaciones, reingreso, sin estancia en UCI y especialmente si se cumplen todos los ítems. De los 20 ítems reconocidos con evidencia en cistectomía radical sólo nos falta por cumplir el primero: entregar información escrita al paciente antes de comenzar el procedimiento multidisciplinar.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar iconografía escrita para entregar a los pacientes que van a ser intervenidos de cistectomía radical explicando todo el proceso: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
En primera instancia una reunión para poner en común ideas sobre el guion a elaborar, según la Guía Salud de cirugía mayor abdominal pero adaptándola a cistectomía radical y a nuestro medio.
posteriormente elaborar el documento en un formato sencillo y práctico para luego ser entregado a Calidad del Hospital y una vez validado poder ser utilizado en consulta específica de cistectomía radical: UROCIS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
elaboración de la iconografía escrita y entregarla a la comisión de calidad para su validación y uso hospitalario

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
septiembre 2018: reunión entre los componentes del proyecto para elaborar un guion de la información a entregar.
octubre 2018: elaboración de la información escrita.
noviembre 2018: entrega a Calidad HCU para su validación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0501 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¿TE MUEVES? VEN, CAMINA, DISFRUTA DE TU ENTORNO

2. RESPONSABLE ..... MARTA COMPES DEA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUDEZ JOVEN ROSA. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· FUNES NAVARRO ENMANUEL. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Ser una persona activa ayuda a mantenerse ágil físicamente, mejorar el bienestar mental y social, mejorar la función cognitiva, permite disfrutar de una buena calidad de vida, mantener un peso adecuado y reducir el riesgo de desarrollar algunas de las enfermedades crónicas más frecuentes, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, hipercolesterolemia o cáncer de mama o colon, mejorando la evolución de algunas de ellas.
La atención primaria nos permite la proximidad al paciente y facilita la comunicación mediante el mensaje breve, reiterado, de forma individual o colectiva. Por ello vamos a fomentar la participación comunitaria. Dentro de este marco de actuación la oportunidad de mejora seleccionada es informar, trabajar y promocionar hábitos de vida saludables desde la actividad comunitaria.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Introducir la actividad física como una rutina diaria para mantener o aumentar la calidad de vida desde un punto de vista holístico de la persona, es decir biopsicosocial.
• Modificar los hábitos alimentarios inadecuados.
• Aumentar el nivel de conocimientos de los participantes, que consigan diferenciar entre los tres componentes del ejercicio: fuerza, flexibilidad y resistencia, así como los beneficios del mismo.
• Disminuir el sedentarismo.
• Reducir el IMC en los participantes con tendencia hacia el normopeso.
• Reforzar el concepto de hábitos saludables como base del tratamiento de múltiples patologías.
• Acercar el trabajo de enfermería a la comunidad, dando a conocer nuestra labor y aportando nuestro conocimiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán paseos diariamente de aproximadamente 50 minutos de duración, de lunes a domingo.
Dependiendo de la época del año:
• Periodo invernal, de octubre a abril: en horario de 13,30 a 14,20.
• Periodo estival, de mayo a septiembre: en horario de 8,15 a 9,05.
En la localidad de Alhama de Aragón los paseos se realizarán alrededor del Lago termal, y durante el cierre del balneario Termas Pallarés pasarán al camino de la Veguilla.
En el resto de localidades se harán recorridos circulares alrededor de los núcleos poblacionales.
Un día a la semana un enfermero acompañará a los participantes, registrando la asistencia semanal, haciendo refuerzo positivo e introduciendo temas sobre alimentación, ejercicio (fuerza, flexibilidad y resistencia), tabaco, alcohol, etc. y resolviendo dudas que surjan durante la semana. Entre los responsables del proyecto se creará un turno rotatorio para que todos se involucren y aporten su conocimiento para la consecución de los objetivos del proyecto.
El enfermero responsable de cada semana realizará un acta para facilitar la evaluación de la actividad.
Antes de comenzar se hará una valoración de los participantes mediante:
• Datos básicos: peso, talla, IMC y perímetro abdominal.
• Encuesta sobre estilos de vida saludables (Ministerio de Sanidad) Son cuestionarios diferentes según grupos de edad. Usaremos el de 18 a 64 años y el de mayores de 65.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Indicador 1: número de paseos supervisados a lo largo de 2018. Valor a alcanzar 16, valor inferior 12, valor superior 20.
• Indicador 2: implantar la actividad en al menos 2 núcleos poblacionales de la zona básica de salud.
• Indicador 3: Número de pacientes que han introducido o incrementado el ejercicio físico en su rutina diaria/ Número de pacientes captados. Estándar 60 %.
• Indicador 4: porcentaje de satisfacción de los participantes que se medirá con una encuesta valorando la utilidad, los beneficios adquiridos y la capacidad del personal sanitario.
Para la medición de los indicadores se utilizarán la toma de datos básicos personales y la cumplimentación de encuestas y escalas de valoración.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: mayo de 2018.
Fecha de finalización: 1 de diciembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.
Se informará al Balneario Termas Pallarés de la actividad a realizar para solicitar su visto bueno.

Proyecto: 2018_0501 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

¿TE MUEVES? VEN, CAMINA, DISFRUTA DE TU ENTORNO

Se contactará con asociaciones de vecinos, mujeres, personas mayores para dar a conocer nuestro proyecto
Se nombrará a 2 personas voluntarias como portavoces del grupo para realizar el seguimiento diario, mantendrán una comunicación directa con la responsable del proyecto al menos una vez al mes vía telefónica.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. El proyecto está dedicado a fomentar estilos de vida saludables.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0572 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE EPOC DEL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

2. RESPONSABLE ..... TERESA PEREZ-CABALLERO SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· FUNES NAVARRO EMMANUEL. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· JUDEZ JOVEN ROSA. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· TABUENCA FERRER LUIS. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La prevalencia de EPOC registrada en OMI en nuestra ZBS en dicha población a fecha 31/12/2.017 es del 4,01%, por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud, según indica el estudio EPISCAN, el cual marca una prevalencia del 10,2% en personas entre 40-80 años. Es necesario aumentar la realización de espirometrias por parte del personal de enfermería.
Además el registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas alcanza el 46,30%. Nos planteamos aumentar este registro hasta un 60%.
Existe una falta de destreza en el uso de los inhaladores por parte de los pacientes EPOC. Sería conveniente acciones al respecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Resultados:
1.Conseguir que todos los pacientes >40 años diagnosticados de EPOC tengan realizada, al menos, una espirometría.
2.Contribuir a aumentar el registro de paciente con EPOC, actualmente en el 4.01%, mediante la realización de espirometrías a pacientes fumadores.
3.Alcanzar una cobertura, de al menos, el 60% (estándar: 50-70%) en el registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en 2.018.
4.Mejorar el conocimiento y uso de los distintos tipos de inhaladores en los pacientes EPOC.
Población diana: pacientes EPOC >40 años y <80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.
Intervenciones: realización de espirometrias, revisión y cumplimentación del registro de limpieza ineficaz de vías aéreas y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC, previo y posterior, a la comprobación del uso de los distintos dispositivos en la consulta de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Sesión formativa a cargo de la responsable del proyecto de calidad, dirigida al personal de enfermería de nuestro EAP. Dicha sesión formativa consistirá en un taller práctico para la realización de espirometrias.
2.Rotatorio de las enfermeras del EAP con la enfermera de consultas externas de neumología del Hospital Ernest Lluch para mejorar la técnica de realización de espirometrías.
3.Creación de una agenda para la realización de espirometrias, con un máximo de 2 espirometrias al día, 15 días en el C.S de Alhama de Aragón y 15 días en el PAC de Nuevalos. En caso de que el paciente acuda al hospital para la realización de una espirometria, se solicitará una copia de la misma.
4.Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes que no tengan un registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada.
5.Entrega y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores a los pacientes diagnosticados de EPOC, previo y posterior a la comprobación del correcto uso de los dispositivos, para valorar la mejora en el uso de los mismos tras la actividad de educación para la salud.
6.Reuniones cuatrimestrales y puesta en común de los resultados obtenidos hasta la fecha.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1:% de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tienen un FEV1<70. Objetivo: 100%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
2:% de prevalencia de EPOC. Objetivo: superar el 4,01% de 2.017. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Periodo de evaluación: al finalizar el año 2.018
3:% de pacientes con diagnostico de EPOC y con registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Valor a alcanzar: 60%. Valor inferior: 50%. Valor superior: 70%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
4:% de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de educación para la salud. Fuente de información: cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC. Periodo de evaluación al finalizar el año.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril 2018 a Diciembre 2018

Proyecto: 2018_0572 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE EPOC DEL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0573 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO ROYO VILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JUSTE SERAL MARIA MAR. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· ABAD TUDELA CORO. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· SORIANO BANZO FERNANDO. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· RODRIGUEZ MUELA TERESA. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· TABUENCA FERRER LUIS. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La prevalencia de EPOC en nuestra ZBS es 4,01%. Consideramos que existe infradiagnóstico y este proyecto pretende mejorarlo. El proyecto original tenía 10.7032 caracteres y ha sido necesario acortarlo

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Resultados:
1Aumentar el registro de prevalencia de EPOC
2Espirometría bianual en pacientes EPOC
3Aumentar el registro OMI de síntomas respiratorios
4Registrar en OMI el seguimiento de EPOC: fenotipo, escala GOLD, índice BODEx, test COPD (CAT) y otros
5Adecuar el tratamiento de cada caso de EPOC a las guías actuales
6Aumentar el registro de fumadores a los que se les ha realizado una espirometría COPD6 y una intervención en tabaquismo
Población diana: personas fumadoras y pacientes EPOC>40 y <80 años.
Intervenciones:
1Creación en OMI de agendas de espirometrías
2Detección en pacientes EPOC de espirometría en los 2 últimos años.Si no existe,realizar.
3Seguimiento semestral del paciente EPOC y su registro
4Comprobación de tratamiento farmacológico adecuado
5Detección en consulta médica y de enfermería de la población fumadora entre 40-80 años, registrar y mediante el espirómetro portátil COPD6 detectar posibles casos EPOC no diagnosticados a confirmar con espirometría

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, en el momento de implantación del proyecto, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP, para repasar prevalencia de EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo, según el propio AG2018
2Al menos 2 sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP. La primera para realizar una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC, y la segunda para repasar los criterios diagnósticos de EPOC, clasificación y tratamiento
3Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tengan un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada
4Identificación durante todo el año 2018 de nuevos pacientes EPOC, fuera de consulta, utilizando los datos extraídos de OMI-AP, para ello se estudiarán las personas fumadoras que tengan una edad comprendida entre 40-80 años, cualquiera que sea su índice tabáquico. El registro será similar al punto 3
5Utilización del medidor portátil COPD6 para descartar EPOC en pacientes fumadores
6Citación en consulta de enfermería de los pacientes fumadores, potencialmente EPOC, con una FEV1<80 según el medidor portátil COPD6, para la realización de una espirometría que nos permita confirmar el diagnóstico
7Optimización del tratamiento. Se adecuará el tratamiento de cada caso EPOC a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017). Los pacientes EPOC se remitirán a la consulta de enfermería para la realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores y una comprobación del uso de los distintos dispositivos, como actividad de educación para la salud
8Reuniones cuatrimestrales de los MAP del EAP, para seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos en los distintos indicadores hasta la fecha

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fuente de datos
1Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión del EAP
2Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión de cada uno de los CIAS.
3Listados del Servicio 307-EPOC
4Registros individuales de OMI
5Extracciones de datos de OMI
Indicadores y estándar:
1:Razón entre la prevalencia de EPOC registrada y la prevalencia estimada en función del estudio EPISCAN.

Proyecto: 2018_0573 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Objetivo: >0,6, límite superior: 1, límite inferior: 0,6
2:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC que tienen registrada al menos una espirometría en los últimos 2 años que confirme un FEV1/FVC<70%, tras descontar aquellos pacientes con contraindicaciones absolutas o relativas para su realización. Objetivo: >80 %, límite superior: 100%, límite inferior: 80%
3:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%
4:Porcentaje de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha realizado una medición COPD6. Al ser una nueva técnica y carecer por el momento de los medidores, no nos proponemos objetivos específicos a cumplir, solamente registrar el porcentaje de mediciones realizadas
5:Porcentaje de pacientes con EPOC y fumadores a los que se ha realizado una intervención en tabaquismo. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril 2018 a Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0551 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO- BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

2. RESPONSABLE ..... ISRAEL ROIG BARTOLOME
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARIZA
· Localidad ..... ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIEZ GIMENO IRENE. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· BENDICHO ROJO CESAR. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La prevalencia de EAP ha sido evaluada en múltiples estudios epidemiológicos y en la población general española varia entre el 4,5-8,5%. Siendo muy dependiente de la edad y poco del sexo.
En la población de pacientes diabéticos estas cifras se incrementan notablemente. La prevalencia de EAP en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 estimada por la medición de ITB se sitúa en un 8% en el momento del diagnostico y alcanza un 45% tras 20 años de evolución
?También es sabido que existe una elevada prevalencia de enfermedad arterial periférica no conocida entre los pacientes con diabetes.

El pronostico de los pacientes con enfermedad arterial periférica es variable, no obstante, es conocido que el aumento del riesgo de eventos cardiovasculares esta relacionado con la severidad de la EAP. También afecta negativamente a la calidad de vida y produce un deterioro funcional importante.

Todas las guias de practica clínica aconsejan la estimación individual del riesgo cardiovascular global como herramienta básica para realizar intervenciones eficientes. La prueba mas usada para la estimación de la prevalencia de la EAP es la medición del indice tobillo-brazo ITB.

Un ITB inferior a 0,9 es diagnostico de EAP, a pesar de que mas del 80% de estos sujetos no tengan manifestaciones clínicas.
La utilidad del ITB reside en detectar precozmente la existencia de enfermedad arterial periférica (EAP) durante su fase asintomática y servir como parámetro de corte para el establecimiento de medidas preventivas más contundentes antes de que el daño vascular existente se haga sintomático.

El diagnostico precoz de la EAP supone la posibilidad de actuar de forma temprana y mas agresiva sobre los factores de riesgo para evitar el primer evento cardiovascular y la perdida de extremidad.
En este sentido la medición del ITB es la prueba mas asequible para el diagnostico precoz de una enfermedad que es mayoritariamente asintomática.
Ademas esta prueba es de fácil manejo en atención primaria frente a otras técnicas para evaluar el flujo sanguíneo, como Ecografia dopler o angiografías.
Es una tecnica no invasiva y de bajo costo.

Se pretende evaluar en el paciente con diabetes los factores de riesgo que se asocian a la aparición de complicaciones vasculares en extremidades inferiores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Detectar a los pacientes diabéticos a los que no se les ha realizado el ITB en el ultimo año

?- Realizar una captación activa revisando historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos a través de los listados por patologías a los que tenemos acceso o aprovechar controles rutinarios para realizar la medición de indice tobillo-brazo.

- Captar pacientes diabéticos con EAP asintomática e insistir en el control y mejora de sus factores de riesgo cardiovascular

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realiza una reunión de equipo para revisar las fortalezas y debilidades del acuerdo de gestión de nuestro EAP, plateando dentro de los objetivos de mejora de nuestro EAP este que vamos a desarrollar.
Nos reunimos con Direccion de Atención Primaria de nuestro sector para estudiar conjuntamente las posibilidades de este proyecto.

En próximas fechas se realizara una sesión clínica para actualizar conocimientos sobre la medición del ITB y los valores de referencia.

La medicion del índice tobillo brazo (ITB), se define como el cociente entre la presión arterial sistólica maleolar y la presión arterial sistólica en el brazo.

Proyecto: 2018_0551 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO- BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Un ITB próximo a 1 (> 0,90) se considera normal, entre 0,90-0,70 se considera enfermedad arterial leve, entre 0.69 – 0,40 enfermedad arterial moderada y un valor < 0,40 indica enfermedad arterial severa.

Se realizaran reuniones de equipo cada 2-3 meses para valorar la evolución del proyecto. ?

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Los indicadores serán:

1- Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del ITB en el ultimo año

Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%

2- Nº de pacientes diabéticos detectados sin medición del ITB en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

3- Nº de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y auto cuidado.
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85% ???

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha de inicio del proyecto será 2º trimestre del año 2018 y el fin del mismo será a finales del 4º cuatrimestre del mismo año ??

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0553 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDICION PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

2. RESPONSABLE ..... ASCENSION HERNANDEZ VALLESPIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARIZA
· Localidad ..... ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENDICHO ROJO CESAR. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· DIEZ GIMENO IRENE. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
· ROIG BARTOLOME ISRAEL. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La enfermedad cardiovascular (ECV) es una de las principales causas de muerte, morbilidad y gasto sanitario en nuestra poblacion.
La detección y control de los factores de riesgo cardiovascular sigue siendo una estrategia preventiva esencial.
La obesidad es un factor contribuyente clave, tanto como factor independiente de riesgo de enfermedad cardiovascular como tambien a través de su asociación con otros FRCV como hipertensión, dislipemia o Diabetes Mellitus tipo 2 ".

Las guias europeas de prevención cardiovascular recomiendan combinar las estrategias de detección de poblaciones de alto riesgo con los cambios de estilo de vida. Proponen la función SCORE para cuantificar el riesgo cardiovascular. Se establecen cuatro niveles de riesgo (muy alto, alto, moderado y bajo) con objetivos terapéuticos según el riesgo.

La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular mayor, cuya prevalencia se ha ido incrementando en los últimos años.
Ademas la distribución del exceso de grasa es un parámetro importante a evaluar ya que la obesidad central o abdominal presenta un mayor riesgo para el desarrollo de eventos cardiovasculares.

La medición del perimetro abdominal es un método facil, incruento y sin costes para detectar un factor de riesgo cardiovascular que asociado a una enfermedad crónica como la diabetes incrementa este riesgo.

Se pretende evaluar en el paciente con diabetes los factores de riesgo que se asocian a la aparición de eventos cardiovasculares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Detectar a pacientes diabeticos a los que no se les ha realizado una determinacion de perímetro abdominal en el ultimo año.

- Realizar una captación activa revisando historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos a través de los listados por patologías a los que tenemos acceso o aprovechar controles rutinarios para realizar la medición de este indicador.

- Detectar pacientes diabéticos con obesidad central e insistir en el control y mejora de sus factores de riesgo cardiovascular

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realiza una reunión de equipo para revisar las fortalezas y debilidades del acuerdo de gestión de nuestro EAP, plateando dentro de los objetivos de mejora de nuestro EAP este que vamos a desarrollar.
Nos reunimos con Direccion de Atención Primaria de nuestro sector para estudiar conjuntamente las posibilidades de este proyecto.

En próximas fechas se realizara una sesión clínica para actualizar conocimientos sobre la medición del perímetro abdominal y los valores de referencia
La medicion del perimetro abdominal se realiza en un punto medio entre el reborde costal y borde superior de la cresta iliaca, despues de una respiracion normal, con la cinta metrica sobre la piel sin hacer presion.

Un perimetro abdominal superior a 88 cms en mujeres y superior a 102 en varones definen la obesidad central.

Se realizaran reuniones de equipo cada 2-3 meses para valorar la evolución del proyecto. ??

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se buscara como objetivo la medición del perímetro abdominal a pacientes diabéticos a los que no se les haya realizado esta medición en el ultimo año

Proyecto: 2018_0553 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEDICION PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Los indicadores serán:

1- Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del perímetro abdominal en el ultimo año

Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%

2- Nº de pacientes diabéticos detectados sin medición del perímetro abdominal en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

3- Nº de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y auto cuidado.

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85% ??

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La fecha de inicio del proyecto será 2º trimestre del año 2018 y el fin del mismo será a finales del 4º cuatrimestre del mismo año ??

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0542 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL INFRADIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICAEN LA ZBS ATECA

2. RESPONSABLE ..... FATIMA REMIRO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ATECA
· Localidad ..... ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLANQUEZ PUEYO MERCEDES. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· DE LORA NOVILLO PABLO. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ FORNES MONICA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· GOMEZ LLORENS CARMEN. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· MELENDO BUENO MAGDALENA. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· BUENO TABERNERO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· DIAZ VICENTE PABLO. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La EPOC es una patología infradiagnosticada. Para obtener unas cifras de prevalencia más acordes con las estimadas en el estudio EPISCAN va a ser clave la valoración del tabaquismo ya que es el principal factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.
Asimismo, y siguiendo las recomendaciones de GESEPOC 2017 (Guía Española de manejo de la EPOC) es aconsejable en AP el uso del índice BODEx para la estratificación en pacientes de alto y bajo riesgo.
Siguiendo estas directrices se va a trabajar con los fumadores de 50-59 años de la ZBS Ateca, se les hará espirometría con el fin de diagnosticar nuevos casos de EPOC y se cumplimentará en OMI el índice BODEx lo que nos permitirá adecuar los tratamientos y derivaciones a neumología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Captación de pacientes fumadores de entre 50 y 59 años de la ZBS Ateca y realización de espirometría a todos ellos.
- Aumentar el número de pacientes diagnosticados de EPOC.
- Consejo antitabáquico y ofertar tratamiento de deshabituación si es oportuno.
- Registro en OMI de los planes personales de EPOC (en el que se incluye índice BODEx), Tabaquismo y Espirometrías.
- Estratificación del paciente diagnosticado de EPOC y derivación a neumología si es preciso.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Encuesta por carta sobre hábito tabáquico a toda la población de 50-59 años de la ZBS Ateca.
- Realización de espirometrías a todos los fumadores de 50-59 años diagnosticando de EPOC si, postbroncodilatación, cociente FEV1/FVC < 70.
- Incidir en el abandono del tabaco y ofertar tratamiento de deshabituación a aquél que lo desee.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
– % de incremento de la razón de prevalencia de EPOC en la ZBS Ateca
– % de cumplimentación del índice BODEx en OMI en los pacientes con EPOC
– % de pacientes con EPOC de alto riesgo derivados a neumología

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- 27/03/2018. Reunión inicial del equipo de mejora. Diseño y planificación del proyecto de mejora.
- 02/04/2018. Presentación del proyecto de mejora al EAP.
- Semana 23 al 29 de abril de 2018. Envío de la encuesta por carta a la población de 50-59 años de la ZBS Ateca.
- 24/04/2018. Sesión formativa: Registro en OMI de EPOC, Tabaquismo y Espirometrías
- 08/05/2018. Sesión formativa: GESEPOC 2017
- 15/05/2018. Sesión formativa: Intervención en tabaquismo y deshabituación tabáquica
- Mayo 2018: Captación de fumadores
- Junio a Octubre 2018: Realización de espirometrías, diagnóstico/exclusión EPOC, registro en OMI y derivación a neumología si procede.
- Noviembre-Diciembre 2018: Evaluación del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0542 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DEL INFRADIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICAEN LA ZBS ATECA

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0582 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

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. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
· BLANQUEZ PUEYO MERCEDES. MEDICO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
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 síncopes de los esperados tras realizar ejercicio físico.
Inicialmente se evaluaron los hábitos nutricionales de los alumnos mediante encuesta y cálculo del IMC 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.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
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

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
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.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
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.

Proyecto: 2018_0582 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

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 síncopes tras el ejercicio físico, con registro de los episodios y datos de si han desayunado y si 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.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
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.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0477 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO PERALES MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· ALCAZAR MORTE MARIA JESUS. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· NAVARRA VICENTE BEATRIZ. MEDICO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
· LAFUENTE HIDALGO MIGUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· GALLEGO VELA SANTIAGO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· PARRA FORMENTO JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Atención Primaria del paciente pediátrico se desarrolla alrededor de la labor asistencial, incluyendo tanto las revisiones del niño sano, como la atención a las demandas urgentes. En ocasiones, se precisa la Atención Especializada para el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento del paciente. La comunicación y coordinación entre niveles asistenciales resulta fundamental para implementar la asistencia y mejorar la calidad de la atención.
Se hace necesario organizar reuniones periódicas con los pediatras de su Área, y mucho mejor si en ellas participa el Servicio de pediatría del hospital de referencia. Es una buena oportunidad para el conocimiento personal y de las posibilidades y limitaciones de cada uno; y esta organización zonal pediátrica podría aportar también soluciones a la creación de guías de actuación conjuntas, atención continuada, sustituciones, etc.
Para ello proponemos un programa colaborativo entre los dos niveles asistenciales en el que se resolverán las necesidades asistenciales diarias y se realizarán sesiones científicas actualizadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar de la calidad asistencial del paciente pediátrico.
- Implementar la coordinación entre niveles asistencial.
- Gestionar los recursos sanitarios de la forma más eficiente.
- Actualización en patologías pediátricas más prevalentes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se planificarán reuniones periódicas entre el servicio de Pediatría del Hospital Ernest Lluch y los distintos pediatras de Atención Primaria del sector Calatayud para actualizar las patologías más prevalentes y relevantes del campo de la Pediatría. Cada sesión estará coordinada por uno de los pediatras del Equipo, que será el encargado de la elección del tema a revisar. La periodicidad será bimensual o trimestral en función de las necesidades asistenciales. La duración aproximada será entre 60-90 minutos y se realizarán en la Biblioteca del Hospital Ernest Lluch. A su vez, se propondrán reuniones extraordinarias, coordinadas por profesionales de otras Especialidades, sobre temas de interés para la Pediatría (Dermatología, Traumatología, Genética, etc). Todas las actividades serán acreditadas por parte de la Comisión de Formación Continuada y será necesario realizar un control de la asistencia a las mismas mediante recogida de firmas.
Se intentarán colgar en una plataforma la mayoría de las sesiones realizadas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de sesiones conjuntas realizadas entre ambos niveles asistenciales. Mínimo: 6, máximo 15.
- Número de profesionales implicados que asisten a las sesiones conjuntas.
- Cobertura de todos los centros de salud del área.
- Número de profesionales ajenos a la Pediatría que coordinan una reunión.
- Encuesta de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria y Especializada.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Marzo 2018 - Junio 2018: Ordenar y seleccionar fechas, ponentes y temas a revisar.
Junio 2018 - Junio 2019: Puesta en marcha de las reuniones con periodicidad indicada anteriormente.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Niños
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PEDIATRIA
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0477 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0533 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS Y CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... CARLOS LOPEZ FELEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PIQUERAS LORIENTE SUSANA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PONCE LAZARO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· DELGADO GUAJARDO CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· TORRA CUIXART CARMEN. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· IBAÑEZ CATALAN PEÑA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Es importante destacar que los niños y los jóvenes son excepcionales agentes de transformación de los adultos. La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) no se encuentra al margen, y su aprendizaje también impacta en ellos, tal como sucede con otras enseñanzas.
La importancia de la enseñanza de RCP en los colegios ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a lanzar su campaña “Kids Save Lifes” (los niños pueden salvar vidas). Esta campaña aconseja enseñar en las escuelas RCP y manejo del DEA a todos los niños del mundo empezando a los 10 años.
En cuanto a la edad ideal o aconsejable para que los niños sean entrenados, se podría decir que un buen momento es entre los 6 y 12 años, en la escuela primaria, y realizar un re entrenamiento en la enseñanza secundaria. Existen estudios que muestran que es muy sencillo implementar programas de entrenamiento en adolescentes entre 12 y 14 años. Es por ello, y como continuidad a los talleres realizados en años previos, por lo que se propone dicho proyecto.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Lograr una adecuada difusión de la importancia de la RCP como instrumento básico para salvar vidas.
- Capacitar a profesores y alumnos de los centros educativos públicos y concertados de 6º Primaria en la identificación y actuación en situaciones de emergencia que requiera RCP mediante la realización de talleres teórico-prácticos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- 1ª Reunión del grupo de mejora, con el fin de determinar actividades a realizar y reparto de las mismas
- Contactar vía telefónica con los Directores de los centros educativos para explicar objetivos, características, y duración de los talleres. A continuación, se les remitirá invitación formal por correo ordinario.
- Programar sendas reuniones del Responsable del presente proyecto, con los Directores o responsables de cada colegio que acepte su participación, con objeto de concretar fechas para realización de talleres formativos.
- 2ª Reunión, con objeto de planificar talleres y audiovisuales teórico-prácticos, así como elaborar test de examen, encuestas de satisfacción y diplomas acreditativos.
- Solicitud a Unidad Docente de maniquí de simulación para realizar prácticas de RCP
- Realización de talleres formativos de carácter teórico-práctico en colegios. Consistirá en una breve exposición de no más de 15’ duración, de diapositivas para fijar los conceptos de Emergencia, Cadena de Supervivencia, técnica de RCP. Posteriormente se emitirá un video resumen de todo ello con un caso práctico, para finalizar con prácticas dirigidas de la realización de una correcta RCP.
Posteriormente se realizarán talleres prácticos donde se instruirá a los alumnos en la correcta técnica de RCP. Para ello se dividirán en 3-4 grupos, estando al cargo de cada uno de ellos un docente del centro de salud.
Finalmente, se realizará breve examen teórico, tanto previo como posterior a dicha actividad, para comprobar la fijación de los conceptos transmitidos y se les otorgará a cada alumno Diploma simbólico donde se acredita que han finalizado con éxito dicha actividad.
Se pasará encuesta de satisfacción.
- 3ª Reunión, con el fin de realizar la evaluación final e impacto del programa formativo teórico-práctico

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % colegios que participan en los talleres: >80%
- % alumnos que participan en los talleres: >80%
- % alumnos que aprueban el test de evaluación final: >90%
- % profesores que aprueban el test de evaluación final: >90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Abril 2018: 1ª reunión del grupo de mejora, con objeto de redacción del presente proyecto.
- Mayo-Junio 2018: contacto de la persona responsable del proyecto con los distintos centros educativos y exposición del proyecto.
- Septiembre 2018: contestación de participación de centros educativos en el proyecto.
- Septiembre 2018: 2ª reunión, para delimitar tareas.
- Desarrollo de los talleres teórico-prácticos en centros educativos. La fecha dependerá del calendario escolar del año 2018/19.

Proyecto: 2018_0533 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS Y CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

- 3ª reunión, tras fin de talleres en todos los centros. Redacción de memoria y conclusiones.

9. OBSERVACIONES.
En dependencia de la disponibilidad de aulas y del número de alumnos, se ajustarán los números de talleres a realizar, así como las fechas de los mismos. Dependemos en gran medida del calendario escolar.

Antigua línea:

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0567 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

2. RESPONSABLE ..... SUSANA PIQUERAS LORIENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORCAL CASADO MARIA ROSARIO. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Debido a las características del Servicio de Urgencias del Centro de Salud Calatayud Norte:
Por una parte la gran variabilidad y rotación del personal que presta sus servicios: equipo de Atención Primaria, SUAP, refuerzos del Centro de Salud y del Sector, personal sustituto y personal de mañanas que realiza la atención urgente.
Por otra parte la ausencia de normas y de manual de organización y funcionamiento referentes al control de material fungible, medicación y aparataje, conducen a una situación de falta de implicación y de asunción de responsabilidad de dichos profesionales que pueden derivar en un deficiente funcionamiento del servicio.
Ante esta situación consideramos preciso realizar una intervención sobre normas de la gestión del Servicio de Urgencias con el fin de mejorar la calidad de asistencia y seguridad del paciente atendido.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos del proyecto van enfocados a mejorar la gestión del servicio y a aumentar la seguridad clínica del paciente, mediante la realización de diferentes actividades.
Formar al 80% del personal de equipo,Suap y refuerzos
Cumplimentación de actividades en un 80%

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Designación de las actividades diarias a realizar por el personal de guardia y auxiliar de enfermería encargada del servicio, y registro de las mismas.
Elaboración de stocage de material fungible y medicación.
Elaboración de un calendario para la solicitud de pedidos.
Elaboración de un cuadro resumen para colgar en las consultas del servicio y que sirvan de recordatorio de las actividades a realizar cada día.
Reuniones (Con registro de firmas) para el personal del equipo,Suap y refuerzos para dar a conocer el proyecto y sus actividades, así como el sistema de registro.
Talleres dirigidos al personal que no hace guardias para mostrar la ubicación del material y medicación con el fin de facilitar la asistencia en caso de una urgencia.
Talleres para todo el personal sobre el uso de nuestros desfibriladores y del material de ventilación e intubación.
Talleres de RCP básica para personal no sanitario y aux de enfermería.
Tallers de RCP avanzada par médicos y enfermeras.
Se realizará una valoración mensual los tres primeros meses de su puesta en marcha y posteriormente se realizarán valoraciones trimestrales.
Realización de charlas recordatorias de refuerzo en función de los resultados de las valoraciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La evaluación se realizará mediante la valoración de la hoja de actividades con el control de firma de haber realizado la actividad.
Mediante hoja de control de firma de haber realizado la formación.
Los indicadores son de resultado:

$$\frac{\text{Nº de personas formadas}}{\text{Nº de personas de plantilla}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de días con registro de actividades}}{\text{Nº total de días}} \times 100$$

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración de calendario de pedidos, normas,actividades diarias, hoja de firmas y cuadro resumen. ABRIL -MAYO 2018
Reunión informativa JUNIO 2018
Realización de talleres A LO LARGO DE 2018
Valoraciones mensuales JUNIO-JULIO 2018 y posteriormente TRIMESTRAL
Evaluación del proyecto DICIEMBRE 2018.

Proyecto: 2018_0567 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0585 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANTONIA UBIDE MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· NAVARRO TEJERO ANTONIO. MEDICO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PEREZ SANZ EVA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
· PARRILLA GIL MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población (el 15,1% en varones y el 5,7% en mujeres) de entre 40 y 80 años, según determinó el estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) en 2007, que continúa siendo el último gran estudio epidemiológico realizado sobre esta enfermedad en España.
La EPOC se caracteriza también por un importante infradiagnóstico, cifrado en el 73% en la población española, por el mismo estudio EPI-SCAN.
Tras la evaluación de los indicadores de acuerdos de gestión del año 2017 en el EAP Calatayud Norte, hemos detectado la escasa evolución en los últimos dos años en nuestro Centro en cuanto al indicador “razón entre prevalencia de EPOC registrada en relación a la prevalencia estimada en el estudio EPI-SCAN (>0,6-1)”. El porcentaje de mejora de dicha razón en 2017 ha sido de 3,12%.
Suponemos que además de los casos no diagnosticados debemos de considerar aquellos en los que el registro no se ha realizado correctamente.
Es por ese motivo que iniciamos el presente proyecto de mejora para analizar las causas e iniciar las medidas correctoras con el objetivo de acercar los resultados a los esperados para la población asignada a nuestro Centro.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Analizar las posibles causas de los malos resultados del indicador PREVALENCIA DE EPOC.
2. Mejorar en la detección de pacientes con hábito tabáquico y potenciales pacientes con EPOC.
3. Aumentar el número de espirometrías, para conseguir mejorar el diagnóstico de EPOC en potenciales pacientes por edad y hábito tabáquico.
4. Mejorar la recaptación de pacientes diagnosticados y en seguimiento por especialista.
5. Garantizar la capacitación de los profesionales del EAP para la interpretación de las espirometrías.
6. Mejorar el registro de EPOC en OMI.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Reunión del Equipo de Mejora para analizar las causas de los malos resultados del indicador PREVALENCIA DE EPOC y proponer medidas correctoras.
2. Iniciar procedimiento de comunicación con especialista para compartir resultados espirométricos, con la intención de no duplicar pruebas, en ocasiones de especial dificultad en algunos pacientes.
3. Organizar sesiones formativas para los profesionales en relación con:
- Detección y registro de pacientes con hábito tabáquico.
- Criterios para realización de espirometrías con el fin de detectar pacientes con EPOC.
- Interpretación de espirometrías.
- Registro de EPOC en OMI.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES:
Conseguir una mejora en el resultado del indicador " razón entre prevalencia registrada de EPOC y prevalencia estimada" entre 3,5-4%, el mismo propuesto por el EAP para el año 2018.
EVALUACIÓN:
La evaluación del indicador coincidirá con la evaluación del contrato de gestión del año 2018.
FUENTE DE DATOS:
Cuadro de mandos del Programa OMI-AP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO: Mayo de 2018.

DURACIÓN: Año 2018 hasta evaluación del contrato de gestión.

1. Reunión del equipo de mejora para análisis de causas, propuesta de medidas correctoras y asignación de responsabilidades: primera quincena de Mayo.

2. Primera sesión formativa con los profesionales del EAP para establecer criterios para realización de espirometrías, diagnóstico y registro de EPOC: tercera semana de Mayo.

3. Segunda sesión formativa sobre interpretación de espirometrías: cuarta semana de Mayo.

4. Primera evaluación de resultados: primera quincena de Septiembre.

Proyecto: 2018_0585 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

5. Sesión formativa para informar a los profesionales sobre la evolución del plan de mejora: primera quincena de Septiembre.

9. OBSERVACIONES.
EL INDICADOR SOBRE EL QUE SE PROPONE EL PLAN DE MEJORA SE PRESENTA EN LOS ACUERDOS DE GESTIÓN COMO UNA RAZÓN DE PREVALENCIA Y UN OBJETIVO EN NÚMEROS ABSOLUTOS

EN LA EVALUACIÓN DE 2017 LOS RESULTADOS SE NOS PRESENTAN COMO PORCENTAJE DE MEJORA

ES POR ESO QUE EL OBJETIVO QUE SE PROPONE EN EL PRESENTE PROYECTO,SE PRESENTA TAMBIEN EN FORMA DE PORCENTAJE DE MEJORA

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0226 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN SOLANS PIQUERAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL MOSTEO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· GRANERO BERLANGA NICOLAS. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· DE LA OSA FONDON JUAN JOSE. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· MOROS SANZ ESTHER. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· BERNAL GARCIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· DE LUCAS BARQUERO ARIADNA. FARMACEUTICO/A. DAP CALATAYUD. FARMACIA ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
A principio de 2107 se observó en nuestro centro un desajuste entre el número de tiras disponibles y las demandadas por nuestros pacientes. Cada profesional del equipo de Calatayud Sur inició una actualización de registro de sus pacientes diabéticos con necesidad de material de autoanálisis. En este nuevo año se han detectado errores en la cumplimentación por parte de los profesionales de la “Solicitud de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar” de acuerdo con el Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E. La importancia del proyecto es afianzar y poner en conocimiento entre los profesionales la correcta cumplimentación de la solicitud para facilitar el seguimiento y registro de material entregado así como revisar en nuestros pacientes los posibles cambios en sus tratamientos gestionando el material de forma eficiente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Formar a todos los profesionales del Centro de Salud de Calatayud Sur para la correcta cumplimentación y el conocimiento del circuito del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E.
2. Unificar el procedimiento y distribución de material de autoanálisis.
3. Afianzar entre los profesionales el programa para la gestión de suministro y control del material de autoanálisis.
4. Mejorar la seguridad del paciente tanto en el inicio como en el ajuste de tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Reunión general para informar del proyecto a los profesionales.
-Distribución de la documentación autorizada y dónde encontrarla.
-Formación de los profesionales para la correcta cumplimentación del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E de “Solicitud de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar”.
-Realización por parte de los profesionales del correcto circuito para la aprobación, por parte de la Farmacia de AP, de la solicitud.
-Revisión de las Historias clínicas de los pacientes para la detección de cambios en el tratamiento y motivos de inestabilidad de la enfermedad. (Inicio o cambio de tratamiento, glucemia fuera de objetivos, enfermedades intercurrentes, asociación de fármacos hiperglucemientes, cambio de situación o de actividad).
-Registro de pacientes con cambios de situación clínica o ajuste de tratamiento.
-Cumplimentación del “PCE- Conocimientos Deficientes” por los profesionales de enfermería para valorar el nivel de conocimientos de los pacientes relacionados con la enfermedad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
OBJETIVO DEL 1 AL 3: % de profesionales que asisten a la reunión informativa:
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 90%
Límite superior: 100%
Periodo de evaluación: abril 2018
OBJETIVO DEL 1 AL 3: Participación del 90%, como mínimo, del personal sanitario del Centro de Salud de Calatayud Sur.
OBJETIVO DEL 1 AL 3: % de solicitudes de tiras reactivas bien cumplimentadas por los profesionales (nº de solicitudes correctas sobre el total de solicitudes)
Valor a alcanzar: 70%
Límite inferior: 50%
Límite superior: 70 %
Periodo de evaluación: junio 2018
OBJETIVO 4: % de pacientes clasificados como inestables según criterios de protocolo partido por el total de pacientes que precisan tiras de glucemia.
Valor a alcanzar: 60%
Límite inferior: 40%
Límite superior: 80%
Periodo de evaluación: junio 2018
OBJETIVO 4: % de pacientes incluidos en el programa que tiene cumplimentado “Conocimientos Deficientes en Diabetes”

Proyecto: 2018_0226 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Valor a alcanzar: 80%
límite inferior: 80%
Límite superior: 100%
Periodo de evaluación: anual
OBJETIVO 4:Registro de los pacientes con cambios en el tipo de tratamiento antidiabético y el grado de estabilidad de la enfermedad.
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 80%
Límite superior. 100%
Periodo de evaluación: anual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Fecha prevista de inicio: Abril de 2018
Reunión general
Distribución de documentación.
-1ra. Autoevaluación: Junio 2018
Solicitudes bien cumplimentas por los profesionales de Calatayud Sur.
-Fecha prevista finalización: Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0252 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA GALVEZ VILLANUEVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIGON SANMARTIN LUIS. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· BERNAD HERNANDO SONIA. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Numerosos estudios han demostrado que la presión arterial (PA) ambulatoria estima de forma más precisa y con mayor reproducibilidad el riesgo cardiovascular (RCV) y la lesión de órgano diana (LOD) que la PA clínica. Las últimas evidencias apuntan que el valor ambulatorio de presión arterial nocturna es el mejor predictor de enfermedad cardiovascular (ECV) de forma independiente a los valores de presión arterial ambulatoria diurna en pacientes hipertensos.
Los primeros datos que tenemos sobre prevalencia de HTA nocturna provienen del registro de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPAPRES) de la SEHLELHA, en el que en una cohorte de 33820 hipertensos tratados, la prevalencia de HTA nocturna fue del 60,8% y un 16,3% presentaron hipertensión nocturna aislada (HNA).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Sería preciso, en la medida de lo posible, realizar MAPA en la población hipertensa a fin de identificar su patrón circadiano y etiquetar a aquellos pacientes que presentan HTA nocturna, independientemente de otros parámetros, siendo estos pacientes los de mayor riesgo cardiovascular (RCV).
Identificar a los pacientes con perfil de MAPA con mayor RCV: riser, no dipper y dipper extremo.
Esto nos permitiría ajustar el tratamiento farmacológico al perfil circadiano del paciente, estableciendo la hora u horas idóneas de administrar el o los fármacos antihipertensivos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Registro presión arterial ambulatoria mediante MAPA(monitorización ambulatoria de la presión arterial) durante 24 horas a pacientes adultos diagnosticados de HTA, mediante la colocación de un monitor de presión arterial.
Registro del horario de la toma de la medicación antihipertensiva, a través de la hoja de prescripción farmacológica de la historia clínica electrónica de cada paciente.
Realización y registro de las actividades de enfermería sobre conocimiento deficientes de los pacientes hipertensos.
Dar sesiones clínicas formativas a los miembros del EAP.
Dar sesiones de casos clínicos y exposición de resultados a los miembros del EAP.
Evaluación intermedia de los resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- OBJETIVO: NÚMERO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE SE REALIZA MAPA Y SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA AISLADA Y ASOCIADA A HTA DIURNA.
INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA Y DIURNA:
Valor a alcanzar: 60% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)
L.I: 50%
L.S: 70%
INDICADOR 2: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTUNA AISLADA.
Valor a alcanzar: 16% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)
L.I.: 10%
L.S: 20%
2.- OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR:
INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON PATRÓN NO DIPPER:
Valor a alcanzar 49%
L.I: 39%.
L.S: 59%
INDICADOR 2: %PACIENTES CON PATRÓN RISER:
Valor a alcanzar 9%
L.I: 5%
L.S: 15%
INDICADOR 3. %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER EXTREMO:
Valor a alcanzar 2%
L.I: 0%.
L.S: 5%

INDICADOR 4: %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER (PATRÓN FISIOLÓGICO)
Valor a alcanzar 39%
L.I: 29%
L.S: 49%
3.- OBJETIVO: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA TOMA DE MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA
INDICADOR 1: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA MAÑANA

Proyecto: 2018_0252 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

Valor a alcanzar: 40%
LI: 30%
LS: 50%
INDICADOR 2: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA NOCHE
Valor a alcanzar: 30%
LI: 20%
LS: 40%
INDICADOR 3: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN MAÑANA Y NOCHE
Valor a alcanzar: 30%
LI: 20%
LS: 40%
4.- OBJETIVO: % DE PACIENTES EN LOS QUE SE MODIFICA SU TRATAMIENTO TRAS LA REALIZACIÓN DEL MAPA
Valor a alcanzar: 50%
LI: 30%
LS: 70%

5.- OBJETIVO: % DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA MAPA QUE TIENE CUMPLIMENTADO EL APARTADO DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:
Valor a alcanzar: 80%
LI: 70%
LS: 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer y segundo trimestres:
La agenda para la citación de los pacientes fue creada en marzo del 2017, siendo utilizada por los miembros del EAP.
Sesión clínica formativa para los miembros del EAP: febrero 2018.
Realizar formación continuada con los miembros del EAP mediante presentación de casos clínicos y exposición de las actuaciones clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que se hayan podido derivar de las pruebas realizadas con el MAPA.
Tercer trimestre: evaluación intermedia de los resultados.
Análisis de los resultados en diciembre del 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0305 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASCENSION ALONSO BENEDI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· DIGON SANMARTIN LUIS. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· CARMANIU TOBAL JORGE. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· GRANERO BERLANGA NICOLAS. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· DE LA OSA FONDON JUAN JOSE. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Problema u oportunidad de mejora:
En el EAP de Calatayud Sur no se dispone en el momento actual de un Manual de Acogida.
Los EAP son estructuras dinámicas con profesionales que se van trasladando. Esta movilidad del personal obliga a disponer de adecuados protocolos de acogida para orientarles en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos y en conclusión, acompañar al nuevo profesional, bien sea de plantilla, sustituto, residente o estudiante en prácticas; para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a pacientes y usuarios.
Consideramos que esto es necesario porque redundará en una optima asistencia a los usuarios del centro de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Resultados que se esperan conseguir:
mayor cocimiento sobre estructuras, procesos administrativos, asistenciales, así como funciones del equipo
adaptación más rápida de los profesionales al equipo de atención primaria
Mejorar la seguridad del paciente con el correcto conocimiento de los circuitos propios de cada centro por los profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Crear un grupo de trabajo interdisciplinar para elaborar dicho protocolo de acogida
Elaborar un manual de acogida,que aporte información detallada en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos, estructura del equipo, límites geográficos, consultorios, profesionales, horarios y todo lo inherente a nuestro Centro de Salud para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a los usuarios
.Idear un libro registro que confirme la entrega del manual a los profesionales que se han incorporado al equipo de Calatayud Sur 2018 por periodos de trabajo o periodos formativos
Designar un responsable de referencia, para la entrega del manual de acogida y realice el registro
Establecer una encuesta-cuestionario que ponga de manifiesto que los profesionales a los que va dirigido el protocolo, han adquirido un conocimiento suficiente del funcionamiento del centro, y explorar el grado de satisfacción de los nuevos profesionales en dicho documento.

El responsable se encargará de dar el manual, encuestas y la información que le sea necesaria y permitirá a nuevo miembro saber a quien dirigirse en caso de necesidad.
La encuesta servirá para comprobar si las personas que han recibido el manual de acogida, han conseguido conocer adecuadamente las peculiaridades de nuestro EAP y también un apartado de observaciones en el que nos puedan hacer sugerencias de mejora.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
ndicadores:
1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento:
(numero de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida / en relación a los profesionales recién incorporados) por 100, resultado esperado 90%
Limite inferior 80%
limite superior 100%
2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta:
(número de encuesta-cuestionarios realizadas/ numero de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%
limite inferior 60%
limite superior 80%
3. porcentaje de nuevos profesionales que acredita conocer el funcionamiento del centro de salud:
(número de encuestas que reflejen conocer al menos el 70% de las respuestas / total de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%
limite inferior 60%
limite superior 100%
4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil:
(número de encuestas con una calificación superior a 70/ por el número de encuestas contestadas) por 100, resultado esperado 80%
límite inferior 60%
límite superior 80%

Proyecto: 2018_0305 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Los cuestionarios y distintas actividades que consideremos sean necesarias para el buen funcionamiento de nuestro Centro de Salud.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Duración y calendario

Realización del manual de acogida,libro de registro y encuesta-cuestionario febrero, marzo, abril y mayo 2018.

Recogida de datos de abril a diciembre de 2018
Evaluación en diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0314 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

2. RESPONSABLE ..... SONIA BERNAD HERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· CHUECA GORMAZ ISABEL. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· GIL MOSTEO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· MOROS SANZ ESTHER. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· ARANAZ VILLARTE MIGUEL. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Según la Macroencuesta de Aragón de 2011 se observa un importante aumento de los casos de violencia de genero detectados en población de 14 a 19 años con una tasa de 17,10 en 2009 a 92,37 en 2011. Los adolescentes tienen dificultades a la hora de identificar conductas de maltrato psicológico como coacciones, celos, control.. considerando únicamente violencia de género los casos de agresiones graves.
Por todo ellos nos parece importante conocer sus opiniones y creencias sobre violencia de género (en adelante VG) y potenciar las relaciones de igualdad y "buen trato".

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Conocer el concepto de VG que tienen los adolescentes de nuestro C.S.
Conocer el grado de exposición a la VG que tienen los adolescentes de nuestro C.S.
Evaluar el grado de conocimientos que tiene sobre los distintos tipos de VG y los recursos que tienen a su disposición.
Sensibilizar y concienciar a los jóvenes sobre las relaciones de igualdad y "buen trato".
Mejorar la formación de los profesionales de nuestro C.S. en violencia de genero y conocer los activos comunitarios en este campo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.De organización:
Reunión EAP para elegir proyecto.
Contactos para preparar las intervenciones con el Instituto Aragonés de la Mujer (IAM), la responsable del programa de violencia de genero del Departamento de Sanidad, SARES y Ayuntamiento de Zaragoza (departamento de igualdad).Asistencia a la presentación del Plan Estratégico para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón 2018 – 2021, del Gobierno de Aragón.
Realización de curso sobre VG durante los meses de febrero y marzo 2018.
Contacto con activos comunitarios.
Selección del material audiovisual y encuestas
Obtención de población diana.
2.De comunicación:
Realización de dos sesiones formativas sobre promoción de la salud y sobre VG, con presentación del material para las intervenciones.
Comunicación con alcaldes, peñas y Dirección de AP.
3. De intervención:
Envío de las cartas a padres y adolescentes citándoles para las intervenciones, en cada consultorio.
Realización de la primera intervención en los consultorios locales entre finales de junio y principios de julio de 2018. Las intervenciones constan de un cuestionario previo, una lluvia de ideas sobre el tema, una presentación, un debate y un cuestionario posterior a fin de valorar la repercusión de las intervenciones y temas para años sucesivos.
Una segunda intervención de forma individual según campaña del Ministerio.
4. De evaluación:
Análisis de las encuestas previas y posteriores y de los temas propuestos por los adolescentes para próximas ediciones y de las opiniones de los profesionales.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cobertura alcanzada: 50%. Límite inferior (LI): 40% - límite superior (LS): 60%.
Porcentaje de localidades que participa: 70%. LI: 50% - LS: 100%.
Porcentaje de profesionales que participa: 70%. LI: 50% - LS: 100%.
Porcentaje de adolescentes que cumplimenta la encuesta: 90%. LI: 50% - LS: 100%.
Porcentaje de incremento del aprendizaje sobre tipos de violencia de genero antes/después de la intervención realizada : 60%. LI: 50% - LS: 100%.
Porcentaje de adolescentes que identifica la violencia psicológica como VG: 50%, LI 30% - LS 60%.
Porcentaje de profesionales del C.S. que han realizado formación específica sobre violencia de genero: 20% LI: 10%- LS: 30%.
Porcentaje de profesionales del C.S. que conoce los activos comunitarios en violencia de genero y el circuito específico de derivación: 80%. LI: 70% - LS:100%.

Proyecto: 2018_0314 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Actividades de organización:consistentes en la elección del proyecto, formación del personal, preparación del material y comunicación con otras organizaciones: enero a mayo de 2018, realizada por miembros del proyecto.
Actividades de comunicación: consistentes en sesiones formativas al EAP y comunicación con agentes locales:de febrero a mayo 2018, realizado por miembros del proyecto.
Actividades de intervención: consistente en la realización de las intervenciones con adolescentes, de junio a octubre 2018, realizado por miembros del proyecto.
Actividades de evaluación: consistente en el análisis de las intervenciones,de sus resultados y lecciones aprendidas para próximos años, de octubre a diciembre 2018, realizado por miembros del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adolescentes/jóvenes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. promoción de la salud
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0462 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE ..... ISABEL CHUECA GORMAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAL GARCIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· DE LUCAS BARQUERO ARIADNA. FARMACEUTICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Servicio de Urgencias del CS de Calatayud Sur, fue inaugurado en el año 2016, motivo por el cual durante 2017 se implantó el proyecto de calidad (2016/1234) de revisión del circuito de mantenimiento del material y aparatos de la sala de urgencias y de forma más específica el carro de paradas y maletín de urgencias.
Hemos detectado la necesidad de mejorar la gestión del almacen- botiquín de farmacia desde la base de un uso racional del medicamento, para ser mas eficientes en el consumo de fármacos, evitar caducidades innecesarias y prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente en cuanto a la identificación y administración de medicamentos.
De esta forma se dará continuidad al proyecto de calidad de 2017 de urgencias en nuestro equipo de atención primaria y se podrán establecer criterios de calidad y seguridad clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Difundir e implicar a todos los profesionales en el " Procedimiento operativo de control y gestión de los botiquines de medicamentos"
2- Revisión y actualización del listado de medicamentos en el EAP Calatayud Sur
3- Revisión y adecuación el stock óptimo de medicamentos a las necesidades del equipo
4- Identificar los fármacos del botiquín /almacén por principio activo
5-Identificar y separar los medicamentos de isoapariencia en el etiquetado o en el nombre.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
OBJETIVOS 1-2:
- Dos sesiónes informativas para difundir el proyecto a todos los profesionales del EAP,
- Nombrar a los responsables de botiquín y almacen de farmacia que realizaran las funciones de solicitud de petitorio, control posterior de albaranes mensuales y remisión a farmacia del hospital el albarán sellado.
- Mensualmente los profesionales que realizan la Atención continuada de la jornada del día 4º al 9º de cada mes, ordenarán y distribirán la medicación recibida según principio activo y caducidad.
- Mensualmente los responsables de almacén remitirán por correo electrónico a todos los profesionales del equipo el listado de productos de farmacia a caducar, control de caducidades.

OBJETIVO 3:
- Revisión / actualización del listado y del stock de medicamentos en el CS Calatayud Sur
- Realización de al menos una reunión de los responsables de petitorio de farmacia con la responsable de farmacia del Sector para consensuar los stock óptimos en base a petitorios previos.

OBJETIVO 4 y 5
- Identificar (etiquetar) en las estanterias del almacén de medicamentos/consultas de Calatayud Sur los medicamentos por principio activo.
- Identificar y separar los medicamentros de isoapariencia en etiquetado o en nombre incluídos en el listado de medicamentos del almacen de Calatuayud Sur

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- % de profesionales que asisten a la reunión informativa:
Valor a alcanzar: 100%
Límite superior: 100%
Límite inferior: 60%
Fecha de reunión: abril 2018, en la biblioteca del CS.

2- % de profesionales del equipo que participan en el proyecto:
Valor a alcanzar: 100%
Límite superior: 100%
Límite inferior: 80%
Periodo de evaluación . Anual.

3- % de albaranes remitidos a farmacia de hospital, tras su comprobación
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 70%

Proyecto: 2018_0462 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

Límite superior: 100 %
Periodo de evaluación: anual.

4- Etiquetado medicamentos por principio activo en almacen de farmacia
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 90%
Límite superior: 100 %
Periodo de evaluación: anual.

5- Identificación y separación de medicamentos de isoapariencia en el etiquetado o en el nombre en almacén de farmacia
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 90%
Límite superior: 100 %
Periodo de evaluación: anual.

6- Meses en los que se ha enviado correo electrónico a todos los profesionales del equipo del listado de productos de farmacia a caducar
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 80%
Límite superior: 100 %
Periodo de evaluación: anual.

7- % de listado de caducidades remitidos a farmacia de AP, tras su comprobación
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 70%
Límite superior: 100 %
Periodo de evaluación: anual.

8- Se ha realizado al menos una reunión con farmacia de AP para consensuar stock óptimo de farmacia
Valor a alcanzar: Si
Límite inferior: uno
Limite superior : no se puede precisar previamente

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de inicio: Abril de 2018
Reunión informativa: primer lunes de abril de 2018
Evaluación intermedia: Junio 2018
Revisión de todos los indicadores.
Fecha prevista finalización: Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. atencion en urgencias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0537 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS RIHUETE CASTAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BES FRANCO ANGEL. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· BARRENA MARINA EMILIA. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· CUADRADO GONZALEZ AINOA. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· BES GIMENEZ ANA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· RODIGUEZ LARRAGA BEATRIZ. MEDICO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· SIMON APARICIO MARIA PAZ. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN. PERTINENCIA DEL PROYECTO
Los factores y marcadores de riesgo cardiovascular, son los que se asocian a una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular: colesterol, diabetes, hipertensión, tabaquismo, herencia genética, estrés, obesidad y la frecuencia cardiaca. (1)
Es necesario datos básicos de edad, peso, sexo e información sobre hábitos de vida para descubrir si la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular es baja, media o alta. Una vez detectado el riesgo, se pueden poner en marcha planes y actividades preventivas para mejorar el estado de salud del paciente y disminuir la probabilidad de sufrir una patología. (1)
Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en el último año el 30% de las muertes registradas en el mundo fue por enfermedad cardiovascular, de los cuales sobre el 40% se debieron a cardiopatía coronaria y el 35% a los accidentes vasculares cerebrales. (2)
La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre los facoteres de riesgo. Para las personas que presentan un alto riesgo es fundamental la detección precoz y el tratamiento temprano. (1)
Existen varias escalas que se pueden utilizar para el cálculo del riesgo cardiovascular (SCORE, REGICOR, FRAMINGHAM). (2)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos:
1. Detectar de forma precoz los pacientes que presenten riesgo cardiovascular para poder adoptar actitudes preventivas dirigidas a estos pacientes
2. Disminuir el riesgo cardiovascular a traves de actividades preventivas
3. Que se reduzca el porcentaje de patología cardiovascular en la población de nuestro área de salud
Resultados:
1. Alcanzar un porcentaje de realización de la valoración del riesgo cardiovascular durante el año 2018 del 85%
Población diana: Personas mayores de 18 años que acudan a consulta de forma programada o a demanda, sin patología cardiovascular previa.
Intervenciones:
1. Revisión por parte de medicina y enfermería de las historias de OMI de pacientes mayores de 18 años (programada/demanda), excluyendo los inmovilizados y los que presenten patología cardiovascular previa, para revisar los parámetros necesarios para el cálculo de riesgo cardiovascular (sexo, colesterol total, edad, diabetes mellitus, PAS, Hipertrofia ventricular izquierda, fumador, HDL, PAD) y en caso de que se detecte que falta algún parámetro realizarlo para poder ejecutar el cálculo.
2. Generar Flash en OMI de los pacientes que se detecte un riesgo cardiovascular moderado-alto para poder aplicar las medidas preventivas necesarias.
3. El registro se realizará mediante la evaluación de los DGP:
a. Población en quienes consta el DGP 'RCV%'
b. Población sin episodio abierto de cardiopatía isqúemica angina, infarto, miocárdica crónica o artropatía periférica, ACV o AIT. Episodio abierto tabaco, diabetes, HTA no complicada, HTA complicada o hipercolesterolemia con algún registro.
Se excluye del cálculo de los DGP aquellos pacientes que presenten un proceso cardiovascular declarado en quienes no tiene sentido realizarlo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermeria de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Al menos dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para hacer una revisión de los factores de riesgo cardiovascular, su cálculo y las escalas que podemos emplear y la segunda para valorar los resultados que se han obtenido desde la aplicación de la estrategia.
3. Revisión por parte de enfermería y medicina de las historias de OMI para evaluar a través del índice de riesgo cardiovasular que los pacientes dispongan de todos los datos necesarios para poder realizar el cálculo (sexo, colesterol total, edad, diabetes mellitus, PAS, hipertrofia de ventrículo izquierdo, fumador, HDL, PAD).
4. Reuniones trimestrales para revisión y evaluación de resultados.

Proyecto: 2018_0537 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fuente de datos:
1. OMI
2. Resultados mensuales recibidos que se envíen desde Dirección de Atención Primaria.
Indicadores y estándar:
Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envíen desde Dirección de Atención Primaria
Evaluación trimestral
Alcanzar, al final del 4º trimestre de 2018, un 85% de las revisiones del índice de riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 18 años.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Abril 2018
Fecha finalización: Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.
(1) Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica, revisores expertos para la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(10) :894-899
(2) Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guia de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra 2008. Organización Mundial de la salud.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Cardiopatía isquémica

Proyecto: 2018_0578 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... OLGA APARICIO SORIANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BES GIMENEZ ANA VICTORIA. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· SIMON APARICIO MARIA PAZ. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· MARTI GUILLEN LOURDES. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA
· ALDA CAMPOS BLANCA. ENFERMERO/A. CS DAROCA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
No existen estudios que valoren los actos médicos que conllevan a una iatrogenia importante, principalmente la utilización de fármacos sin control. Los ancianos representan el 70% del gasto farmacéutico. Los estudios muestran un exceso de consumo de fármacos con una media de 4,5-8 fármacos por persona y día (1).
El alto consumo de fármacos supone un índice elevado de efectos secundarios y mortalidad, además de una mala prescripción en la mayoría de los casos. Cada fármaco se puede prescribir por diferentes médicos que condicionan la iatrogenia (1). Existe un principio fundamental en la práctica de la medicina, “primun non nocere”, por el cual no debemos administrar fármacos si no tenemos claro para que lo vamos a utilizar y durante cuanto tiempo lo vamos a mantener.
La mayoría de fármacos presentan efectos adversos, suponiendo un 7% de los ingresos hospitalarios según un metaanálisis realizado por Alonso et al donde analizaban 22 estudios de diversos países que evaluaban los ingresos por efectos adversos de fármacos (EAF). Estos ingresos eran más frecuentes en pacientes >64 años con tasas de ingresos entre el 7,2-16,8%, pudiendo concluir de que los EAF son una causa importante de ingreso (2). En nuestra ZBS presenta prescripción activa 1824 pacientes, de los que 21,48% son >75 años.
Una vez conocidos los resultados del 2017 de este servicio hemos detectado unos % de realización por debajo de los mínimos requeridos, y considerando su importancia en la salud del anciano nos proponemos alcanzar unos índices adecuados de ejecución.
El CS Daroca atiende a 3800 personas, de las que 1400 son >65 años (18,5%)
Tras evaluar con el cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión los datos de “% polimedicados por Enfermería”, el % de revisión de ancianos polimedicados >75 años a los que se les ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería a fecha del 31/12/2018, dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación, en nuestra área de salud ha sido de 5,67%. Factor que debería corregirse.
Estas son las razones por las que desde la ZBS Daroca se considera que es necesario implementar un proyecto que intente mejorar la revisión de los pacientes polimedicados por parte de enfermeria, mejorando el registro en OMI, reduciendo los fármacos prescritos por paciente y, por lo tanto, reduciendo los efectos adversos a fármacos y detectando los fármacos que sean potencialmente peligrosos para este grupo de edad.
Mediante este proyecto se pretende mejorar y alcanzar los indicadores relativos al paciente polimedicado de la ZBS de Daroca y reducir, por tanto, la iatrogenia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivos:
1. Prevenir los riesgos asociados en el empleo de fármacos en el paciente >75 años
2. Promover el trabajo en equipo mediante la coordinación y comunicación entre enfermería y medicina.
Resultados:
1. Alcanzar un % de revisión de pacientes polimedicados >75 años por parte de enfermería del 85% en el año 2018.
2. Alcanzar un % de revisión por parte de medicina de los pacientes derivados por enfermería de un 90%.
Población diana: >75 años que tengan prescripción activa de más de 5 fármacos en ZBS Daroca.
Intervenciones:
1. Revisión por parte de enfermería de todas las historias OMI de pacientes >75 años (programada/demanda) para revisar las prescripciones activas y derivar al médico en caso de se detecten prescripciones inadecuadas para adaptar la medicación en aquellos pacientes que sea posible.
2. Generar Flash en OMI para comunicar a los médicos los pacientes >75 años que precisan revisión de la medicación.
3. El registro se realizará mediante la evaluación de los DGP:
a. Adherencia: DGP “CTMORSKY”
b. Adecuación: DGP “AD_TERA” (adecuación de los fármacos a la historia clínica, dentro de la Valoración de la Concordancia).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermeria de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Al menos dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para informar y revisar la cartera de servicios del paciente polimedicado mayor de 75 años dado a una población envejecida en nuestra zona de actuación y la segunda de la importancia y los efectos que produce la polimedicación en el paciente anciano.
3. Identificación durante todo el año 2018, por parte de enfermería los pacientes mayores de 75 años con más

Proyecto: 2018_0578 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

de 5 fármacos activos y activando Flash para que los médicos puedan actuar adecuando la medicación
4. Optimización del tratamiento.
5. Reuniones semestrales para revisión y evaluación de resultados.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Fuente de datos:
1. OMI
2. e-receta
Indicadores y estándar:
Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envíen desde DAP Calatayud
Evaluación semestral
Alcanzar un 85% de las revisiones de las medicaciones de los ancianos polimedicados en el 2018
Alcanzar 90% de revisiones de medicina derivadas por enfermería

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio: Abril 2018
Fecha finalización: Diciembre 2018

9. OBSERVACIONES.
(1) Blasco Patiño F, Martinez Lopez de Letona J, Villares P, Jimenez AI. El paciente anciano polimedicado: efectos sobre su salud y el sistema sanitario. Información terapéutica del sistema nacional de salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad de España. Vol 29, 2005.
(2) Alonso P, Otero MJ, Fernández M. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. Farmacia Hosp 2002; 26:77-89.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. polimedicado
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1275 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

2. RESPONSABLE ..... PILAR GARCIA REDONDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a un 5% de la población general y a un 14% de mayores de 65 años.
El abordaje de este problema de salud requiere de diferentes intervenciones ejecutadas por un grupo multidisciplinar.Una de estas intervenciones es la educativa,incluida dentro de la cartera de servicios.
La educación para la salud(EPS)enmarcada en el trabajo con grupo,apota ventajas y beneficios como la mejor comprensión de conocimientos,ayuda a cambiar el autoconcepto y autopercepción,facilita las relaciones y mejora las habilidades sociales.
En lo que se refiere a los diabéticos,los abordajes grupales en EPS han puesto de manifiesto la elevada satisfacción y aumento de capacitación para el manejo y control de la enfermedad.
El presente proyecto pretende reflejar la puesta en marcha y la evaluación de la intervención enfermera en EPS grupal llevada a cabo con pacientes diábeticos tipo II en las poblaciones pertenecientes al C.S. Illueca.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1.Que los pacientes adquieran conocimientos acerca de su enfermedad,complicaciones y manejo para el buen control relacionados con:
-Conceptos clave:diabetes,tipos,insulina,páncreas,energía.
-Alimentación:grupos de alimentos,distribución,cantidades...
-Ejercicio físicoimportancia en la diabetes,precauciones,prevención de hipoglucemias..
-Control/autocontrol de los niveles de glucosa:justificación del autocontrol si procede,técnica correcta si procede,horario,frecuencia,interpretación de resultados,registro de datos.En pacientes que no requieran autocontrol,explicar la importancia de acudir a los controles periódicos en consulta.
-Tratamiento con ADO/insulina:tipos,mecanismos de acción,correcta administración..
-Hipo/hiperglucemias:concepto,síntomas,prevención,tratamiento,manejo del glucagón...
2.Que los pacientes expresen una mejor o mayor aceptación de su problema y un adecuado manejo del mismo.
3.Que los pacientes pongan en práctica acciones para el control de su enfermedad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizaran tres sesiones por grupo de 90 minutos cada una,cada grupo no será superior a 12-15 personas.
Se impartirán sesiones teóricas tras las cuales se fomentará la participación del grupo para que expresen dudas,experiencias,opiniones...
Para finalizar,si lo requiere la actividad,se llevará a cabo taller práctico.
Sesión 1: Conceptos clave en diabetes/alimentación
Sesión 2: Ejercicio físico/autocontrol y control en consulta.
Sesión 3; Tratamiento/hipo e hiperglucemias.

Recursos:Pizarra,proyector,material diábetico,material educativo escrito.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Evaluaremos el proyecto mediante:

-Registro de asistencia
-Cuestionarios de evaluación anónimos tras cada sesión
-cuestionarios de satisfacción final.

A los seis meses se evaluaran datos de los pacientes:glucemia,hemoglobina glicosilada,control de peso,número de hipoglucemias.

Indicadores:

-número de asistentes del total de convocados
-número de personas que superan el test de evaluación final tras cada sesión.
-número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones.

Indicadores a los seis meses:

-Número de personas que han mejorado su glucemia
-Número de personas que han mejorado el nivel de hemoglobina glicosilada
-Número de personas que han reducido su IMC
-Número de personas que han reducido complicaciones(hipo e hiperglucemias).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_1275 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Se realizarán sesiones de 90 minutos una vez por semana de entre 12 y 15 personas.Como mínimo se pretende conseguir un grupo por cada municipio,por tanto un mínimo de 21 sesiones.Se preveé que en los municipios de Illueca y Brea de Aragón se origine mas de un grupo.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Diabetes

Proyecto: 2018_0603 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA NAYA MATEU
· 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.
· SOS ROYO BERTA. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· PUERTAS CANTERIA ALFONSO. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· TEJEDOR SAN JOSE ROSARIO. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
· GONZALVO SANCHEZ PASCUAL. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los pacientes con Epoc constituyen una de las líneas estratégicas prioritarias en la AP de Salud por tratarse de una patología con una alta prevalencia y carga de morbimortalidad lo que a su vez repercute en una importante carga social y económica.
La mayoría de los pacientes son especialmente vulnerables por coexistir en ellos además asociados muchas veces otras patologías crónicas (cardio-vasculares, DM, nefropatías, cáncer, desnutrición, infecciones...) o factores asociados como la edad avanzada, déficits cognitivos, pacientes polimedicados o pluripatológicos entre otros factores lo que obstaculiza y empeora el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.
Los pacientes con Epoc precisan tratamiento INTEGRAL lo que comprende tanto medidas generales no farmacológicas (educación sanitaria, cesación tabáquica, actividad física, nutrición, vacunación, rehabilitación espiratoria,comorbilidades,) y farmacológicas.
La intervención educacional es fundamental y debe situarse en el primer escalón terapéutico de la Epoc y corresponde a todos los profesionales sanitarios.
Por todo ello y siendo la Epoc una de las líneas estratégicas prioritarias del SALUD y nuestra zona sanitaria, una zona sanitaria con mucha población mayor con importantes comorbilidades se plantea mejorar el adiestramiento de los autocuidados de los paciente con Epoc incidiendo sobretodo en aquellos que mantienen todavía unas aptitudes mínimas para ello.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
a) Mejorar el seguimiento clínico de la Epoc en el C.S. Morata de Jalón.
b) Conseguir una mejora del pronóstico y calidad de vida y un descenso de la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones, complicaciones e ingresos hospitalarios mediante educación sanitaria.
C) Fomentar la comunicación y el feedback entre los pacientes y el equipo de AP del C.S. de Morata de Jalón.
d) Mejorar la autonomía y la responsabilidad del paciente sobre su salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reforzar o incrementar los conocimientos generales de su enfermedad.
- Reconocer los síntomas de alerta de las reagudizaciones y cómo proceder ante las mismas.
- Optimizar y realizar un uso correcto de los dispositivos inhaladores.
- Introducir en los pacientes habilidades de autoadministración de fisioterapia respiratoria.
- Fuente de datos: Elaboración actualizada de base de pacientes Epoc en OMI de la zona conforme con los criterios de inclusión establecidos (pacientes no dependientes y con accesibilidad al C.S. de Morata de Jalón). Dicha captación la realiza en cada cupo su Médico de AP y su enfermera.
- La actividad se realizará en forma de taller o sesión de educación para la salud grupal.
El número de talleres como es una actividad nueva y que "depende de terceros" se fijará un estándar mínimo para este año de una sesión formativa con un número aproximado de entre 5-10 pacientes Epoc que serán informados y citados mediante llamada telefónica.
El taller durará entre 1-2 horas y constará de dos partes:
Una parte teórica, por medio de una presentación se realizará un abordaje integral de la enfermedad (educación sanitaria, fisioterapia respiratoria...)
Una parte práctica, donde cada paciente traerá su dispositivo inhalador practicando cada uno de ellos de forma individualizada el manejo y uso correcto. Además se les entregará individualmente una hoja explicativa para llevarse a casa como modelo recordatorio a seguir.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Cobertura: Número de Epoc participantes con criterios de inclusión sobre el total de Epoc de la zona.
- Un test de adherencia a los inhaladores (taitest)
- Una encuesta de satisfacción anónima de 10 preguntas para poder valorar duración, contenidos y objetivos adquiridos dejando alguna pregunta abierta para observación, sugerencias y comentarios.
- Posteriormente,al mes, se realizará un seguimiento por su enfermera de cupo en su consulta programada para comprobar y reforzar los conocimientos adquiridos además de resolver las dudas que hubieran podido volver a surgir.
Indicadores y objetivos:
Número de pacientes EPOC con criterios de inclusión que participen en el taller / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 30%.
Número de pacientes EPOC que realizan un uso correcto de los dispositivos / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Obvetivo: 60%
Número de pacientes EPOC con adherencia al tratamiento con inhaladores (taistest) / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 50%.

Proyecto: 2018_0603 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración base de pacientes Epoc conformes a los criterios de inclusión y recogida de datos iniciales en tercer trimestre 2018.
- Valoración actividades realizadas, octubre 2018-marzo 2019.
Evaluación final proyecto, abril 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0122 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VICIOSO ELIPE LOURDES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· IBARZO SANCHEZ CLAUDIO. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· JABBOUR NEEMI ISSA. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· NAYA MATEU YOLANDA. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· JASO GRAU MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
TRAS UN FALLO EN EL APLICATIVO DE E-RECETA POR EL QUE AL NOTIFICAR NUEVAS RAM, NO SE INCLUÍA LA MEDICACIÓN PREVIA, DERIVÓ EN LA COMPROBACIÓN DEL ESCASO NÚMERO DE NOTIFICACIONES REALIZADAS Y CIERTO GRADO DE DESCONOCIMIENTO DE ESTE MÓDULO.
CONTACTAMOS CON EL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA CONOCER LOS DATOS DE NOTIFICACIONES ACTUALES.

CONSIDERAMOS QUE LA NOTIFICACIÓN DE R.A.M. REDUNDA EN UN BENEFICIO EN LA SEGURIDAD CLÍNICA DE NUESTROS PACIENTES POR LO QUE ESTA DEBE SER UNA PRÁCTICA HABITUAL SISTEMATIZADA E INTERIORIZADA COMO UN MECANISMO NORMAL DENTRO DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
MEJORAR LOS REGISTROS DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS TANTO EN TÉRMINOS CUANTITATIVOS COMO CUALITATIVOS.

INCREMENTAR EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA A TRAVÉS DEL MÓDULO DE E-RECETA

ESTE INCREMENTO SE BUSCA EN TODOS LOS CUPOS DEL EAP ASÍ COMO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA SI SE DETECTASEN EN ESTE PERIODO.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
CONTACTO CON SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS NUMÉRICOS DE NOTIFICACIÓN DE NUESTRO EAP EN AÑOS PREVIOS Y A SER POSIBLE SU COMPARACIÓN CON EL SECTOR Y SALUD.
ASÍ COMO LA OBTENCIÓN DE ESTOS DE FORMA TRI/CUATRIMESTRAL

SE REALIZARÁ UNA SESIÓN INICIAL DE PRESENTACIÓN DEL MÓDULO DE E RECTA PARA LA NOTIFICACIÓN ASÍ COMO FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL CORRECTO REGISTRO EN OMI.

DE FORMA CUATRIMESTRAL SE EVALUARÁ LA EVOLUCIÓN EN EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL MENOS DE FORMA GLOBAL Y A SER POSIBLE DIFERENCIADO POR CUPOS.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
NÚMERO ABSOLUTO DE NOTIFICACIONES RAM AL Sº FARMACOVIGILANCIA.

1. INCREMENTO DE AL MENOS 10% RESPECTO A LAS NOTIFICACIONES DEL AÑO 2017

2. LA FUENTE DE DATOS SERÁ EL Sº FARMACOVIGILANCIA QUE APORTARÁ LOS DATOS PRECISOS.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
PRIMER TRIMESTRE DE 2018 REALIZACIÓN DE SESIÓN FORMATIVA PARA LOS MÉDICOS DEL EAP.

PRIMER TRIMESTRE DE 2018: OBTENCIÓN DE DATOS DEL AÑO 2017 DEL Sº FARMACOVIGILANCIA.

JUNIO 2018, PRIMERA EVALUACIÓN DE NOTIFICACIONES REALIZADAS DESDE NUESTRO EAP EN BASE A LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL Sº FARMACOVIGILANCIA.

DICIEMBRE 2018 EVALUACIÓN FINAL.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0122 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Proyecto: 2018_0123 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ NAVARRA VICENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· JABBOUR NEEMI ISSA. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· HUERTAS BADOS MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
· JASO GRAU MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MERINO LABORDA JOAQUIN. MEDICO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Durante su estancia en los colegios la población infantil es susceptible de sufrir tanto accidentes como patologías agudas que requieran una rápida intervención.
Creemos importante que el personal docente que está en contacto con los alumnos adquiera las habilidades necesarias para actuar en situaciones de urgencias hasta la llegada de los servicios sanitarios.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Capacitar al personal docente para la actuación inicial en situaciones de urgencia, hasta la movilización y llegada de los servicios sanitarios correspondientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se realizarán en cada centro educativo, al menos dos sesiones de trabajo de aproximadamente una hora de duración a impartir por personal sanitario del EAP y dedicado al personal docente.
En las sesiones está previsto impartir nociones básicas sobre RCP básica, atragantamiento, atención en primeros auxilios (caídas, heridas, contusiones, convulsión, fiebre...). Se realizará un pequeño simulacro al final, tanto de RCP básica como de atragantamiento .
Se diseñará una encuesta de satisfacción a cumplimentar por los alumnos al final de las sesiones y que al menos abarcará los items suficientes relacionados con objetivos alcanzados, expectativas y metodología empleada.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.
Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)
Fuente de datos: registro de actividades formativas.
Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
En el primer cuatrimestre de 2018, contacto con los centros educativos interesados.
En el primer semestre de 2018, realizar al menos dos sesiones formativas en un centro educativo .
En el último cuatrimestre de 2018 dos sesiones formativas en un centro educativo .
Diciembre 2018 evaluación del proyecto (actividades realizadas y encuestas de satisfacción)
En caso de que así sea requerido el proyecto se podrá prolongar a años venideros.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0560 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

2. RESPONSABLE ..... YAMILETH GUERRERO TOLEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARANDA GRACIA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· PEÑALOSA GARCIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· GASCON BRUMOS JOSE LUIS. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· GOTOR LAZARO JOSE MARIA. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· CARRILLO SORIA SANDRO. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· ABELLO GIRALDEZ EDUARDO. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y poco reversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
Durante el pasado año 2017, nuestro EAP realizó un trabajo importante tanto en prevención y detección del hábito tabáquico como en el tratamiento de la deshabituación tabáquica.
Sin embargo la prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona de salud es baja. Por tanto, en el presente proyecto nos centraremos en el diagnostico precoz de la EPOC, y para ello es necesario la captación activa de toda persona que acude a los servicios sanitarios, mayor de 40 años con factor de riesgo, la generalización de la espirometría como medio diagnóstico y la sensibilización y formación de profesionales en la realización e interpretación de esta prueba con unos criterios de calidad consensuados. La Atención Primaria es el ámbito por excelencia en el que deben desarrollarse estas actividades.
Es decir, se trata de incrementar la detección de pacientes con EPOC. En ese sentido, el estudio EPI-SCAN indica una prevalencia de EPOC en España en población de 40 a 80 años de edad del 10,2%. En nuestra zona de salud la prevalencia de EPOC registrada en enero 2018 es solamente de 1,90%.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo General :
Incrementar la prevalencia de EPOC registrada en la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

Objetivo Especifico:
Realización y valoración de espirometria forzada con broncodilatación a 60 personas mayores de 40 años con factor de riesgo de EPOC (fumador) de la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades de formación:
- Adiestramiento de una enfermera en la realización de espirometrías
- Formación a los médicos en la interpretación de espirometrías
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:
- Captacion activa en consulta de pacientes mayores de 40 años fumadores.
- Citación de pacientes en agenda de Espirometrías .
-Realización de Espirometría forzada con prueba broncodilatadora en todo paciente fumador con o sin síntomas respiratorios .
- Valoración de resultado de espirometría y control por parte de médico y enfermera de atención primaria .

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometria forzada con prueba de broncodilatacion:
- estándar: 60
- fuente de datos: OMI-AP
Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN
- estándar: >0,6
- fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Organización y formación de los profesionales:
- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP
Desarrollo del proyecto:
- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018

Proyecto: 2018_0560 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

- Responsable: La responsable del proyecto

Evaluación:

- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0561 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018. PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PEÑALOSA GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUERRERO TOLEDO YAMILETH. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· GASCON BRUMOS JOSE LUIS. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· ARANDA GRACIA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· GOTOR LAZARO JOSE MARIA. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Desde 1974 en que Marc Lalonde puso de manifiesto los determinantes de salud, sabemos que los estilos de vida y conductas de salud son responsables del 43% de la mortalidad de la población. Se hace pues imprescindible la educación de la población en hábitos saludables como medida eficiente de mejora de la salud y prevención de la enfermedad. Por tanto nos proponemos llevar a cabo en nuestra zona de salud actuaciones educativas sobre la población para mejorar sus conocimientos fundamentalmente sobre hábitos dietéticos saludables y práctica de ejercicio físico y su aplicación a la prevención de una enfermedad en auge como es la osteoporosis.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo general:
Incrementar los conocimientos sobre hábitos saludables en la población femenina de la zona de salud de Villarroya de la Sierra como medida de prevención de la osteoporosis.

Objetivos específicos:
- Incrementar los conocimientos de las amas de casa sobre la osteoporosis
- Conocer los distintos factores de riesgo de osteoporosis y como prevenirlos a través de la alimentación, el ejercicio físico, actitudes posturales, etc.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Charlas dirigidas a la población de amas de casa de Villarroya de la Sierra sobre la osteoporosis, sus factores de riesgo y como prevenirla.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se pasará un test que evalúe los conocimientos sobre osteoporosis antes y después de las charlas.

?(respuestas acertadas en test pre-charlas)/?(respuestas acertadas en test post-charlas) = <1

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Dos charlas a lo largo del año y evaluación al finalizar 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención Comunitaria

Proyecto: 2018_0562 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ARANDA GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEÑALOSA GARCIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· GUERRERO TOLEDO YAMILETH. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· GASCON BRUMOS JOSE LUIS. MEDICO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION PRIMARIA
· AZON LOPEZ ESTHER. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MORALES MERINO YOLANDA. ENFERMERO/A. CS VILLARROYA DE LA SIERRA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La EPOC es una enfermedad crónica frecuente en nuestra sociedad. Los inhaladores se suelen prescribir para ayudar a controlar los síntomas del EPOC, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de exacerbaciones o agudizaciones. Sin embargo, la evidencia indica que muchos pacientes con EPOC no utilizan correctamente el inhalador. Por lo tanto, es importante detectar quienes son esos pacientes y someterlos a un proceso de adiestramiento para que puedan beneficiarse efectivamente del tratamiento con inhaladores.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Objetivo general:
- Disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida en el paciente EPOC
- Objetivos específicos:
  - Detectar a los pacientes EPOC con uso incorrecto de inhaladores
  - Adiestrar en el manejo de inhaladores a los pacientes EPOC que los utilizan incorrectamente.
  - Comprobar objetivamente que los pacientes EPOC que utilizan inhaladores han adquirido las habilidades necesarias para el manejo de los mismos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Actividades de formación:
- Adiestramiento del personal de enfermería en el manejo de los distintos tipos de inhaladores.
- Conocimiento y adiestramiento del personal de enfermería sobre el manejo del test pre y post enseñanza del uso de inhaladores
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:
- Captación activa en consulta de pacientes EPOC que utilizan inhaladores.
- Citación de pacientes en agenda programada de enfermería .
- Realización al paciente de un test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades de uso de inhaladores.
- Sesión de adiestramiento al paciente sobre el manejo de los inhaladores que utiliza .
- Realización al paciente nuevamente del test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades del uso de inhaladores para comprobar objetivamente el adecuado progreso en el manejo los mismos.
- Registro de los pacientes que han sido adiestrados en el manejo de inhaladores

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de pacientes EPOC que usan inhaladores que han sido adiestrados en el uso de los mismos: (Pacientes adiestrados/Pacientes EPOC que utilizan inhaladores) * 100
- estándar: 80%
- fuente de datos: OMI_AP

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Organización y formación de los profesionales:
- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP
Desarrollo del proyecto:
- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto
Evaluación:
- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable del proyecto

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0562 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. EPOC

Proyecto: 2018_0460 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA BERNAL FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION CONTINUADA EN AP
· HERNANDEZ GIL RUTH. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION CONTINUADA EN AP
· BARRIENDO ORTILLES CERES. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION CONTINUADA EN AP
· CAUSAPE GRACIA SARA. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION CONTINUADA EN AP
· JILAVEANU CORINA MARIA. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION CONTINUADA EN AP
· MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION CONTINUADA EN AP
· SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La faringitis o faringoamigdalitis es uno de los motivos asistenciales más frecuentes de consulta en Atención continuada y una de las razones por las cuales se prescribe antibiótico. El principal agente responsable entre las causas bacterianas es el STP Pyogenes o STP Betahemolítico del grupo A.
Las escalas de valoración clínica (Criterios de Centor)son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se debe practicar la técnica de detección rápida de Ag estreptocócico (TDR) dicho test presenta una Sensibilidad y Especificidad superior al 90% y un VPN del 98%, sin su empleo, se tiende a sobrediagnosticar faringoamigdalitis aguda con la consiguiente precripción innecesaria de antibiótico.
Actualmente disponemos en nuestro centro de salud Alere TestPack StrepA con una Sensibilidad:97% y Especificidad del 98.4%..

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Dagnóstico de faringitis estreptocócica grupo A mediante test a todos los pacientes que acuden a nuestro CS con dos o más criterios de Centor.

-Diagnóstico diferencial de faringoamigdalitis aguda por Streptococo B hemolítico del grupo A o Streptococcus pyogenes del resto de faringoamigdalitis (víricas, STP grupo C y G, anaerobios..)

-Tratar de forma eficiente faringoamigdalitis aguda y optimización de uso de Antibiótico.

-Evitar el contagio por STP betahemolítico del grupo A, en la comunidad para romper la cadena epidemiológica.

-Disminuir la resistencia antimicrobiana en la comunidad al tratar unicamente las indicadas.

-Disminuir la variabilidad diagnóstica.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Elaborar el proceso clínico- asistencial del paciente con faringoamigdlalitis aguda en todo paciente que acuda al centro de salud en horario de Atención Continuada. En niños menores de 4 años, es muy común la etiología viral. Además, la prevalencia de portadores de EBHGA es alta y la identificación estreptocócica con la prueba del Strep A carece de significado. Si hubiese alguno de los criterios suplementarios, podría considerarse hacer una determinación de Strep A:
Brote comunitario por EBHGA.
Paroniquia.
Impétigo.
Lengua en frambuesa.
Rash escarlatiniforme
2.Presentación de dicho proceso a todos los profesionales del EAP Norte, Sur, SUAP y Atención Continuada .
3.Solicitar a la Dirección Atención Primaria Kits de Streptococo beta Hemolítico
4. Elaborar una infografia con los criterios diagnósticos y el tratamiento indicado,que sirva como referencia a los profesionales en las salas de urgencia.
5. Elaborar una hoja de registro con
Los datos de identificación del paciente, nombre, edad, sexo,
Alergias farmacológicas.
Criterios de Centor.
Tratamiento antibiótico.
Toma de antibiotico previo.
Presencia de cuadro de faringoamigdalitis en contexto familiar.
Nueva consulta posttratamiento.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Proyecto: 2018_0460 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

INDICADOR 1: % Profesionales sanitarios que asisten a la sesión clínica de presentación del proceso.
Valor a alcanzar : 60%.
limite superior: 100%
Limite inferior : 50%

INDICADOR 2: % de pacientes que presentan síntomas de faringoamigadalitis aguda con 2 o mas criterios de Centor a los que se les ha realizado el test.
Valor a alcanzar 90%
Limite superior: 100%
Limite inferior 80%.

INDICADOR 3: % Pacientes a los que se la ha realizado test STP A y su resultado ha sido positivo.
Valor a alcanzar: 75%
Límite superior :83%
Límite inferior: 45%

INDICADOR 4: % Pacientes menores de 14 años con prescripción de penicilina V, o fenoximetilpenicilina y diagnostico de faringoamigdalitis estreptocócica aguda / los pacientes pediátricos con prescripción de cualquier antitibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda.
Valor a alcanzar mayor de 90%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 80%

INIDICADOR 5 % de pacientes que han acudido a la consulta de su médico de familia y/o pediatra en los primeros 7 días por este motivo.
Valor a ancanzar :25%
Límite superior: 30%
Límite inferior: 5%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de inicio : Mayo 2018
Sesión informativa: 1º quincena de mayo 2018
Solicitud de Kit: 1ª quincena de mayo 2018
Hoja de registro: 1:ª quincena de mayo 2018
Infografía::1ª quincena de mayo 2018
Captación de pacientes: desde 2ª quincena de mayo 2018 hasta final diciembre de 2018

Evaluación intermedia : Octubre 2018

Fecha prevista de finalización : 2ª quincena de diciembre de 2018

Evaluación final . 2ª quincena de diciembre de 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0018 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE ..... JOSE CODES GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE LUCAS BARQUERO ARIADNA. FARMACEUTICO/A. DAP CALATAYUD. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· ARTO LABORDA MARIA ANGELES. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. NEFROLOGIA
· ETAABOUDI SAMIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. NEFROLOGIA
· DIGON SANMARTIN LUIS. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que puede afectar, en sus diferentes estadios, a cerca del 10 % de la población española. Supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al Sistema Nacional de Salud.
En Aragón, el 8% de los hombres y el 5% de las mujeres mayores de 64 años, sufren una ERC, siendo en este Sector el porcentaje un poco más elevado, el 9% en los hombres y el 5,6% en mujeres

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1 Conocer la prevalencia de la ERC en el Sector en adultos entre 18 y 80 años de ambos sexos
2 Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana
3 Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
4 Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
5 Mejorar la continuidad asistencial de estos pacientes entre ambos niveles de AP/AE

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACCIONES
1 Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI de ERC (CIAP U99)
2 Confirmar el diagnóstico de ERC
3 Evaluación y seguimiento de la ERC: Tensión Arterial, Albuminuria, Filtrado glomerular, HbA1c, LDL-colesterol, Metabolismo óseo-mineral (Ca, P, Vit.D)
4 Valoración de la progresión de la ERC
5 Revisión de pacientes con terapia triple Wammy
FORMACION:
- Difusión por los EAPs del sector del proyecto
- Sesiones clínicas de las GPC de ERC basadas en la evidencia
INVESTIGACIÓN:
- Elaboración de un estudio de investigación sobre la ERC por parte de los miembros del proyecto
RECURSOS:
- Soporte informático y ofimático
- Explotación del cuadro de mandos
CAMBIOS PREVISTOS:
- Conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector.
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.
- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre el Servicio de Nefrología del HELL y la AP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES Y ESTÁNDARES
1 Prevalencia de la ERC (9%)
2 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (60%)
3 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el grado de Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (40%)
4 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado la albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
5 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el rango de albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
6 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC, que tienen registradas al menos tres tomas válidas de tensión arterial (80%)
7 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA y la albuminuria (45%)
8 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)
9 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES que tienen una HbA1c = 7% en los últimos 6 meses (30%)
10 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado un LDL-Colesterol en los últimos 12 meses (70%)

Proyecto: 2018_0018 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

11 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC que tienen un LDL-Colesterol < 100 mg/dl en los últimos 12 meses (44%)
12 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de calcio en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)

3
13 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de fósforo en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
14 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de vitamina D (25-OH- D 3) en sangre venosa en los últimos 12 meses (40%)
15 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una progresión de la enfermedad en los últimos 24 meses (<5%)
16 Número de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una triple terapia Wammy en el periodo de evaluación (<80%)
EVALUACIÓN
Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017
Estructura
- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la ERC, participación, actividad del grupo del proyecto
Proceso
- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores
Resultado
- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
I TRIMESTRE
- Formación del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso
II TRIMESTRE
- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas
- Despliegue
III TRIMESTRE
- Monitorización. Cortes de indicadores
IV TRIMESTRE:
- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados
- Evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato génitourinario
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0030 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SINDROME DEL PIE DIABETICO Y OTRAS

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORCAL AZNAR JAVIER. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· GARCIA TEJADA MARGARITA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· JUSTE SERAL MARIA MAR. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA
· GIL MOSTEO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. RECURSOS MATERIALES
· LOZANO SERRA MARIA AZUCENA. ADMINISTRADOR/A. DAP CALATAYUD. RECURSOS MATERIALES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La cura de heridas crónicas es una de las tareas asistenciales que más recursos ocupan en la atención sanitaria, sobre todo para enfermería.
La prevalencia de las úlceras vasculares oscila entre el 0,10% - 0,30%, su incidencia es entre 3 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Destaca su alta cronicidad y recidiva, de las cuales entre el 40- 50% permanecerán activas entre seis meses y un año, y un 10% alcanzarán hasta los 5 años de evolución.

Las úlceras en el pie diabético son el principal factor de riesgo de pérdida de extremidad en estos pacientes y primera causa de amputación no traumática en el mundo, produciendo una gran carga personal, familiar y social y elevados costes económicos del sistema de salud.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Conocer la prevalencia y etiología de las HC atendidas en AP del Sector Calatayud.
2. Difundir el programa de la logística interna y externa de los materiales sanitarios.
3. Implementar el protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC.
4. Aumentar el registro de los cuidados de enfermería de las HC en OMI-AP.
5. Mejorar la calidad de vida de las personas que presentan una HC y de su entorno familiar.
6. Disminuir el tiempo de cicatrización de la lesión.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACCIONES:
1. Formación de un grupo de trabajo integrado por profesionales de AP y AE.
2. Establecer el circuito reglado señalado en el proyecto Unidad de pie diabético en Aragón.
3. Planificar sesiones en todos los EAP, para la difusión informativa de la logística del material sanitario.
4. Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las HC.

CAMBIOS PREVISTOS:
1. Implementación del protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC en el Sector.
3. Sensibilizar a los profesionales en la correcta práctica clínica y el uso óptimo de los recursos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES:
• % de EAP en los que se ha presentado el programa de la logística interna y externa del material necesario para la prestación de la asistencia sanitaria, del Sistema Aragonés de Salud, en el periodo de estudio (100%)
• % de EAP en los que se ha presentado el protocolo de prevención y tratamiento de LPP y HC del Sector, en el periodo de estudio (100%)
• % de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado la revisión del pie diabético, en el periodo de estudio (80%)
• % de pacientes inmovilizados, dependientes, terminales y crónico complejos a los que se les ha valorado el riesgo de ulceración, en el periodo de estudio (80%)
• % de pacientes con HC activas con registro en episodio de úlcera por decúbito (S97) o úlcera miembros inferiores, excepto las de decúbito (S97/707.1) (80%).
• % de pacientes con heridas crónicas en extremidades inferiores a los que se les ha realizado el diagnóstico diferencial según su etiología arterial o venosa (60%)
• % de pacientes con diagnóstico de úlcera venosa, que han sido tratados con terapia compresiva (40%)
EVALUACIÓN:
Periodo de evaluación: Enero- Diciembre 2017
Estructura:
Actividad del grupo de trabajo, sesiones formativas e informativas de difusión del protocolo.
Proceso:
Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores.
Resultado:
Evaluación final y memoria del proyecto en enero de 2019.

Proyecto: 2018_0030 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SINDROME DEL PIE DIABETICO Y OTRAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Iº TRIMESTRE:
- Formación del grupo de trabajo.
- Sesiones informativas y de difusión del programa de logística del material sanitario

IIº TRIMESTRE:
- Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las LPP y HC.
- Implementación del protocolo de atención a las LPP y HC.

IIIº TRIMESTRE:
- Monitorización.

IVº TRIMESTRE:
- Recogida y aclaración de sugerencias planteados.
- Evaluación final.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. HERDAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0029 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

2. RESPONSABLE ..... ARIADNA DE LUCAS BARQUERO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BUENO PASCUAL MARGARITA. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· CODES GOMEZ JOSE. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA
· COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. REUMATOLOGIA
· SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Osteoporosis (OP), factor de riesgo para sufrir fracturas por fragilidad, representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y a las repercusiones sociosanitarias y económicas que supone. Tras un análisis de la situación detectamos que el Sector de Calatayud es el que tiene un mayor porcentaje de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos (prescripción activa) para la OP de todo Aragón (3,8%/1,78%, existiendo, además, una gran variabilidad entre los EAPs. Económicamente, las prescripciones activas de fármacos para la OP supuso en el Sector de Calatayud el 2,64% del gasto total del Sector. Desconocemos datos sobre el tratamiento de la OP en otros grupos de población (rangos de edad, sexo)

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Identificar la población con riesgo incrementado de fracturas por fragilidad
2. Conocer la prevalencia de la OP en adultos entre 40 y 85 años de ambos sexos
3. Conocer la prevalencia de la OP en mujeres postmenopáusicas
4. Conocer la prevalencia de OP en pacientes con tratamiento prolongado de corticoides orales
5. Conocer la prevalencia de la OP densitométrica
6. Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
7. Mejorar la continuidad asistencial entre ambos niveles de AP/AE
8. Evitar la utilización de fármacos para la OP en pacientes que no cumplan criterios de tratamiento
9. Educación para la salud en OP: caídas, fracturas y fragilidad

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
ACCIONES
1. Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI-AP de OP (CIAP L95)
2. Revisión del índice FRAX en pacientes con diagnóstico de OP
3. Revisión DMO en pacientes con diagnóstico de OP
6. Revisión de pacientes con prescripción activa de fármacos para la OP
7. Revisión y análisis del tratamiento para la OP de los pacientes de 40 a 65 años que no cumplen criterios (n=303)
5. Revisión y actualización del protocolo de OP de OMI-AP
8. Análisis cuantitativo de fármacos para la OP en el sector

FORMACION
- Difusión por los EAPs del sector del proyecto.
- Sesiones clínicas difundiendo las GPC de OP basadas en la evidencia
- Educación para la salud: Reunión/sesión con pacientes con OP

INVESTIGACIÓN
- Elaboración de un estudio de investigación sobre la OP por parte de los miembros del proyecto

RECURSOS
- Soporte informático y ofimático
- Explotación del CM-Farmacia y OMI-AP

CAMBIOS PREVISTOS
- Conocimiento de la OP y sus factores de riesgo por parte de los profesionales del Sector
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes
- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre AE y la AP

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
INDICADORES
1. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (8%)
2. % de mujeres entre 45 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (18%)

Proyecto: 2018_0029 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

3. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado el índice FRAX en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
4. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
5. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tengan valorado el rango de la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
6. % de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación(<1.78%)
7. % de pacientes entre 40 y 85 años diagnosticados de OP y tratamiento prolongado de corticoides orales en el periodo de evaluación (<50%)

EVALUACIÓN:
Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017
Estructura:
- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la OP, participación, actividad del grupo del proyecto
Proceso:
- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores
Resultado:
- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Iº TRIMESTRE
- Constitución del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso
IIº TRIMESTRE
- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas
- Despliegue
IIIº TRIMESTRE
- Monitorización. Cortes de indicadores.
IVº TRIMESTRE
- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados.
- Evaluación final

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Uso Racional del Medicamento

Proyecto: 2018_0337 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTA Y ANATOMIA PATOLOGICA EN EL Sº DE ADMISION DEL HOSP. ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN ARTAL GOMEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA ORERA MARIA SOL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. ADMISION Y DOCUMENTACION
· LOPEZ GARCIA CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. ADMISION Y DOCUMENTACION
· FORTEA GRAN SONIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. ADMISION Y DOCUMENTACION
· DORADO ALVARADO PURIFICACION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La elevada rotación por diversos motivos el personal temporal y las incorporaciones a través de OPES de personal fijo, provocan la incorporación de trabajadores fijos que pueden no tener experiencia alguna en el trabajo específico a desarrollar. Esto hace que exista un periodo más o menos largo de tiempo en que el personal no puede desempeñar su trabajo con la máxima eficacia, provocando periodos más o menos largos de ineficiencia.
Hará posible la polivalencia del personal del Servicio de Admisión al disponer de un soporte, que facilite el desempeño puntual de esas funciones por los trabajadores adscritos a otras unidades de admisión.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un manual en el que se expliciten la mayor parte de procesos y procedimientos que el personal administrativo debe manejar en su día a día, de manera que disponga de un soporte documental que complemente el acompañamiento de una compañera “veterana” mientras se le instruye en el nuevo puesto de trabajo, reduciendo su incertidumbre y tiempo de formación inicial.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Recogida de los procesos y procedimientos más habituales que realiza el personal administrativo de esos servicios.

.Hacer un benchmarking somero con lo que conocemos de otros centros del SALUD.

.Conservar un documento que refleje la labor diaria del administrativo.

.Difusión del documento en los Servicios y entrega a todas las nuevas incorporaciones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia física del manual en un formato sencillo y manejable para el profesional

- Disponibilidad del mismo en los Servicios.

- Entrega al 100% de las nuevas incorporaciones.

- Protocolo de revisión anual del mismo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primer y segundo trimestre 2018:
Recogida de bibliografia, mantenimiento de reuniones de equipo y elaboración de primer borrador de documento.
- Tercer trimestre 2018:
Emisión de documento definitivo, aprobación por comisión de dirección del centro y difusión en el hospital a través de intranet e impresión en todos lo servicios.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0557 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MUÑOZ PEÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ TARANCON RICARDO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· MALO YAGÜE MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· PAJARES BERNAD ISABEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
· ESCOBAR RAMON MARIA JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· ARTOS LABORDA MARIA DE LOS ANGELES. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· ETABOUDI SAMIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Se ha considerado llevar a cabo este proyecto al detectar la falta de muestras de gasometrías de peticiones de Atención Especializada, cuya extracción del resto de muestras se había realizado en Atención Primaria.
Para realizar una correcta interpretación de los resultados de gases sanguíneos, la extracción de la muestra no puede ser ambulatoria sino hospitalaria; por ello, ante la solicitud de gasometría arterial y/o jeringa venosa deberá remitirse al paciente al hospital para realizar la extracción. Esta situación implica que los pacientes tengan que desplazarse en dos ocasiones al hospital, el día de la extracción y el día de la consulta. Teniendo en cuenta que el análisis de gases debe realizarse inmediatamente a la extracción, y los resultados están disponibles en apenas 15 minutos; consideramos oportuno ofertar a los pacientes la posibilidad de realizar una primera extracción en su centro de salud de todas las muestras excepto la de la gasometría, la cual se llevará a cabo en el laboratorio del hospital el mismo día de la consulta externa.
Con este modo de actuación, el paciente tendrá que desplazarse al hospital una única vez, enorme ventaja principalmente para la población anciana, la cual es mayoritaria en las solicitudes de gasometrías. El posible inconveniente es que serán precisas dos punciones; por ello, el paciente que así lo desee, podrá continuar yendo al hospital, días previos a la consulta, para la extracción de todas las muestras en una única punción.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal del proyecto es garantizar que todos los pacientes de Atención Especializada con solicitud de gasometría sanguínea, se presencien en consulta con los correspondientes resultados.
Además, este objetivo principal se conseguirá a través de una mejora asistencial, al ser los propios pacientes quienes eligen, según sus requerimientos, el modo de extracción de la muestra de gasometría.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para lograr los objetivos previstos, el laboratorio ha contactado con los facultativos especialistas de las diferentes especialidades para informar del propósito de la mejora asistencial, acordándose que será preciso la solicitud de los diferentes parámetros determinados en la muestra de gasometría sanguínea en una petición distinta al resto de parámetros que se desee evaluar. Además, se informará a Atención Primaria y Atención Especializada a través de una nota informativa de las siguientes indicaciones: “El laboratorio del hospital Ernest Lluch ofrece a los pacientes con peticiones analíticas procedentes de Atención Especializada de este mismo hospital y que precisen de extracción hospitalaria únicamente por la muestra de gasometría, la posibilidad de realizarse la extracción en su centro de salud de todas las muestras, excepto la gasometría. La extracción de la muestra de gasometría se llevará a cabo de forma urgente el mismo día de la consulta externa, debiéndose presentar el paciente en el laboratorio del hospital al menos 45 minutos antes de la hora de la citación médica”.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
El indicador para monitorizar el proyecto será “Falta muestra de gasometría”. Se contabilizarán y evaluarán mensualmente las muestras de gasometrías procedentes de Atención Especializada que no son extraídas. Se fija como estándar un valor < 5%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Las actividades previstas para conseguir una mejora asistencial y obtener el menos número posible de “falta muestra de gasometría” de Atención Especializada, serán implantadas por el Responsable de Calidad del laboratorio y por el facultativo especialista responsable de las gasometrías sanguíneas. La fecha prevista para el inicio del proyecto será el 1 de mayo de 2018, siendo indefinida la aplicación de las actividades, siempre y cuando no aparezcan inconvenientes una vez iniciado el desarrollo del proyecto.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0557 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diversas patologías
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Proyecto: 2018_0558 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA ESTEVE ALCALDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· GONZALEZ TARANCON RICARDO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· SANCHEZ REMACHA BLANCA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· SANZ FOIX PERFECTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· RAMO ORTIZ MARIA CARMEN. TCAE. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital Ernest Lluch gestiona la realización de las pruebas funcionales endocrinas, pero no se dispone de un procedimiento que recoja los protocolos de las principales pruebas dinámicas. La elaboración de un documento consensuado entre el Laboratorio y la Unidad de Endocrinología de nuestro hospital facilitará el desarrollo adecuado, sistematizado y estandarizado de las pruebas funcionales endocrinológicas.
Entre los puntos a definir en el procedimiento destacar el consentimiento informado o información que se le proporciona al paciente acerca de la prueba, ya que con su implementación garantizaremos que el paciente reciba la información adecuada para valorar la conveniencia de someterse a las intervenciones asistenciales que se le proponen.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es desarrollar un protocolo para la realización y gestión de las pruebas funcionales endocrinológicas realizadas en el Laboratorio del Hospital Ernest Lluch con el fin de mejorar la calidad del proceso y aumentar la seguridad del paciente.
Entre los objetivos secundarios estarían:
• exponer en un documento normalizado los protocolos de las principales pruebas funcionales realizadas en el Laboratorio
• proporcionar información completa sobre las pruebas dinámicas que se realizan en nuestro laboratorio para conseguir una mejor utilización del laboratorio clínico
• lograr una mejor comunicación con los pacientes
• reflejar en un documento oficial la autorización del paciente para someterse al procedimiento diagnóstico

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Reunión inicial entre el Laboratorio y la Unidad de Endocrinología para definir las pruebas funcionales a incluir en el protocolo.
• Elaborar un documento que incluya el fundamento de la prueba, el procedimiento y sus limitaciones.
• Preparar un formulario de información y consentimiento informado para cada prueba funcional recogida en el procedimiento.
• Presentar el Protocolo de Organización de las Pruebas Funcionales en la Unidad de Calidad del Sector.
• Presentar en la Comisión de Historias los modelos de consentimientos informados para su inclusión como documento de la historia clínica.
• Sesión formativa al personal de enfermería del Laboratorio.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Número de pruebas funcionales solicitadas no incluidas en el protocolo
2. Número de pacientes que no presentan el CI en el momento de la extracción
3. Número de pacientes que acuden a realizarse la prueba con preparación insuficiente
4. Problemas en la toma de muestra (no extracción de muestra en el tiempo X de la prueba, no finalización de la prueba por indisposición del paciente,…)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Definir las pruebas funcionales a incluir en el protocolo: segundo trimestre de 2018
- Elaboración del procedimiento de pruebas funcionales: tercer y cuarto trimestre de 2018
- Elaboración del cosentimiento informado: tercer y cuarto trimestre de 2018
- Revisión, aprobación y difusión en el Sector: Primer trimestre de 2019
- Recogida de indicadores y seguimiento: mensualmente desde su implantación.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0558 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0332 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... LAURA CARNICERO GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALONSO SALAS REBECA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· ORTIZ ENCISO MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· JUDEZ LEGARISTI DIEGO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEREZ PASCUAL LETICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· URIARTE PINTO MOISES. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA
· JIMENEZ IHUARBEN CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. QUIROFANOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La hemorragia masiva (HM), continúa teniendo una elevada morbimortalidad en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y obstétricos. Para mejorar los resultados y disminuir la morbimortalidad relacionada con la HM son imprescindibles un diagnóstico y tratamiento precoz lo que requiere una rápida respuesta por parte del equipo multidisciplinar (anestesiólogos, cirujanos y enfermería) que participan en el proceso. Dentro de las principales causa de mortalidad en la hemorragia masiva perioperatoria está el retraso en la administración de medidas y fármacos para el control de la hemorragia. Son numerosas sociedades(SEDAR, ESA; SEMICYUC,etc…) las que recomiendan la necesidad de implantación y estandarización de protocolos de hemorragia masiva dentro de los cuales se incluyen además del rápido control del sangrado y la rápida administración de componenetes sanguíneos (concentrados de hematíes, plasma fresco congelado y plaquetas), la admisnitración de otra serie de fármacos que puedan ayudar al control del sangrado y reducir la coagulapatía.
En hospitales con recursos humanos limitados como el nuestro la rápida actuación puede verse demorada lo que supone un aumento de riesgo para el paciente en shock hemorrágico. Es por ello por lo que consideramos fundamental la optimización de los recursos en esa situación crítica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Unificar en un único lugar de almacenamiento todos los fármacos que pudieran ser precisos en el tratamiento de una hemorragia masiva.
- Disminuir el tiempo de demora de administración de estos fármacos ante una situación vital.
-Disminuir el tiempo de búsqueda de fármacos invertido por la persona encargada en proporcionar estos medicamentos al anestesiológo y poder así estar disponible con la mayor brevedad posible para otras funciones requeridas en esta situación vital.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1.Se realizarán entrevistas-reuniones con los miembros del servicio de Anestesia del hospital, así como con Supervisora de quirófano y responsable de Farmacia del citado hospital para decisión:
- Fármacos imprescindibles en el PACK DE HEMORRAGIA MASIVA.
- Lugar más idóneo de almacenamiento.
2. Se procederá a la realización del Pack con los medicamentos consensuados.
3.Una vez formalizado el PACK se procederá a la difusión de la información por parte de la Supervisora de quirofáno a todo el personal de quirófano.
4. Revisión periódica de los fármacos: caducidades, estado, etc por parte de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Uso del pack ante una situación de hemorragia dentro de quirófano: SI o NO.
- Valoración por parte del profesional que haya usado el pack de HM mediante entrevista por cualquier miembro del proyecto. En esta entrevista se registrará si realmente considera una mejora la unificación de todos los fármacos en un pack y si cree que ha disminuído el tiempo de demora en la administración de estos productos contribuyendo así a la disminución de las complicaciones de una hemorragia.
- Evaluación mensual del estado y caducidades de los fármacos constituyentes del pack.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Consensuación sobre fármacos necesarios en el pack: próximas semanas.
Realización del pack de HM: tan pronto como se hayan decidido los elementos que lo constituirán.
Seguimiento del estado de los fármacos del pacK: mensualmente.

La duración del proyecto será indefinida si tras la evaluación se considuera una mejora de actuación ante hemorragia masiva.

Proyecto: 2018_0332 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. hemorragia perioperatoria
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1207 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

2. RESPONSABLE ..... MARTA ORTIZ ENCISO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALONSO SALAS REBECA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· JUDEZ LEGARISTI DIEGO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· PEREZ PASCUAL LETICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La generalización del protocolo preoperatorio para todos los pacientes conlleva la realización innecesaria de muchas pruebas complementarias.
Es necesaria la elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio, de acuerdo a los protocolos de la Sociedad Española de Anestesiología, adecuado a la edad y comorbilidad el paciente programado para cirugía electiva, con el consiguiente ahorro de recursos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Disminuir la solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio.
-Alivio de la sobrecarga de los servicios de Cardiología, Laboratorio y Radiología, disminuyendo la lista de espera de estas pruebas, del servicio que los realiza y de los facultativos que los informan.
-Disminuir la yatrogenia sobre el paciente, disminuyendo la realización de pruebas radiológicas innecesarias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración del protocolo por los miembros del servicio de Anestesiología, de acuerdo a la edad, comorbilidad del paciente tipo de cirugía programada.
- Puesta en común con los responsables de los distintos servicios quirúrgicos del hospital.
- Difusión de manera gráfica y sencilla para facilitar la adherencia al protocolo por los distintos servicios quirúrgicos del hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de disminución del tiempo de espera para la realización de pruebas radiológicas, electrocardiograma y laboratorio.
- % de disminución del número de pruebas solicitadas respecto al ejercicio actual.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Junio 2018 a Mayo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología quirúrgica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Adecuación

Proyecto: 2018_0137 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ALERGICO AL LATEX EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION

2. RESPONSABLE ..... MARIA FELICIA MUÑOZ CASADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZAPATA LOPEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION
· RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MARTINEZ DELGADO ROBERTO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
· CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· ALONSO SALAS REBECA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
· URIARTE PINTO MOISES. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El látex o goma natural, es la savia lechosa que se obtiene del árbol HEVEA BRASILIENSIS, que tras un proceso de transformación y gracias a sus propiedades elásticas es empleado en diversos productos usados con frecuencia en el medio hospitalario.
En el mercado hay más de 40.000 artículos que contienen látex.
El aumento de la prevalencia en la sensibilización al látex desde los años 80 ha sido constante, hasta situarse en la segunda causa más frecuente de anafilaxia en el área quirúrgica-anestésica.
La medida más segura que existe para un paciente alérgico al látex es evitar su exposición y paradójicamente, es el medio hospitalario el lugar más peligroso para este tipo de pacientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Establecer medidas estandarizadas de actuación ante un paciente alérgico al látex mediante la implantación de este procedimiento.
Este, se aplicará también a pacientes con sospecha de alergia al látex, aunque no se haya confirmado el diagnóstico definitivo.

Objetivos específicos:

1. Resaltar la importancia de una correcta identificación de los pacientes alérgicos al látex (en la propia historia clínica, con carteles informativos…).
2. Conseguir en el hospital Ernest Lluch un entorno libre de látex para dichos pacientes.
3. Concienciar a todo el personal sanitario y no sanitario de las normas de actuación y de las medidas a tomar ante un paciente alérgico al látex en todo el ámbito hospitalario.
4. Saber identificar la naturaleza de la reacción si ésta aparece.
5. Protocolizar la actuación a seguir ante una situación de shock anafiláctico por alergia al látex.
6. Disponer de un listado de material y fármacos actualizado donde conste si contienen látex o no.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Aprobación del documento definitivo "Procedimiento de actuación ante un paciente alérgico al látex en el hospital Ernest Lluch".
- Difusión del procedimiento : Intranet hospital, reuniones informativas con supervisoras de Unidad y Jefes de Servicio.
- Formación mediantes sesión clínica hospitalaria dirigida a todo el personal.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Nº pacientes alérgicos al látex intervenidos quirúrgicamente.
2. Nº de intervenciones suspendidas por falta de previsión ante la alergia al látex.
3. Eficacia del procedimiento: Nº de pacientes tratados en el hospital (quirófano, urgencias…) sin complicaciones, derivadas de la alergia al látex.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implantación y difusión: 2º y 3er trimestre del 2018
Evaluación de resulatados: 4º trimestre del 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

Proyecto: 2018_0137 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ALERGICO AL LATEX EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION

·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ALERGIAS
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0010 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL ALQUEZAR GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GRACIA CABALLERO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· ALAMEDA SERRANO JAVIER. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· RODRIGO BLASCO MARIA PILAR. TCAE. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· RICOTE MOROS ANA PILAR. TCAE. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad los registros de enfermería tienen una gran importancia en el expediente clínico.
Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que forman parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y la comunidad.
Un buen registro de enfermería constituye un instrumento esencial para obtener la información necesaria del paciente y permite aplicar unos cuidados enfermeros de calidad. A su vez, son documentos legales y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal.
Debido a su inexistencia actualmente y por lo expuesto anteriormente, es necesario elaborar unos registros enfermeros para las diversas pruebas realizadas en la unidad de Cardiología y cubrir la necesidad detectada por parte de los profesionales, de adquirir información del paciente que es necesaria para la realización de éstas.
Serán documentos oficiales del hospital donde se registrará la evolución y los cuidados administrados al paciente durante el desarrollo de la prueba.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica, que sean sencillos y rápidos de cumplimentar y que permitan la recogida de datos de manera objetiva por el profesional de enfermería, siendo éstos, fáciles de interpretar por otros profesionales.
- Documentar de manera precisa los pasos que se han seguido en todo el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.
- Estandarizar los cuidados de enfermería en estas situaciones

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1) Actualización en las diversas pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que se realizan en la unidad de Cardiología del Hospital Ernest Lluch con la búsqueda bibliográfica en las diversas revistas biomédicas y protocolos de unidades de Cardiología de diferentes centros hospitalarios de España.
2) Entrevistas con los profesionales de enfermería del servicio para comprobar por qué no se realizan registros de enfermería.
3) Entrevistas con el equipo de la unidad de Cardiología para valorar los antecedentes personales y médicos que son necesario obtener del paciente, así como la información que es necesaria registrar durante la consecución de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
4) Elaboración de hojas de registro adecuadas para las diferentes pruebas que sean sencillas y rápidas de cumplimentar, con las cuales se facilite al personal la consecución de los cuidados de enfermería a partir de los datos recabados en las entrevistas y búsqueda bibliográfica.
5) Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínica y Continuidad Documental del centro hospitalario y Calidad Asistencia..
6) Implantación de hojas de enfermería en las pruebas de Cardiología.
7) Presentación de los nuevos registros a todo el personal del servicio de Cardiología.
8) Presentación de resultados posteriores a los profesionales de la Unidad de Cardiología y a la dirección del centro hospitalario tras evaluación de muestra de historias aleatorias de pacientes a los cuales se les ha realizado algún tipo de prueba especial en el servicio de Cardiología.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador 1:
Numerador: nº pacientes con registros de enfermería realizados correctamente que se encuentran en su historia clínica.
Denominador: nº de pacientes a los que se les realizan pruebas especiales en cardiología tras la implantación de las hojas de registro de enfermería. Y el resultado de esto por 100.
Estandar: 95-100%
Observaciones: Muestra aleatoria de 25 historias.

Indicador 2:
Entrevista con los profesionales de enfermería para valorar si facilita el trabajo a este profesional y si se estandarizan los cuidados de enfermería aplicados durante las pruebas.

Proyecto: 2018_0010 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer Trimestre de 2018: Se realiza búsqueda bibliográfica.
Reuniones con todos los integrantes del equipo de cardiología.
Se realiza primer borrador de Hoja de registro de enfermería.
Segundo Trimestre: Se realiza segundo borrador de la Hoja de registro de enfermería con las modificaciones pertinentes y se presenta a la comisión de historias clínicas y continuidad documental del centro hospitalario.
Se aprueba el uso del nuevo registro, se da a conocer al personal de Cardiología y se implanta.
Tercer trimestre: Se sigue utilizando el nuevo registro.
Cuarto trimestre: Se analiza una muestra al azar de historias clínicas y se adquieren los resultados. Tras ello, se dan a conocer a todo el equipo y al centro hospitalario.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0151 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

2. RESPONSABLE ..... ANA MARCEN MIRAVETE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALAMEDA SERRANO JAVIER. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· HUICI POLO PATXI. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ GONZALEZ LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· LAMBAN IBOR ELENA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· PALACIN LARROY MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. NEUROLOGIA
· OLLERO DOMENCHE LETICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO
· ARGUEDAS LAZARO YOLANDA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Insuficiencia Carcíaca (IC) es un problema de salud pública de primer orden y en crecimiento; se trata de una enfermedad con una alta prevalencia, incidencia y mortalidad, genera numerosas hospitalizaciones y una pobre calidad de vida y ocasiona un alto coste socio-sanitario.

Hasta 1 de cada 4 pacientes mayores de 65 años con IC requerirán una rehospitalización a los 30 días del alta y hasta el 44% serán rehospitalizados al menos una vez en el primer año tras el alta. Una causa importante de estas rehospitalizaciones (15-64%) es la falta de continuidad en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, es decir, a una falta de conocimiento de la enfermedad, de la importancia del tratamiento farmacológico y de las medidas higiénico-dietéticas.

Debido a la falta de tiempo de los profesionales, en muchas ocasiones, no se invierten el necesario en la explicación de la importancia de estas medidas higiénico-dietéticas en la IC, ocasionando el mal conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes y la falta de cumplimiento de estas medidas tan importantes para mantener la enfermedad lo más estable posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es la creación de un folleto informativo de la IC para los pacientes y sus familiares y así prevenir las descompensaciones/reingresos ocasionadas por el desconocimiento de la enfermedad y de sus medidas higiénico-dietéticas.
En él, explicaremos qué es la IC, cuáles son los síntomas de descompensación, qué puede descompensarles, qué deben hacer para evitar las descompensaciones y en el caso de inicio de una descompensación.
Población diana: todos los pacientes con IC hospitalizados o atendidos en consultas externas.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un folleto informativo que se entregará a todos los pacientes valorados por IC tanto durante una hospitalización como en las consultas externas del HELL.
Realizar sesiones informativas al servicio de Medicina Interna y a enfermería sobre la educación en IC y presentación de folletos informativos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se valorará tanto la entrega de los folletos creados como la tasa de reingreses tras la distribución de los mismos.
-Pacientes con entrega de folleto informativo/pacientes valorados por ICC en consulta de MI o Cardiología u hospitalizado por ICC en HELL
-Pacientes con reingreso a 30 días por falta de cumplimiento terapéutico/pacientes con entrega de folleto informativo

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Creación de folleto informativo: abril-mayo de 2018,
Realización de sesiones informativas sobre educación en IC: mayo-junio de 2018
Inicio de entrega de folletos de educación en IC: desde abril-mayo de 2018 en adelante.
Evaluación de indicadores: enero y febrero de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos

Proyecto: 2018_0151 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_0188 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· MARTIN FORTEA PILAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· LAMBAN IBOR ELENA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· ARGUEDAS LAZARO YOLANDA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Es bien conocido La Insuficiencia Cardiaca Avanzada es un síndrome clínico que conlleva una elevada morbimortalidad así como un importante deterioro de su calidad de vida y grado funcional.
El estudio PRICE (Prevalencia de insuficiencia cardiaca en España) recoge una prevalencia de insuficiencia cardiaca del 1,3% entre los 45 y los 54 años, del 5,5% entre los 55 y los 64, del 8% entre los 65 y los 75 y del 16,1% entre los mayores de 75. En España, al igual que en otros países industrializados, la insuficiencia cardiaca es la primera causa de hospitalización entre los pacientes mayores de 65 años, llegando a suponer el 3% de todos los ingresos hospitalarios. Se calcula que los gastos derivados de la insuficiencia cardiaca representan entre el 1,5-2% del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud y de éstos la mayor parte, entre el 74-87%, se debe al gasto hospitalario.
Los tratamiento ambulatorios – hospitalización de corta estancia, como la administración intermitente de Levosimendán en pacientes con Insuficiencia Cardiaca Avanzada, muestran un efecto beneficioso sobre biomarcadores (cambios en la con¬centración de NT-proBNP) que marcan la evolución de la enfermedad, lo que conlleva una reducción significativa en el riesgo de hospitalizaciones urgentes por IC. Además resulta un abordaje terapéutico seguro y eficiente.
El Levosimendan tiene un efecto cardioprotector por múltiples factores: la reducción de la precarga y la postcarga mejora el trabajo cardiaco, el incremento del flujo coronario mejora la perfusión de las células cardiacas, la apertura de los canales sensibles a ATP en la mitocondria de las células musculares, protege contra los eventos isquémicos y puede reducir el tamaño del área del infarto, el incremento del flujo de K asociado a la apertura de los canales sensibles a ATP en la mitocondria protege y preserva la función mitocondrial (a través de la normalización de la matriz mitocondrial y del volumen del espacio intermembrana en situaciones de estrés como isquemia o reperfusión).

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Nuestro objetivo es mejorar el manejo de pacientes con Insuficiencia Cardiaca Avanzada, con un seguimiento más estrecho, y administración de manera ambulatoria o con ingresos de corta estancia de medicación específica para mejorar su evolución clínica.
La finalidad es mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes en una patología tan prevalente como la IC, así como reducir el número de reingresos urgentes por disnea secundaria a IC. En este contexto, se entregarán cuestionarios de valoración de calidad de Vida (cuestionario SF-36) para tratar de cuantificar de forma objetiva la mejoría clínica.
Otro objetivo importante es la adecuación del paciente previa a una Cirugía Cardiaca, mejorando así el pronóstico de cara a la cirugía y postoperatorio.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un protocolo de actuación en el manejo de los pacientes ambulatorios de Insuficiencia Cardiaca.
Ingresos programados de corta estancia y/o tratamiento ambulatorios para la optimización del paciente con IC. El paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) y/o sillones de IC. Se le aportan tratamiento intravenosos con controles estrictos de peso, diuresis y analíticos.
Formación al personal de enfermería con respecto al control y tratamiento en el área de la IC, así como el uso de fármacos específicos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
-Reingresos urgentes por Insuficiencia Cardiaca Aguda en el año siguiente / Pacientes incluidos en la Unidad de IC.

-Entrega de cuestionario de Salud SF-36 / Pacientes incluidos en la Unidad de IC.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
-Duración: Indefinida.
-Manejo estrecho del paciente con IC avanzada durante todo el año 2018 y en adelante.

Proyecto: 2018_0188 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

-Evaluación de pacientes tratados en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca: Enero-Febrero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Crónico complejo

Proyecto: 2018_1288 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION ASISTENCIAL AL PACIENTE QUE ACUDE CON CLINICA DE PALPITACIONES AL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANDRES BERGARECHE IGNACIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· FERNANDO GROS MARIA TERESA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· GRACIA CABALLERO CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· MONTESA LOU CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· RODRIGO BLASCO MARIA PILAR. TCAE. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las palpitaciones es uno de los síntomas que más motivos de consulta generan en los Servicios de Urgencias (SU). A pesar de su alta frecuencia, el diagnóstico y manejo terapéutico del síntoma y su causa, muchas veces es poco efectiva sin llegar en muchas ocasiones a un diagnóstico etiológico y sin iniciar un tratamiento específico. Etiológicamente, la mayoría de las veces responden a condiciones subyacentes, en general benignas. Sin embargo, en ocasiones pueden ser la manifestación de problemas médicos potencialmente muy graves.
Esta dificultad en la valoración del paciente con palpitaciones se origina básicamente en el hecho de que se trata de un síntoma transitorio y, casi en la totalidad de los casos, se asiste al paciente asintomático, centrándose la actuación médica en la búsqueda de una causa subyacente que explique el origen de las mismas. La preocupación de pasar por alto una causa grave y tratable del origen puede conducir a la solicitud de estudios complementarios costosos, inapropiados, y con escaso valor diagnóstico.
La valoración inicial y eficiente del paciente con palpitaciones debe, por lo tanto, basarse en estimar con la mayor certeza posible la probabilidad de que una arritmia maligna sea la causa de los síntomas, para así tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas acordes al paciente.
Por tanto, dada la frecuencia de las consultas por este motivo al SU, la dificultad diagnóstica derivada de su características temporales y autolimitadas, y la potencial gravedad de la patología subyacente, se hace imprescindible el abordaje de esta entidad mediante un protocolo que contemple la realización de una adecuada anamnesis y pruebas complementarias que permitan un diagnóstico y tratamiento precoces identificando aquellos factores de alto riesgo que puedan orientar la etiología.
Para este proyecto, consideramos fundamental la participación de Atención Primaria (AP), Cardiología, y Urgencias, derivando por tanto en la colaboración multidisciplinar y entre distintos niveles asistenciales.
Por otra parte, y dada la frecuencia de la mencionada entidad, este protocolo supondría una adecuación y optimización de los recursos sanitarios, permitiendo evitar tanto ingresos hospitalarios para estudio de la misma, como la sobrecarga de citas en consultas externas de cardiología como “primer día” para estudio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1- Establecer un circuito asistencial que permita un diagnóstico precoz y tratamiento si lo precisara, en colaboración con la unidad de cardiología de nuestro centro.
2-Detección de síntomas de alarma: dolor torácico, inestabilidad hemodinámica...
3-Favorecer un estudio ambulatorio precoz que reduzca tanto la necesidad de ingreso hospitalario para completar estudio como de remisión a consultas externas de cardiología como "primer día" colaborando así en la descongestión asistencial de las mismas-
4- Mejora en la continuidad asistencial entre los distintos niveles (Atención primaria y Especializada).

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Acordar en el registro de la historia clínica preguntas que descarten comorbilidades psico-físicas que orienten al diagnóstico y a las pruebas necesarias para llegar al mismo.
2- Protocolizar las pruebas diagnosticas básicas a realizar en el primer contacto con el servicio de Urgencias: Electrocardiograma, radiografía de tórax y analítica básica que incluya ionograma, calcio, hormonas tiroideas y marcadores de daño miocárdico según la clínica es sugestiva.
3- Generar una cita desde el SU para la colocación de un Holter al paciente, y en caso de fin de semana o festivo se contactaría con ellos telefónicamente para confirmar dicha cita.
4- Comunicación entre AP y Unidad de Cardiología mediante interconsulta virtual que permita,en función del resultado del Holter, realizar una indicación diagnóstica y terapéutica por parte de cardiología y sentando la indicación de remisión a sus consultas o bien seguimiento desde AP.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- Porcentaje de pacientes que acude a urgencias por motivo de palpitaciones,sin objetivar arritmias a su llegada, y a los que se hace entrega de cita para realización de Holter desde el SU (Servicio de Urgencias), > 80%.

2- Porcentaje de pacientes que acude a urgencias por motivo de palpitaciones,sin objetivar arritmias a su llegada, y se les solicita hormonas tiroideas desde el SU (Servicio de Urgencias), > 80%.

Proyecto: 2018_1288 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION ASISTENCIAL AL PACIENTE QUE ACUDE CON CLINICA DE PALPITACIONES AL SERVICIO DE URGENCIAS

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Reuniones entre el servicio de Urgencias, Unidad de Cardiología y AP en junio 2018.
- Elaboración del circuito para la programación del Holter junio 2018.
- Recogida de datos y resultados provisionales en septiembre 2018 para valorar la implementación y si precisara adecuación de los medios utilizados.
- Evaluación de indicadores en enero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0112 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

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.
· VALLEJO GUERRERO ASCENSION. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· ALBIZU TELLERIA ANA ARANZAZU. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. BLOQUE QUIRURGICO
· GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. RECURSOS HUMANOS
· JIMENEZ IHUARBEN CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. BLOQUE QUIRURGICO
· JIMENEZ CABELLO BELEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO-INFANTIL
· ROMERO VISIEDO JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En el momento del manejo del drenaje torácico se ha observado que el personal no está lo suficientemente instruido sobre la forma de manipular el sistema de drenaje. Debido a la importancia que tiene el manejo de este sistema, se espera que con la elaboración de este procedimiento se le dé importancia a la necesidad de fortalecer el conocimiento del personal de enfermería sobre este tema, lo cual impulsará un proceso de gestión de autocuidado en el manejo del paciente y favorecerá una atención de calidad, asegurando las dimensiones de continuidad y eficacia.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar un procedimiento para adquirir conocimientos, habilidades y destrezas en el uso y manejo del derenaje torácico cerrado y poder proporcionar al paciente los cuidados adecuados:
- Reforzar conocimientos sobre el uso y manejo adecuados del drenaje en planta.
- Prevenir complicaciones
- Resolver principales problemas
- Dar a conocer los cuidados de enfermería

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1- Reuniones mantenidas de la comisión de enfermería quirúrgica para realizar búsqueda de bibliografia, reparto de tareas, revisión de documentación vigente y elaboración de un borrador del documento.
2- Revisión del procedimiento por el servicio de neumología del hospital.
3- Aprobación y difusión del procedimiento mediante sesiones de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existe un documento en todas las unidades del hospital sobre "cuidados de enfermería en el paciente portador de un drenaje torácico"
- Nº de profesionales que asisten a la sesión de enfermería impartida en el hospital.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primer trimestre 2018: elaboración del documento
- Segundo trimestre 2018: revisión y aprobación del procedimiento
- Tercer trimestre 2018: difusión mediante sesión de enfermería.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0178 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA

2. RESPONSABLE ..... CARMEN DE JUAN CEBOLLADA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· LOZANO GUERRERO SARA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· DOMINGUEZ SANZ MERCEDES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En las intervenciones de COT (cirugía ortopédica traumatológica), una de las medidas de ahorro de sangre consistiría en la trasfusión autologa mediante el denominado recuperador sanguíneo, método utilizado cuando se prevee una importante pérdida de sangre.
Existen una serie de factores como son:
- la escasez de donaciones
- elevado coste del procedimiento

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminuir los posibles riesgos para la salud del receptor que han originado la promoción de diversas medidas de ahorro de sangre para así disminuir en la medida de lo posible el número de trasfusiones.
Los pacientes a los que va dirigida este procedimiento son aquellos a los que se les va a intervenir de prótesis total de rodilla, prótesis total de cadera y recambios.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realización de sesiones formativas al equipo multidisciplinar en la unidad de traumatología y en quirófano.
Adquisición de equipos de recuperadores sanguineos específicos para este tipo de trasfusiones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. % de pacientes intervenidos de prótesis de cadera, rodilla o recambio a los que se les ha aplicado dicha trasfusión.
Fórmula:
Numerador: nº de pacientes intervenidos de protesis de cadera, rodilla o recambio a los que se les ha aplicado la trasfusión
Denominador: nº total de pacientes intervenidos de protesis de cadera, rodilla o recambio.
Estandar: 85-100%
2. Todo el personal de enfermería de la unidad conoce y maneja el procedimiento.

Observaciones: datos obtenidos por muestreo de 25 historias y a través de entrevistas al personal de la unidad.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primer trimestre 2018: sesiones formativas del equipo multidisciplinar intrahospitalarias.
- Segundo trimestre 2018: implantación del procedimiento y puesta en marcha
- Tercer trimestre 2018: Evaluación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1292 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA REUMATOLOGICA Y DERMATOLOGICA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... SONIA DE LA FUENTE MEIRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COBETA GARCIA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. REUMATOLOGIA
· DE LARA PASQUIN FEDERICO. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DERMATOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La especialidad de Dermatología y Reumatología comparten en muchos casos pacientes con enfermedades que precisan evaluación y seguimiento por parte de ambas especialidades en pacientes aquejados de diferentes vertientes de la misma enfermedad, siendo necesaria la coordinación exhaustiva de ambas especialidades a la hora de emitir un diagnóstico o establecer un tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Los objetivos de este programa es la implementación de la consulta conjunta Reumatologia-Dermatologia facilitando el diagnóstico precoz de la artitis psoriasica en pacientes con psoriasis; mejorar el manejo de los pacientes afectados con
patologías reumatologicas/dermatologicas tomando decisiones terapeúticas adecuadas de manera conjunta; fomentando la colaboración entre ambas especialidades de nuestro hospital.
Este sistema pretende ser de consulta ágil que evite el desplazamiento de los pacientes por diferentes consultas estableciendo un criterio único y consensuado por parte de ambas especialidades implicadas en el proceso patológico en una sola visita.
Como consecuencia de lo anterior se pretende reducir los costes de la asistencia a los pacientes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha añadido a las agendas de ambas especialidades la consulta con el código REU-DER, para atender a estos pacientes.
Se ha creado una base de datos en lo que se recogen los datos de filiación, características de la enfermedad y del tratamiento de los
pacientes, así como la especialidad por parte de la que se ha derivado y los cambios realizados tras la consulta con el fin de poder hacer un seguimiento de la actividad realizada.
Se pretende establecer una actividad asistencial de periodicidad semanal . Se establecerá un tiempo estimado de 20 minutos por paciente con un total de 1 paciente a la semana. La consulta será llevada a cabo entre ambos especialistas de Dermatología y Reumatología en la misma consulta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se calcularan los porcentajes de derivación por parte de cada servicio a la consulta conjunta, disminuyendo el indice de interconsultas derivadas de ambos servicios a ambas especialidades (reumatologia y dermatologia). Con la implantación de dicha consulta se presupone que las primeras consultas de ambas especialidades se verían disminuidas aproximadamente entre un 2-3%.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
La periodicidad será semanal durante el periodo 2018-2019. El miércoles de cada semana en horario de 9:15 a 9:35h, 1 paciente disponiendo de 20 minutos por paciente. Se llevará a cabo en la consulta de Dermatología del Hospital Ernest Lluch.
En esta primera etapa solo se recibirán pacientes derivados por Reumatología o Dermatología. Posteriormente podrá valorarse la ampliación a otros servicios, intentando que desde atención primaria puedan ser citados directamente en esta unidad sin duplicar consultas mejorando el rendimiento y la eficiencia de ambas especialidades.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Proyecto: 2018_1292 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA REUMATOLOGICA Y DERMATOLOGICA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0953 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... ELENA SANCHO MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO
· ARGUEDAS LAZARO YOLANDA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO
· OLLERO DOMENCHE LETICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO
· MORENO RUIZ MARTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO
· MIR SUBIAS ALBERTO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO
· ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La infección por Helicobacter Pylori, un tipo de bacteria, es la causa más frecuente de gastritis y de úlcera gastroduodenal en todo el mundo, y se relaciona también con el cancer gástrico y linfoma gástrico tipo MALT, aunque este tipo de enfermedades son más infrecuentes. La infección es muy común y aumenta con la edad, a los 60 años alrededor del 50% de las personas están infectadas.
El test de aliento es el método más sensible para detectar la presencia de Helicobacter Pylori, con una fiabilidad de aproximadamente 97-98%, siendo muy superior a la de cualquier otro método, incluida la biopsia gástrica, y también el más fiable para comprobar la erradicación tras el tratamiento. Es un test sencillo, rápido, económico y exento de riesgos, pero que requiere de una preparación por parte del paciente, para evitar falsos negativos y una correcta realización por parte de enfermería, para evitar falsos positivos.
Hasta ahora el test se realizaba en nuestro hospital pero el análisis del mismo se llevaba a cabo en el HCU, precisando de entre 15-30 dias para el resultado. A partir de ahora se analiza en nuestro laboratorio y el resultado esta presente en la HCE en 2-3 dias.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Disminución del tiempo de espera del resultado, lo que conlleva un diagnóstico de la infección y tratamiento más rápido.
Correcta preparación del paciente y cumplimiento del procedimiento por parte de enfermería, para evitar falsos positivos y negativos.
Disminución de la demora para la realización de la prueba, debido a que el paciente que acude mal preparado debe volver a citarse.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Aprobación del documento definitivo: Procedimiento para la realización del test de aliento(Test de ureasa).
Difusión del procedimiento: Intranet del hospital, reuniones informativas con personal de la Unidad y Atención Primaria.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes a los que se realiza test de aliento cuyo resultado se puede consultar en 2-3 días en HCE.
Número de pacientes a los que no se puede realizar test de aliento por incumplimiento de la preparación.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Implantación y difusión: 2º y 3º trimestre de 2018.
Evaluación de resultados: 4º trimestre.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del aparato digestivo
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0566 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MAÑAS MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ESTEVE ALCALDE PATRICIA. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· SANZ FOIX PERFECTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· SANTOS GIL MARIA TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· MORENO SORIANO MARIA DEL CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La labor del Endocrinólogo en el Hospital Ernest Lluch se desarrolla principalmente en la consulta ambulatoria. Diariamente se solicitan perfiles hormonales, pero no se dispone de un modelo de solicitud de hormonas al laboratorio clínico en formato papel. Las determinaciones hormonales se solicitan de modo manual escribiendo en un recuadro que se encuentra al final del volante de análisis general. Además de consumir tiempo en la consulta, esto produce que en algunos casos no se soliciten las determinaciones hormonales de forma correcta en todos los pacientes atendidos en la consulta, aumentándose el número de visitas de los pacientes y demorándose el diagnóstico de su patología.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo principal es desarrollar un modelo de solicitud de hormonas al Laboratorio del Hospital Ernest Lluch en formato papel que pueda ser usado en la consulta de Endocrinología. De este modo, se aumenta la calidad asistencial y la eficacia con la que son atendidos los pacientes en la consulta de Endocrinología.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Realización de un modelo de solicitud de hormonas en formato papel desde la Unidad de Endocrinología del Hospital Ernest Lluch.
- Las hormonas se agruparán por órgano productor de las mismas.
- Se incluirán las pruebas funcionales de cada eje hormonal más utilizadas en la consulta.
- Se determinarán perfiles hormonales de las patologías más prevalentes.
- Se realizará una reunión con el Laboratorio para determinar la validez del modelo de solicitud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Número de pacientes que les falta alguna determinación hormonal inicialmente según su patología y tienen que volver a la consulta para resultados.
- Adecuación de los perfiles hormonales a las patologías más prevalentes.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- El modelo de solicitud se realizará durante los meses de mayo y junio de 2018.
- Se determinará la adecuación del modelo en el tercero y cuarto trimestre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0210 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN MARTINEZ TOMEY
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOSCOPIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHO MUÑOZ ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOSCOPIAS
· OLLERO DOMENCHE LETICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO
· MIR SUBIAS ALBERTO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO
· ARGUEDAS LAZARO YOLANDA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO
· MORENO RUIZ MARTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOSCOPIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Debido a la ausencia de un registro de enfermería en las pruebas endoscópicas es necesaria su elaboración, para adquirir información del paciente, reflejar la terapéutica realizada y la medicación administrada durante la misma. Este registro servirá como orden médica escrita de la medicación suministrada al paciente, ya que hasta ahora, durante la prueba la orden es verbal.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Elaborar registros de enfermería que nos permitan tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
-Documentar de manera precisa la atención de enfermería prestada y la terapéutica realizada.
-Dejar constancia en la historia clínica de la medicación administrada al paciente durante la prueba, firmada la dosis por el medico responsable de la misma y las posibles complicaciones o incidencias.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1 .Entrevistas con el equipo de la unidad de endoscopias para valorar la información que es necesario obtener del paciente, así como la que terapéutica que se va a registrar.
2. Elaboración de hojas de registro para las diferentes pruebas endoscopicas, que sean sencillas y rápidas de cumplimentar.
3. Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínicas y Continuidad Documental del centro hospitalario y Calidad Asistencial.
4. .Difusión del nuevo registro a todo el personal de la unidad.
5. Implantación de la hoja de registro de enfermería en la unidad.
6. Presentación de resultados a los profesionales de la unidad de endoscopias y a la dirección del centro hospitalario, tras evaluación de muestra de historias aleatorias de pacientes a los cuales se les ha realizado algún tipo de prueba en la unidad, tras la implantación del nuevo registro.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Indicador1: Porcentaje de pacientes a los que se realiza prueba diagnóstica en endoscopias que presentan registro enfermero correctamente cumplimentado.

Numerador: número de pacientes con registros correctamente cumplimentados por parte de enfermería que encuentren en la historia clínica.
Denominador: número de pacientes a los que se ha realizado prueba endoscópica tras la implantación de las hojas de registro. Resultado por 100.
Estandar: 95-100%
Observaciones: Muestra de 25 historias.

Indicador2: Porcentaje de registros enfermeros con firma del facultativo responsable de la prueba.

Numerador: número de registros de enfermería firmados por el facultativo responsable de la prueba.
Denominador: número de pacientes con registro de enfermería realizado. Resultado por 100.
Estándar: Mayor de 90%.
Observaciones. Muestra aleatoria de 25 historias.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer trimestre 2018: Entrevista con los integrantes de la unidad de endoscopias.
Realización de borrador de la hoja de registro y modificaciones necesarias.
Segundo trimestre 2018: Se aprueba el uso del nuevo registro y se presenta en comisión de historias clínicas.
Tercer trimestre 2018: Se comienza a utilizar el nuevo registro.
Cuarto trimestre2018: Se realiza muestreo de 25 historias aleatorias y se valoran indicadores. Se comunican

Proyecto: 2018_0210 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

resultados al personal de la unidad y al centro.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente que precisa prueba endoscopica
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0485 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... MOISES URIARTE PINTO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORTE ROMEA ELENA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
· GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. NEUMOLOGIA
· TORCAL AZNAR JAVIER. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· OLLERO DOMENCHE LETICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO
· RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SAGARDOY VALERA IGNACIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano de la medicación en las hojas de tratamiento.
En estas condiciones, la probabilidad de aparición de errores es muy alta debido a múltiples factores como la ilegibilidad de la orden médica, prescripción en documento erróneo (hoja de evolutivo, de enfermería), uso de abreviaturas no estandarizadas, ausencia de identificación del paciente, paciente erróneo, transcripción de la orden médica a la gráfica de enfermería, ausencia de registro de alergias/intolerancias...
Recientemente se ha realizado un AMFE del proceso de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos en nuestro hospital con el objetivo de identificar los posibles fallos del proceso y proponer acciones correctoras.
Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica de forma electrónica evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y por lo tanto minimizando los posibles errores asociados al proceso.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Disminuir los errores asociados al proceso de prescripción/transcripción de medicamentos.
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción.
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor.
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción en aquellos casos que precisen ajuste de dosis.
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que límite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el programa informático: FarmaTools®.
a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo.
b. Revisión de las características de las fichas de medicamentos, dosis por unidad, vía de administración, grupo faramacoterapéutico…
c. Revisión de las pautas posológicas y dosis más frecuentes de los medicamentos para actualizar la base de datos de medicamentos de farmacia.
2. Modificar la estructura interna de las camas para adecuarlas a la prescripción electrónica en la estructura del módulo de unidosis de FarmaTools®.
3. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
4. Implantación definitiva de la PEA.

Recursos materiales: será necesario dotar las unidades de hospitalización de equipos informáticos necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Definición del indicador: porcentaje de camas con prescripción electrónica respecto al total de camas de hospitalización disponibles.
(Camas con prescripción electrónica / Total de camas de hospitalización disponibles) x 100
Fuente de Datos: Auditoria
Valor objetivo: 50% en el último trimestre de 2017, para todos los servicios hospitalarios.
Límite Inferior: 40%
Límite superior: 50%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Abril-junio de 2017: Revisión y adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia.

Proyecto: 2018_0485 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Junio-septiembre de 2017: Formación a los facultativos.

Noviembre de 2017: implantación definitiva.

Enero de 2018: evaluación de resultados.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Todo tipo de patología que ingrese en el hospital
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0133 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION: DIETAS DISFAGIA

2. RESPONSABLE ..... NOEMI MANRESA OROZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ GILABERTE ESTELA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ BENEDI ISABEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SANZ FOIX PERFECTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· MARIN MARTINEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· IÑIGUEZ PASTOR SUSANA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UCE (CUIDADOS ESPECIALES)
· CORTES CASADO AFRICA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· PEREZ FERNANDEZ LETICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Este proyecto surge de la observación del riesgo de episodios de atragantamiento sufridos por nuestros pacientes relacionados con la alimentación no adaptada a sus necesidades de forma adecuada y como continuidad a una adaptación de las dietas hospitalarias que se modificaron parcialmente en el año 2016 sin conseguir los resultados esperados.
La disfagia no es una enfermedad en si, sino más bien un síntoma de otras enfermedades
Las complicaciones derivadas de la disfagia tienen importante repercusión en el enfermo y en el sistema sanitario:
- Atragantamientos graves
- Infecciones respiratorias reiteradas o graves por el paso del alimento a vias respiratorias
- Desnutrición o deshidratación por no ingerir los alimentos/liquidos necesarios
- Pérdidas de peso y debilidad muscular
- Ingresos hospitalarios con la consiguiente repercusión humana, sanitaria, social y económica, además de la alta tasa e mortalidad.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo general:
Tratamiento nutricional de la disfagia manteniendo un adecuado estado de nutrición e hidratación y una alimentación sin riesgos.
Objetivos específicos:
- Disminuir o evitar los problemas como el atragantamiento y/o la aspiración.
- Mantener un buen estado nutricional y una correcta hidratación.
- Facilitar la deglución con maniobras dietéticas adecuadas a la capacidad individual de masticar y deglutir
- Satisfacción del paciente: que la hora de comer sea lo mas agradable posible y que se mantenga la alimentación oral el mayor tiempo posible

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reuniones mensuales de la comisión de cuidados de enfermería en nutrición para realizar búsqueda bibliográfica, búsqueda de la evidencia, selección de estudios e información de otros cenros hospitalarios donde ya están implantadas.
- Reuniones con la Unidad de dietética y cocina para intercambiar ideas y elaborar las dietas Disfagia.
- Reuniones con el servicio de informática para adaptar el programa informático de petición de dietas incluyendo las dietas Disfagia.
- Reuniones con dirección de gestión para valorar la inclusión de determinados alimentos en las dietas disfagia (ABA/ Alimentación básica adaptada)
- Difusión de las dietas mediante carteles informativos en todas las unidades de hospitalización y servicio de cocina.
- Elaboración de estrategias de mejora en la formación del personal que atiende al paciente hospitalizado: reuniones con supervisoras de unidad, formación interhospitalaria, elaboración de documento informativo

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
. 1-Grado de Cumplimento:
Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100
2-Existencia de la dieta disfagia
3-Grado de aplicación:
Pautar la dieta al 100% de pacientes afectados por disfagia grave
Nº de dietas disfagia prescritas/Nº de pacientes afectados de disfagia

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0133 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION: DIETAS DISFAGIA

-- Reuniones de todos los diferentes equipos multidisciplinares durante el primer trimestre 2018.
-- Elaboración de dietas: Abril 2018
-- Implantación de dietas en el hospital: Mayo 2018
-- Evaluación de resultados: Noviembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0388 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA ORTEGA MAJAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· CLEMENTE SALA ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) que incluyen a la infección nosocomial (IN) clásica y a las infecciones adquiridas por pacientes de la comunidad en contacto con la asistencia sanitaria, afectan cada año a cientos de pacientes en todo el mundo. Son una consecuencia involuntaria no deseada de dicha atención, ocasionando una alta morbimortalidad para los pacientes y sus familias, y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario.
En los países desarrollados entre el 5 y el 10% de los pacientes que ingresan en un hospital contraen una IRAS, representando según el estudio ENEAS de 2005 un 25% de los eventos adversos, siendo en más de la mitad de los casos evitables.
La importancia de las manos en la transmisión de las IRAS está demostrada. Los microorganismos son adquiridos por los profesionales sanitarios durante el contacto directo con pacientes o de manera indirecta con los objetos que lo rodean, y transmitidos de paciente a paciente, por lo que una correcta higiene de manos es el método más simple y efectivo para reducirlas. Existen estudios de alta calidad en la literatura científica que describen que la frecuencia de IRAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios realizan una adecuada higiene de manos.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario y no sanitario del hospital.
2. Aumentar la adherencia a la higiene de manos del personal sanitario y no sanitario.
3. Fomentar el uso racional de guantes.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Diseño y elaboración de una guía específica para el hospital sobre higiene de manos y uso adecuado de guantes.
2. Difusión de la guía en el hospital
3. Evaluación de la infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA) y de guantes en el hospital.
4. Realización con motivo del día mundial de higiene de manos una campaña especial de sensibilización sobre la importancia de la higiene de manos.
5. Distribución de carteles y dípticos sobre los 5 momentos de la higiene de manos.
6. Realización de un curso formativo de higiene de manos acreditado para personal del sector de Calatayud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Se dispone de una guía de higiene de manos y uso adecuado de guantes en el hospital (SÍ, NO).
2. Se ha realizado difusión de la guía a través de la Intranet del hospital (SÍ, NO).
3. Se ha realizado un corte anual en el hospital para la evaluación de la disponibilidad de PBA en todas aquellas zonas que se consideren necesarias y detectar oportunidades de mejora (SÍ, NO).
4. Se ha dedicado un día para la sensibilización del personal del hospital sobre la importancia de la higiene de manos practicando actividades ad hoc. (SÍ, NO).
5. Se ha comprobado que en todas las áreas del hospital hay carteles informativos de los momentos de higiene de manos. (SÍ, NO).
6. Se ha participado en cursos sobre higiene de manos acreditados. (SÍ, NO).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1 AÑO (Desde abril de 2018 a marzo de 2019)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PROFESIONALES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0388 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0281 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONFORTE CIRAC MARIA LUISA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SEGURA MARIN ANA CARMEN. TECNICO SUPERIOR LABORATORIO. H ERNEST LLUCH. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SERRANO FARADUES ISABEL. TECNICO SUPERIOR LABORATORIO. H ERNEST LLUCH. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· QUERO LAHOZ ROSA. TCAE. H ERNEST LLUCH. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT. TECNICO SUPERIOR LABORATORIO. H ERNEST LLUCH. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Consideramos necesaria la existencia de un Manual de Toma de Muestras Microbiológicas para la obtención de resultados óptimos que permitan un diagnóstico adecuado de las enfermedades infecciosas y así disminuir las contaminaciones derivadas de un procedimiento incorrecto, así como dar respuesta a las dudas del personal Médico y de Enfermería sobre la correcta recogida de las muestras.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende estandarizar la recogida y transporte de muestras microbiológicas, disminuir el número de contaminaciones de las muestras recibidas, garantizar la correcta recogida de aquellas muestras que por ser de difícil obtención resultan irrepetibles y dar respuesta a las necesidades de los profesionales.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Realizar una revisión bibliográfica de las principales Sociedades Científicas y revisar la metodología utilizada en diferentes centros para la elaboración de un Manual adaptado a las necesidades del hospital.
Consensuar un documento que refleje la información recogida.
Difundir el documento a Atención Primaria y Especializada para poder realizar las consultas oportunas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).
Número de muestras mal transportadas tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración del Manual de Toma de Muestras: Marzo de 2019 (estimado).
Revisión, aprobación y difusión en Intranet: Abril de 2019 (estimado).
Comunicación a los Servicios: Mayo de 2019 (estimado).
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2019 a Octubre de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0284 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ GONZALEZ LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· ORTEGA MAJAN MARIA TERESA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· SAGARDOY VALERA IGNACIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las crecientes resistencias a los antimicrobianos son un problema reconocido por las instituciones científicas y uno de los principales problemas de Salud Pública; por ello, desde hace tiempo se desarrollan estrategias para fomentar el uso apropiado de estos agentes terapéuticos y mejorar el pronóstico de los pacientes.

La detección de las bacteriemias constituye una de las prioridades del Servicio de Microbiología Clínica. La gravedad de esta entidad clínica requiere de la administración rápida de tratamiento antibiótico empírico en función de los datos clínicos y de la epidemiología local de la resistencia antibiótica. En la actualidad la transmisión de la información se realiza comunicando verbalmente al facultativo responsable del paciente los resultados obtenidos, siendo en algunas ocasiones, complicado transmitir dicha información; por ello consideramos fundamental una rápida comunicación de los resultados de las bacteriemias con el objetivo de iniciar una antibioterapia adecuada y en el menor tiempo posible, así como un desescalaje del tratamiento empírico.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Se pretende dar una información ágil de las bacteriemias positivas para facilitar la toma de decisiones de los facultativos clínicos ante la existencia de una bacteriemia con la intención de mejorar resultados clínicos, minimizar efectos adversos (incluyendo resistencias) y usar tratamientos coste-eficaces.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Tras la creación del grupo PROA adaptado a las características de nuestro hospital,
se constituye una red de comunicación, a través de teléfono móvil, con facultativos de las siguientes especialidades: Microbiología, Medicina Interna, Farmacia Hospitalaria y Medicina Preventiva, con el fin de comunicar de forma rápida y eficiente las bacteriemias positivas (primarias y asociadas a catéter) y favorecer la toma de decisiones.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
% bacteriemias que superan el tiempo de respuesta predeterminado (2 horas) / Nº total de bacteriemias comunicadas X 100

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto
- Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2018 a Noviembre de 2018.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0102 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE RUBIO MONTUENGA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASPAR REDONDO ESTER. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· PUERTOLAS LILAO RAQUEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTENSIVA
· GOMEZ HERNANDO MERCEDES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. NEUMOLOGIA
· BLANCAS COSTEA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
· ALONSO DE MIGUEL AURORA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTENSIVA
· BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· CORTES CASADO AFRICA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los cambios experimentados en la sociedad, el incremento de la esperanza de vida unida a una mayor discapacidad y dependencia, y la actual consideración de la persona como sujeto de derechos ha llevado a una profunda reflexión sobre el modelo de atención a las personas en situación de dependencia.
Esta situación origina cambios en el tipo de atención, pasando de asegurar la calidad de los cuidados profesionales a la atención integral centrada en la persona y la calidad de vida.
La IT supone una confrontación ético entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (deseo bienintencionado sanitario de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida).
Este conflicto ético, junto a los problemas de salud que puede desencadenar y sus posibles consecuencias legales exigen que el procedimiento que se realiza cumpla una normativa que contempla desde lo adecuado de la prescripción y metodología hasta el papel de todo el equipo implicado incluida la obligación de informar a la familia.
La ausencia en nuestro hospital de un documento que marque los criterios claros y pautas de actuación en situaciones de crisis y la necesidad planteada de los profesionales al respecto, hace necesaria la elaboración e implantación de un protocolo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Generales:
• Regular el uso de IT en el hospital Ernest LLuch de Calatayud
Específicos:
• Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en la aplicación de la IT con referencia a:
- Indicaciones de la IT
- Fases o secuencias de actuaciones
- Procedimientos técnicos
- Registro de datos de utilidad clínica
- Evaluación
? Proporcionar a los profesionales del Hospital los conocimientos y pautas que garanticen una adecuada utilización de la IT en caso necesario.
? Garantizar la seguridad de los pacientes, la de los familiares y cuidadores y la del personal asistencial.
Dar a conocer las implicaciones éticas y jurídico-legales que tiene el aplicar IT de paciente en la práctica asistencial y poder prevenir los riesgos derivados de estas

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
? Mantenimiento de reuniones periódicas de la comisión de cuidados de enfermería para realizar búsqueda bibliográfica, documentación, distribución de tareas y elaboración de un protocolo de Inmovilización Terapeútica
? Colaboración y asesoramiento sobre el mismo por parte del comité de ética asistencial y del servicio de psiquiatría del sector.
? Aprobación por la comisión de dirección
? Difusión del protocolo mediante talleres formativos dirigidos a todo el personal sanitario y no sanitario del hospital Ernest Lluch.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1- DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
- Tipo de indicador: Proceso
- Objetivo / justificación: Una mayor difusión del protocolo facilita el conocimiento y uso del mismo en el centro de trabajo.
- Formula: Nº de personas del servicio que conocen el protocolo x 100 / Nº de personas que trabajan en el centro
- Explicación de términos:
Difusión: talleres, cursos, sesiones realizadas en la unidad y
Profesionales que han participado en ellos.
- Estándar: 90%

Proyecto: 2018_0102 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Fuente de datos . Registro de personal/responsable de enfermería/auditoría interna/encuesta de satisfacción
- Población:Todo el personal de la unidad
- Responsable obtención: Responsable de enfermería
- Periodicidad obtención: Anual

2- PORCENTAJE DE PACIENTES CON MEDIDAS DE IT SEGÚN PROTOCOLO
- Tipo de indicador: Proceso
- Objetivo / justificación: Unificar criterios y pautas de actuación. Valorar exhaustivamente la indicación de la medida para hacer la sujeción solo cuando se hayan agotado las otras posibilidades.
- Formula: Nº de pacientes que tienen en su historia los registros del protocolo debidamente cumplimentado x100 /Nº de pacientes con IT.
- Explicación de términos
Datos de identificación del paciente/usuario
Información al usuario
Motivo de la sujeción
Estado del paciente/usuario
Tipo de sujeciónI
ncidencias
Fecha de indicación, pauta temporal y retirada
- Estándar: 90%
- Fuente de datos: documentación clínico asistencial/ historia de enfermería
- Población: Todos los expedientes de las personas usuarias con medidas de sujeción
- Responsable de obtención: Responsable de enfermería
- Periodicidad de obtención: Anual

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
? Elaboración, revisión, aprobación e implantación del documento: Hasta 2º trimestre 2018-02
? Difusión mediante curso formativo: 3er trimestre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastornos mentales y del comportamiento
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_0313 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE ..... CRUZ ESTEBAN GUAJARDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HEMODIALISIS
· MORTE ROMERO ASUNCION. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HEMODIALISIS
· ARENAS MARTINEZ MIRIAN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HEMODIALISIS
· FORCEN CASADO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HEMODIALISIS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El servicio de hemodialisis en un servicio cerrado donde los pacientes precisan cuidados enfermeros específicos. Cuando estos pacientes permanecen hospitalizados, existe un desconocimiento generalizado sobre su patologia y los cuidados enfermeros que precisan.
Esto repercute negativamente en la atención del paciente y a veces incluso en su tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Mejorar la comunicación con todos los servicios del hospital para dar a conocer y difundir estos cuidados enfermeros.
Dar a conocer el servicio de hemodiálisis al hospital y su funcionamiento en cuanto al personal de enfermería.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaboración de un folleto informativo - explicativo de todos los cuidados relacionadas con la alimentación, acceso vascular, controles analíticos y radiológicos, administración de fármacos y problemas psicosociles de estos pacientes.

- Reuniones programadas con todas las unidades del hospital dirigidas a todo el personal sanitario para difundir este folleto, resolver dudas y dar a conocer el funcionamiento del servicio de hemodiálisis. Estas reuniones se realizarán de forma que puedan asistir todos los turnos de enfermería.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existe un folleto informativo en todas las unidades del hospital.
- Nº de sesiones formativas realizadas en el hospital.
- Nº de asistentes a estas sesiones formativas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primer trimestre 2018: elaboración del folleto informativo
- Segundo trimestre 2018: formateo y aprobación del documento por calidad asistencial e inicio de impartación de primeras sesiones en enfermería.
- Tercer trimestre 2018: Finalización del total de las sesiones formativas.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente nefrológico (hemodializado)
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0144 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... MARTA PALACIN LARROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· HUICI POLO PATXI. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· LAMBAN IBOR ELENA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· MARCEN MIRAVETE ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA
· ARGUEDAS LAZARO YOLANDA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIGESTIVO

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El ictus es una patología prevalente que supone una parte importante en la atención en las guardias de Medicina Interna de nuestro hospital. Por otra parte, el tratamiento del mismo, ha evolucionado espectacularmente en los últimos años sobre todo en la fase aguda, lo que requiere que los médicos estén constantemente actualizados en los nuevos criterios de tratamiento.
La guardia de Medicina Interna en nuestro hospital esta atendida por especialistas en medicina interna y otras especialidades medicas: cardiólogos, digestologos, neumólogos, etc; los cuales precisan actualización continua en esta patología para poder ofrecer al paciente la mejor atención posible.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Poblacion diana: pacientes ingresados por ictus en Hospital Ernest Lluch de Calatayud
Objetivos: disminuir la morbimortalidad.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se propone:
1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurologia Vascular que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS.
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital.
4. Colocar cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Se monitorizara a través de la mortalidad por ictus que se nos ofrece anualmente a cada hospital desde el PAIA. Actualmente la mortalidad por ictus en nuestro hospital se encuentra en torno al 13%, dentro de la media esperable en los hospitales de nuestra comunidad, si bien es cierto que seria esperable que disminuyera con la puesta en marcha de los nuevos tratamientos de fase aguda.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018: Marzo-abril 2018. Revision por Calidad Mayo-Junio.
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurologia Vascular que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS: abril y mayo 2017
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital: abril-mayo 2017
4. Colocar cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital: abril -mayo 2017.
5. Evaluacion indicadores: reunión PAIA enero y febrero 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema nervioso
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_0144 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0109 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MARTINEZ BENEDI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ZAPATA LOPEZ ANA BELEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En la actualidad, los usuarios que acuden a nuestra hospital tienen un conocimiento muy dispar sobre algunos aspectos del mismo, de tipo administrativo y de funcionamiento (por ejemplo: horario de comidas, normas sobre aseo personal e higiene, pase de visita médica, medidas de ailamiento, secretaria, alta médica…..)
Hemos detectado que el desconocimiento de determinados aspectos concretos repercute negativamente tanto en la calidad de la atención percibida por los usuarios como en el propio funcionamiento diario de la unidad. La detección se ha llevado a cabo de forma directa a través de las propias sugerencias y quejas de los usuarios a través de los buzones de sugerencias y supervisoras de unidad.
Por todo ello se hace necesario la elaboración de un tríptico de información para el paciente hospitalizado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Ofrecer una información reglada, concisa y útil a los pacientes que acuden a nuestra unidad por primera vez, así como secundariamente a aquellos que ya están en seguimiento, para mejorar tanto la calidad asistencial percibida por el usuario como el propio funcionamiento cotidiano de las unidades de hospitalización.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un tríptico informativo que resuma de forma escueta y sencilla los aspectos básicos más relevantes que deben conocer los usuarios del hospital. Este tríptico estará disponible en la habitación del paciente una vez preparada para su ingreso.
Todas las dudas aclaratorias al respecto serán resueltas por la supervisora de la Unidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida sobre la unidad a través del formato del tríptico informativo: (Nº de nuevos usuarios satisfechos* /nº de nuevos usuarios informados)x100.
Este indicador se obtendrá de las encuestas de satisfacción realizadas al final de la propuesta de mejora, y se calculará ajustando el resultado a los pacientes que responden a la encuesta.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Primer trimeste 2018: elaboración del trípitco informativo y encuesta de satisfacción.
Segundo y tercer trimestre 2018: aprobación e inicio de entrega del tríptico informativo a los nuevos pacientes hospitalizados.
Diciembre 2018: Valoración de resultados con las encuestas de satisfacción

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente hospitalizado
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras

Proyecto: 2018_0607 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

2. RESPONSABLE ..... LORENA DURAN ALGAS
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MENES LANASPA JOSE JAVIER. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· EGEA GONZALEZ ELENA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PICOT CASTRO MIGUEL. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FARRER VELAZQUEZ MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCIA SIMON RAQUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CAÑIZARES OLIVER SILVIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
En los años 60 la monitorización fetal creo la idea de que la tecnificación y el control del parto mejoraría los resultados neonatales. Las expectativas sobre el conocimiento exacto del estado fetal y la posibilidad de predecir los resultados, no se vieron cumplidas, por la dificultad en la interpretación de los registros cardiotocográficos fetales, ya que se realiza de forma subjetiva por los profesionales adecuados y aun así, existe una alta variación inter-observador en la interpretación del RCTG, coincidiendo solo en un 22% de los casos.
La monitorización fetal pretende detectar precozmente la perdida de bienestar fetal (RPBF) durante el parto, secundaria a hipoxia fetal, con el fin de poder intervenir y evitar el deterioro fetal, disminuyendo así la morbimortalidad materno-fetal y mejorando los resultados perinatales.
La vigilancia fetal intraparto se realiza mediante el RCTG continuo. Cuando es patológico o dudoso (95% de sensibilidad para hipoxia fetal), se deben descartar los falsos positivos (50-70%) mediante la determinación del ph en sangre del cuero cabelludo fetal (Gold estándar por su alto VPN 95-97% pese a un 6% de falsos positivos). Esto nos mostrara su equilibrio acido-base, que es el indicador más fiable para el diagnóstico de acidosis fetal, por lo tanto es el parámetro que mejor indica la finalización inmediata del parto debido a RPBF (recomendación C). La toma de dicha microtoma sanguínea (técnica de Erich Saling) requiere una dilatación cervical al menos de 2-3cm y amniorrexis.
Este análisis tiene como fin, disminuir el porcentaje de falsos positivos de RPBF inherentes a los procedimientos de monitorización fetal, tratando de detectar precozmente la asfixia perinatal cuyas secuelas son muerte fetal, encefalopatía neonatal y parálisis cerebral y lograr un mejor resultado perinatal con el menor número de intervenciones posibles. Debemos aclarar que la existencia o no de un compromiso fetal, no siempre coincide con el estado neonatal, pero el uso conjunto de ambas técnicas reduce la incidencia de instrumentalización del parto por distrés fetal (en comparación con la monitorización sola) (RR 0,33 P=0,007) aunque sin diferencias en la tasa de cesáreas.
En nuestro servicio, con el inicio de las determinaciones de ph de calota fetal, damos un salto muy importante e imprescindible de calidad asistencial, no sólo para gestantes y sus fetos, sino para el personal implicado en su asistencia. Aunque insistiendo, en que, durante la práctica clínica, muchas decisiones obstétricas, aun contando con un estudio ph fetal, se deben tomar teniendo en cuenta la valoración global de la paciente y de su situación clínica especifica. En las situaciones en las que el ph fetal no pueda realizarse, las decisiones obstétricas se tomarán en base a la gravedad de las alteraciones de la FCF, de otros datos acerca del estado fetal y de la situación clínica.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Reducir la variabilidad en la toma de decisiones durante el parto, con el consiguiente aumento de la calidad asistencial.
-Disminuir la tasa de cesáreas/ partos instrumentalizados innecesarios.
-Disminuir los RN nacidos con acidosis.
-Aumentar y mejorar la seguridad de madre y feto.
-Aumentar y mejorar la seguridad de los profesionales que asisten los partos.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Sesión del equipo (matronas, auxiliares y ginecólogos) para unificar criterios e información sobre el procedimiento.
-Base de datos donde se reflejen ph realizados, valores, tipo de parto, Apgar.
-Análisis Estadístico de los resultados obtenidos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- % de partos con determinaciones de ph calota entre todos los partos atendidos.
- Tasa de cesáreas y de partos instrumentales en los partos con ph calota.
-Todos los partos se realizará un ph de arteria umbilical.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio Junio 2018; Fin Mayo 2019
Cronograma:

Proyecto: 2018_0607 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

-Reuniones Junio 2018.
-Elaborar planilla de recogida de datos Junio 2018.
-Protocolo/ plan cuidados/ procedimiento Octubre 2018.
-Implantación del proceso Octubre 2018.
-Análisis de los datos recogidos y conclusiones Mayo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0643 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

2. RESPONSABLE ..... JOSE JAVIER MENES LANASPA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALLEGO VELA SANTIAGO. PEDIATRA. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ. PEDIATRA. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· MARTINEZ BENEDI ISABEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO-INFANTIL
· PICOT CASTRO MIGUEL. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DURAN ALGAS LORENA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· EGEA GONZALEZ ELENA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GOMEZ DOMINGUEZ HILARIO ALFONSO. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Los RN a término, aunque sean de bajo riesgo, requieren una serie de cuidados y procedimientos rutinarios, a parte de una valoración cuidadosa de su estado general. Suele llevarse a cabo por las matronas en paritorio.
En diversas culturas los RN son colocados directamente sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento. Históricamente este comportamiento era necesario para la supervivencia del RN. Con la tecnificación de la asistencia al parto, la mayoría de los niños que nacen en un hospital son separados de la madre o vestidos antes de entregarselos, estas rutinas pueden perturbar la interacción precoz entre la madre y el RN.
En los últimos años se han producido cambios en la asistencia del RN sano, la evidencia científica recomienda el contacto piel con piel temprano, de forma ideal en el momento del nacimiento, colocando al RN desnudo, en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, manteniendo caliente al RN (secando y cubriendo) con una manta o toallas/paños, previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel con la madre. Se recomienda evitar la separación de la madre y el RN dentro de la primera hora de vida y/o hasta que haya finalizado la primera toma. Durante este periodo la matrona (y auxiliar de enfermería) mantendrá una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible entre la madre y el RN con registro de signos vitales del RN.
Esta práctica, está dentro de las recomendaciones que el Ministerio de Sanidad y Consumo hace en su estrategia de parto normal, basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor.
La evidencia también nos indica que la mayoría de RN sanos a termino, presentan comportamientos espontáneos de alimentación en la primera hora de vida. El contacto temprano piel con piel con succión se asocia a un inicio satisfactorio de la lactancia materna y a una mayor duración de la lactancia materna. La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora.
El contacto directo piel con piel tiene grandes beneficios que aporta para ambos:
-Favorece el establecimiento del vínculo afectivo
-Aumenta la probabilidad de éxito de la lactancia materna
-Mejora el control de la termorregulación del RN (previene hipotermia)
-Evita la hipoglucemia del RN
-Disminuye el distress respiratorio

Respecto a los cuidados generales del RN; pinzamiento del cordón umbilical, profilaxis ocular, administración de vitamina K intramuscular y recogida de huellas del RN pueden realizarse sin separar al RN de su madre. Las medidas antropométricas del RN pueden llevarse a cabo mas tarde, evitando la interrupción innecesaria del contacto madre-hijo en los primeros minutos tras el parto.
En nuestro servicio planteamos este proyecto de mejora de calidad asistencial al detectar variabilidad en la asistencia al RN sano en función de la persona que la lleva a cabo. Vemos una oportunidad de mejora, en la que no sólo participan diferentes profesionales (matronas, pediatras, auxiliares y enfermeras), sino que también colaboran diferentes servicios (Bloque Obstétrico y Unidad Materno-Infantil). Elaborando un protocolo/procedimiento unificado.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Reducir la variabilidad en la práctica diaria en el manejo del RN sano mediante la protocolarización de la asistencia. (aumento de la calidad asistencial).
Favorecer el vínculo afectivo madre-RN de forma temprana, interfiriendo lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina
Fomentar una Lactancia Materna exitosa.
Mejora del control termorregulación del RN (disminución del riesgo de hipotermia fetal)
Evitar hipoglucemias del RN
Disminuir distress respiratorio

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Taller/Sesión Clínica/ Reuniones equipo multidisciplinar, estableciendo un protocolo de actuación/guía…consensuado con los diversos servicios y profesionales implicados y adaptado a nuestro medio de trabajo.

Proyecto: 2018_0643 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Elaborar Planilla de recogida de datos y creación de una Base de datos
Revisión de datos obtenidos y análisis/evaluación

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Porcentaje de piel con piel entre todos los partos normales de bajo riesgo (>80%)
Porcentaje de inicio de Lactancias en puerperio inmediato: nº lactancias iniciadas durante el piel con piel entre las gestantes que dan lactancia materna o la desean (>80%)
Lactancias exitosas al alta: nº lactancias maternas al alta/ entre nº de contactos piel con piel o lactancias iniciadas en el piel con piel. (>70%)

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha de inicio Mayo 2018 y final Marzo 2019
Cronograma:
Charlas /Reuniones Mayo 2018
Protocolo/ plan cuidados/ procedimiento 2018 Sept
Elaborar planilla de recogida de datos o Check list + base de datos Sept 2018
Implantación del proceso Sept 18
Análisis de los datos recogidos y valoración /conclusiones Marzo 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0824 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CAÑIZARES OLIVER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIL LAFUENTE OSCAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FARRER VELAZQUEZ MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FRANCO SERRANO CARLOS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCIA SIMON RAQUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GRACIA COLERA DANIEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PELLICER SORIA ANA MARIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ MARQUETA MAXIMO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La pérdida gestacional provoca un gran impacto emocional para los padres, su entorno y para los profesionales involucrados en la atención, que pueden influir en los cuidados prestados. Dependiendo de las semanas de gestación, la frecuencia de presentación de la pérdida gestacional varía. Las pérdidas en el segundo y tercer trimestre suelen ser bastante inusuales, pero no por ello no debemos estar preparados y formados debidamente para actuar con seguridad, calidad y uniformidad entre los diferentes miembros del servicio.
El no tener un protocolo establecido para el manejo de las pérdidas gestacionales y el consecuente duelo perinatal conlleva que se actúe según el criterio del profesional responsable en ese momento.
Los diferentes estudios al respecto ponen de manifiesto un déficit de recursos personales, como son las habilidades de comunicación, y falta de formación específica del duelo perinatal. Esto conlleva actitudes poco adecuadas por parte del personal sanitario que dificultan el proceso de un duelo saludable a los padres y familiares.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Con este proyecto pretendemos proporcionar herramientas para formar a los profesionales involucrados y actuar uniformemente siguiendo unas pautas establecidas según las últimas evidencias científicas disponibles, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial.
- Proporcionar a las pacientes y sus familiares una asistencia personalizada y humanizada.
- Mediante un tríptico informativo, distribuido al alta, facilitar información y el contacto con grupos de apoyo
- Agilizar y mejorar la comunicación con matronas, psicólogos y psiquiatras del Centro de Salud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaborar un protocolo de actuación ante la pérdida gestacional por trimestres y duelo perinatal.
- Elaboración de base de datos
- Establecer un circuito para enviar muestras recogidas durante el parto, incluyendo la derivación al centro de referencia, si procede.
- Reuniones/Seminarios/Sesiones clínicas periódicas hospitalarias y en Centros de Salud (incluyendo a médicos de atención primaria, ginecólogos, matronas, auxiliares de enfermería) para informar, unificar criterios y análisis de resultados de forma conjunta.
- Colaboración estrecha con servicio de psiquiatría y psicosomática del Centro de Salud.
- Proporcionar una atención personalizada a estas pacientes tomando las medidas oportunas para poder "identificar" y "aislar" a la paciente de las demás pacientes obstétricas del servicio.
- Proporcionar un tríptico informativo (sobre pérdida gestacional y duelo) a los padres al alta, para facilitar el seguimiento y el proceso del duelo adjuntando información de contacto de asociaciones especializadas en dicho tema.
- Realizar estudio de pruebas complementarias, si procede, en la visita post-alta.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existencia de un protocolo específico en el servicio de ginecología y obstetricia
- Valoración del nivel de satisfacción de los profesionales sanitarios implicados en el proceso a modo de cuestionario.
- Valoración de la atención recibida por parte de los padres mediante un cuestionario en la consulta de revisión.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
INICIO DEL PROYECTO: JUNIO 2018
- Elaboración del protocolo: Inicio en JUNIO 2018
- Sesiones hospitalarias y en Centros de Salud para difundir dicho protocolo y mejorar la comunicación entre las diferentes especialidades: Inicio SEPTIEMBRE 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0824 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1471 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA GESTACION MULTIPLE EN HOSPITAL TERCIARIO

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA PELLICER SORIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FARREZ VELAZQUEZ MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ MARQUETA MAXIMO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GIL LAFUENTE OSCAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCIA SIMON RAQUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GRACIA COLERA DANIEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CAÑIZARES OLIVER SILVIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FRANCO SERRANO CARLOS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La gestación múltiple ha experimentado un incremento importante en los últimos años por 2 motivos fundamentales: retraso de la maternidad (en 2017 la edad media para tener el primer hijo en España a alcanzado los 32 años) e incremento del uso de las técnicas de reproducción asistida.
Las gestaciones gemelares presentan un riesgo de complicaciones maternas y fetales superiores a la de gestación única, lo cual determinará el manejo antenatal e intraparto. La corionicidad determina el riesgo de complicaciones que pueden surgir durante la gestación, y la zigosidad determina el riesgo de enfermedades genéticas. Por ello es importante la clasificación correcta del tipo de gestación gemelar al principio de la misma para conseguir un control adecuado.
El porcentaje de gestaciones gemelares en los hospitales terciarios es menor que los que podemos encontrar en hospitales de tercer nivel. No por ello son menos importantes los controles, al contrario, deben ser más exhaustivos y uniformes en cuanto a los profesionales sanitarios que diariamente estamos en la consulta de obstetricia. Un control dispar de los mismos puede conllevar una atención inadecuada de estas pacientes, pudiendo pasar desapercibidas algunas complicaciones que pudieran surgir.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Con este proyecto pretendemos:
- Unificar criterios en la atención obstétrica de las pacientes con gestaciones múltiples.
- Establecer en un protocolo propio del servicio la periodicidad de las visitas a consulta y los controles ecográficos según las características y el tipo de la gestación gemelar.
- Definir en un protocolo propio del servicio el momento más idóneo de finalización de los diferentes tipos de gestaciones gemelares.
- Detección temprana de las complicaciones maternas y fetales para su correcto manejo (porcentaje y tipo de complicación).
- Establecer una vía de derivación al hospital de referencia de las pacientes a las que se detecte un problema durante la gestación.
- Agilizar y facilitar en consulta el control de las gestaciones de Alto riesgo.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Elaborar protocolo propio del servicio de “Gestación gemelar” en el que se indique, según el tipo de gestación (según corionicidad y zigosidad) lo que se debe realizar en cada visita y la periodicidad de las mimas.
- Elaborar una base de datos de las pacientes con gestaciones gemelares en un momento determinado del tiempo para que todos los profesionales de la consulta de obstetricia tengan constancia de las pacientes que se encuentran en seguimiento con gestaciones de Alto Riesgo.
- Realizar una “hoja modelo” que pueda estar acreditada por la Comisión Clínica de Historia Clínica Hospitalaria para ser incluida en la historia de cada paciente, la cual sirva de apoyo para el profesional y en la cual conste la actitud y pruebas complementarias que son necesarias en cada una de las visitas a consulta.
- Establecer y unificar los motivos de derivación de las pacientes a un hospital de tercer nivel en función de las complicaciones maternas y fetales que puedan surgir.
- Realizar reuniones periódicas entre los profesionales del servicio en caso de que surjan dudas o discrepancias, para llevar a cabo la actuación más correcta en una paciente.
- Colaboración estrecha con el servicio de Ecografía del hospital terciario de referencia para modificar y/o adoptar otras actitudes dispuestas por él.
- Proporcionar a las pacientes una “hoja informativa” de las visitas que se les van a realizar y la periodicidad de las mismas.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Cuantificar la disminución de las derivaciones realizadas de las pacientes al hospital de referencia de una manera no justificada gracias a la aplicación del protocolo.
- Cuantificación del grado de satisfacción de las pacientes en el control de la gestación gemelar en un

Proyecto: 2018_1471 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA GESTACION MULTIPLE EN HOSPITAL TERCIARIO

hospital de terciario a través de una Encuesta de Satisfacción.
- Disminución de las complicaciones derivadas de las gestaciones gemelares a través de una detección precoz de las mimas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Inicio del proyecto: Julio 2018
- Realización del protocolo: inicio en Julio 2018
- Elaborar base de datos con las pacientes incluidas: Septiembre 2018
- Realización de "hoja modelo": Agosto-Septiembre 2018
- Realizar "hoja informativa" para las pacientes: Septiembre 2018
- Difusión del protocolo e implementación de "hoja modelo": Septiembre 2018
- Derivación de pacientes si precisan: Septiembre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1544 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE ..... CARLOS FRANCO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FARRER VELAZQUEZ MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCIA SIMON RAQUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PELLICER SORIA ANA MARIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GIL LAFUENTE OSCAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CAÑIZARES OLIVER SILVIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ MARQUETA MAXIMO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GRACIA COLERA DANIEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
De todos es conocidos los problemas que plantea el soporte en papel de la Historia Clínica: desorden y falta de uniformidad en los documentos, ilegibilidad, disponibilidad lenta y rígida, una confidencialidad no garantizada, dificultad para tratar la información…
Por todo ello, se busca la unificación de la historia clínica en soporte electrónico con el fin de resolver los problemas anteriormente descritos y garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica para la atención sanitaria correcta.

La atención de la paciente gestante está encaminada a vigilar la evolución del proceso de gestación, de forma que sea posible prevenir factores de riesgo que puedan desencadenar complicaciones en el embarazo, aunque en ocasiones surge patología tanto materna como fetal, con la derivación a otros centros hospitalarios de referencia o que implican seguir conductas específicas durante el control prenatal y la asistencia del parto. Debido a que se trata de un proceso multidisciplinar, en ocasiones en distintos centros sanitarios e incluso en diferentes comunidades autónomas y países (migración, traslados de viviendas, periodos vacacionales) se propone la unificación de la historia clínica obstétrica en la Comunidad Autónoma.

En 2016 se elaboró un formulario específico en la HCE denominado “Cartilla de embarazo”. Formulario que algunos sectores de la comunidad han ido incorporando a su método de trabajo habitual en la consulta de Obstetricia, pero que en nuestro sector no se ha formalizado. Es por lo que se elabora este proyecto para incorporar la HCE en la Consulta de Obstetricia en nuestro día a día.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Objetivo principal:
• Informatizar la Historia clínica obstétrica de toda paciente gestante del Sector de Calatayud.

Objetivos secundarios:
• Implicación de todo el personal sanitario (Matronas de Atención Primaria y Atención Especializada) en el proyecto.
• Establecer el circuito asistencial entre Atención Primaria y Especializada.
• Posibilidad de interoperabilidad entre los distintos centros hospitalarios de la Comunidad, con especial mención a aquellas pacientes que se canalizan al Hospital de referencia.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
1. Convocatoria y celebración de una reunión con matronas de Atención Primaria y Especialistas de nuestro Servicio para presentación de Proyecto.
2. Establecer el circuito asistencial y las funciones de la matrona y del especialista en relación a la informatización de la historia clínica.
- Captación e inicio de la Cartilla del embarazo electrónica por matrona de Atención Primaria.
- Seguimiento de la HCE por el especialista en las próximas visitas en la Consulta de Obstetricia.
3. Formación de personal sanitario que asiste a la embarazada en el funcionamiento de la HCE.
4. Entregar a la gestante una cartilla de embarazo actualizada en cada Consulta. De tal forma que la paciente disponga de toda la información del embarazo actual en caso de necesitarla en cualquier otra comunidad autónoma o incluso en cualquier otro país.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Número de pacientes con primera visita electrónica.
Tasa de pacientes con HCE completa al finalizar el proceso.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El programa se plantea por un periodo de un año, tras el cual se debe haber conseguido el objetivo principal

Proyecto: 2018_1544 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

del proyecto.
Inicio del proyecto: Julio 2018.
- Elaboración de documento informativo para profesionales sanitarios y remisión a través del correo corporativo. Inicio en Julio de 2018.
- Sesión hospitalaria y con Atención Primaria para formación relacionado con el funcionamiento de la HCE y establecer circuito asistencial. Septiembre de 2018
- Aplicación de la HCE en todas las primeras visitas. Septiembre de 2018.
- Finalización de Proyecto y análisis de los datos. Junio de 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazo, parto y puerperio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0521 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PAJARES BERNAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· URIARTE PINTO MOISES. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA
· MALO YAGUE MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
· ESCOBAR RAMON MARIA JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MUÑOZ PEÑA CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
· SOLORZANO GARRIDO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA
· BLANCAS COSTEA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La atención farmacéutica al paciente onco-hematológico es una pieza clave en el proceso asistencial de estos pacientes.
En la actualidad el uso de fármacos antineoplásicos orales representa en torno al 25-30% de todos los agentes antitumorales utilizados.
La quimioterapia oral presenta ventajas para los pacientes ya que les confiere mayor autonomía, además de reducir el riesgo asociado al uso de vías centrales y catéteres.
Sin embargo, los antineoplásicos orales también suponen un reto para los profesionales sanitarios debido a varios motivos:
• Se debe asegurar una correcta adherencia al tratamiento (se sabe que la falta de adherencia es uno de los principales factores de fracaso terapéutico), no comprometida con la administración parenteral del tratamiento en Hospital de Día.
• La necesidad de establecer las correctas medidas de seguridad respecto al tratamiento de residuos tóxicos en el domicilio, motivado por la falsa sensación de inocuidad que genera el uso de la vía oral en un contexto que principalmente emplea la vía parenteral.
• Existe riesgo potencial de sobredosis accidental, al que hay que añadir las potenciales interacciones entre fármacos o fármacos-alimento.
• El propio paciente y/o sus cuidadores se implican en el tratamiento asumiendo la responsabilidad de la correcta administración, controlando la aparición de efectos adversos o alertando de posibles cambios en su medicación habitual que pueda interaccionar con su tratamiento antineoplásico.

A lo mencionado anteriormente, se debe sumar el impacto psicológico que supone el diagnóstico de estas patologías en estos pacientes, a los que además se les facilita mucha información por muchos profesionales diferentes.
Por todo ello, debemos proporcionar una correcta y completa información a los pacientes, además de intentar garantizar su correcta comprensión.
Disponer de información por escrito sobre los tratamientos que va a recibir, ayudará a los pacientes a comprender dicha información y, sobre todo, disponer de ella posteriormente cuando le puedan surgir dudas.
Por ello, con la colaboración de los servicios de Farmacia, Oncología y Hematología estamos trabajando en la elaboración y actualización de hojas estandarizadas de información al paciente (dípticos) para ser entregadas a los pacientes que inician tratamiento con fármacos antineoplásicos orales.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Elaborar y actualizar hojas estandarizadas de información para ser entregadas a los pacientes que inicien tratamiento con fármacos antineoplásicos orales.
Las hojas incluirán información consensuada que describa las principales características del fármaco para asegurar su correcta administración y que permitan reconocer los principales efectos adversos, condiciones de conservación, etc. Todo ello con un lenguaje fácilmente comprensible.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
• Elaboración de las hojas de información de los nuevos antineoplásicos orales.
• Actualización de las ya existentes.
• Informar tanto de forma oral como escrita, mediante la entrega de los dípticos a los pacientes, en el propio acto de dispensación de la medicación en el Servicio de Farmacia a los pacientes que inician un nuevo tratamiento oral.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
• Informar al 100% de los pacientes con inicio de tratamiento o con cambio de antineoplásicos orales.
o Pacientes informados que inician tratamiento con antineoplásicos orales o que cambian de tratamiento / Total de pacientes que inician tratamiento con antineoplásicos orales o que cambian de tratamiento.
o Mínimo: 90%
o Máximo: 100%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Proyecto: 2018_0521 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

La duración del proyecto es anual.
El calendario previsto será el siguiente:
Abril-Mayo: elaboración y actualización de los dípticos.
Junio-Diciembre: Entrega de información a los pacientes.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Seguridad clínica

Proyecto: 2018_1166 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

2. RESPONSABLE ..... BERTA MARIA JIMENEZ RUBIANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BLANCAS COSTEA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
· SERRANO GARCIA CRISTINA. TCAE. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
· MOLINA MORENO JOSEFA. TCAE. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El manejo del paciente onco/hematológico resulta cada vez más complejo, debiéndose este hecho a múltiples causas como por ejemplo el empleo de nuevos fármacos (inmunoterapia o nuevas terapias dirigidas), el distrés emocional que genera el diagnóstico, la presencia de múltiples síntomas fundamentalmente en las fases más avanzadas de la enfermedad y la toxicidad secundaria a los tratamientos empleados.
Para el correcto manejo de estos pacientes, es fundamental la colaboración entre los especialistas implicados en los diferentes niveles asistenciales (oncólogos, personal de enfermería y auxiliares, facultativos del Servicio de Urgencias o del equipo de Atención Pª, etc). A pesar de lo anterior y del rápido acceso o disponibilidad de los recursos sanitarios en nuestro medio, tanto el paciente como sus familiares se enfrentan diariamente a situaciones en gran medida desconocidas y complejas para ellos que generan importantes dudas y disconfort. La ausencia de información, la dispersión geográfica que caracteriza a nuestro Sector Sanitario, las dificultades sociales o la falta de soporte familiar, pueden provocar situaciones en la que el paciente y/o sus familiares no identifiquen una situación que constituya una urgencia oncológica aunque presenten dudas al respecto, o por el contrario, acudir innecesariamente a los Servicios de Urgencias por motivos que podrían solventarse fácilmente mediante una consulta al Médico de Atención Primaria o con una sencilla modificación del tratamiento de soporte.
Por todo ello y como una herramienta más de soporte al paciente onco/hematológico, surge la iniciativa ONOCOCARE o teléfono de 24 horas de atención al paciente oncológico. De esta forma, a través de este sistema se tiene acceso durante los 365 días del año a profesionales sanitarios con formación específica en atención continuada de pacientes con cáncer. De este modo, los usuarios pueden resolver sus dudas sobre ciertos aspectos de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento, cuestiones sobre nutrición o para recibir ayuda emocional.
Ante cualquier duda relativa al diagnóstico o tratamiento directo de la enfermedad (quimioterapia, radioterapia, cirugía, pruebas diagnósticas) o ante cualquier sintomatología grave, el equipo médico de Oncocare derivará al paciente de forma directa al servicio de Oncología del propio hospital o, en caso de riesgo vital, al servicio de Urgencias.
Este programa ya ha sido implantado en 15 centros sanitarios de todo el país, con un registro total de 5.430 llamadas recibidas. El 64% de las consultas se resuelve en la propia llamada y los usuarios le otorgan una puntuación del 8,9. El Hospital de Calatayud es el primero en Aragón en incorporar este servicio.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
-Determinar el impacto del programa de asistencia telefónica 24 horas ONCOCARE en la calidad de vida de los pacientes onco/hematológicos.
-Determinar el porcentaje de pacientes remitidos al Servicio de Urgencias o a la Unidad de de Oncología Médica de forma preferente (casos graves o que requieren una actuación preferente por parte del oncólogo).
-Identificar y clasificar los motivos más frecuentes de consulta por parte del paciente y/o familiares, y en base a dichos resultados, establecer posibles objetivos o puntos de mejora.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
-Realización de una encuesta de satisfacción a todos los usuarios que hayan empleado el servicio de asistencia sanitaria continuada. Dicha encuesta es libre y voluntaria. Los pacientes han de cuantificar el grado de satisfacción con el sistema de asistencia telefónica ONCOCARE, asignando una puntuación cuyos valores que se encuentran entre el 1 (nada satisfecho) y el 5 (absolutamente satisfecho).
-Clasificación de las llamadas recibidas en tres categorías de aplicación práctica: toxicidad a los tratamientos, mal control de síntomas (dolor, disnea, etc.) y claudicación o distrés emocional.
-Correlación de dichos resultados con la práctica clínica habitual, estableciendo el porcentaje de urgencias reales o casos preferentes identificados mediante el sistema de asistencia telefónica.
-En función de la prevalencia de los diferentes motivos de consulta, podemos plantear estrategias de mejora, como por ejemplo información escrita y detallada sobre los diferentes fármacos empleados si el mayor porcentaje de consultas recayese o lo constituyesen las dudas sobre las toxicidades al tratamiento y su manejo.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Realización de la encuesta al 100% de los usuarios que hacen uso del sistema
-Número de pacientes cuyo grado de satisfacción es igual o superior a 4 dividido entre el total de pacientes a los que se les ha realizado la encuesta x 100. Favorable si = 75%
-Porcentaje de pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias o son remitidos a Oncología Médica con

Proyecto: 2018_1166 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

carácter preferente tras realizar la consulta telefónica. Se expresará el porcentaje con respecto al 100% de los pacientes que hacen uso del sistema.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Es un proyecto anual que entrará en vigor en Junio de 2018 hasta Junio de 2019.Exposición de los resultados en Julio de 2019

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Neoplasias
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Activa

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Continuidad asistencial: consulta no presencial

Proyecto: 2018_0196 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROMERA SANTA BARBARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GALLEGO VELA SANTIAGO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· PARRA FORMENTO JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· LAFUENTE HIDALGO MIGUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· MARTINEZ ANDALUZ CARLA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA
· MARTINEZ BENEDI ISABEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Las cardiopatías congénitas críticas son una patología muy grave que afecta a los recién nacidos, y que precisa un diagnostico precoz, que permita iniciar tratamiento en las primeras horas de vida, y evitar el fallecimiento del recién nacido.
la incidencia de cardiopatías congénitas es de 75/1000 recién nacidos vivos, y el 30% de dichas cardiopatías se detecta tardíamente.
Es importante tanto su diagnóstico prenatal, como posnatal muy precoz; sin embargo, tanto el diagnóstico por ecocardiografía fetal como la exploración física del recién nacido pueden ser insuficientes para diagnosticar un número importante de estas cardiopatías. El cribado de cardiopatias congenitas criticas mediante el uso de pulsioximetría ha demostrado ser un método eficaz, no invasivo y de bajo coste, además de bien tolerado, para detectar a recién nacidos asintomáticos y afectos de dichas cardiopatías en las primeras horas después del nacimiento.
Dicho cribado ha sido recomendado en los estándares de la sociedad española de neonatología y se esta implantando de forma progresiva en todos los hospitales de la comunidad.
Consiste en la colocación de un pulsioxímetro preductal (mano derecha del recién nacido) y postductal (mano izquierda, o cualquiera de las extremidades inferiores), entorno a las 24 horas de vida, valorando los niveles de saturación de oxigeno.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
El objetivo consiste en detectar aquellos recién nacidos asintomáticos, con cardiopatía congénita crítica no detectada en diagnostico prenatal y que se beneficiaran de un diagnostico y tratamiento precoz.
Se aplicará a todos los recien nacidos de la Unidad de Pediatría y Maternoinfantil, que nazcan entre los periodos del 1/5/2018 al 1/5/2019.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Para la aplicación del protocolo será necesario la monitorización de la saturación de oxigeno por pulsioximetria entorno a las 24h de vida de todos los recién nacidos de la unidad.
Para ello serán necesarias sensores de oxímetria neonatales, que se acoplen a los pulsioxímetros de la unidad, y que sean deshechables. Se establecerá como normal una saturación de es=95% en mano derecha y pie o=95% en alguna de las extremidades y la diferencia es =3% entre ambas localizaciones .
El valor absoluto de positividad en saturación es<90% en mano derecha o pie, o ante la presencia de síntomas. En esta situación el recién nacido será trasladado a la unidad de cardiologia infantil de referencia (H. Infantil Miguel Servet) para valoracion ecográfica urgente-preferente.

Si los valores se encuentran entre el 90 y el 94% en mano derecha o pie, o la diferencia entre ambos es>3%, repetir en 30 minutos. Si tras la segunda determinación el recién nacido sigue presentando una saturación del 90-94% en mano derecha o pie, o una diferencia entre ambos>3%, se considerará positivo, y precisará valoración por cardiología infantil.

Previo a la instauración del protocolo, el algoritmo de actuación se explicará a todo el personal de la unidad, así como a los pediatras de los centros de salud del sector, para que sean informados de su implantación, y del manejo de los pacientes. Se realizará formación del personal de enfermería encargado de la realización de dicha valoración.

El valor obtenido de pulsioximetría quedará registrado en la cartilla de salud Infantil que se les entrega a los padres, así como la fecha de realización.
Cada 3 meses, se realizará reunión entre la supervisora de enfermería y la coordinadora del proyecto, para registrar incidencias.
Se realizará un registro anual de los datos obtenidos.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1.- Número de recien nacidos a los que se realiza la toma de pulsioximetria/ número total de recien nacidos vivos
2.- Número de recien nacidos con prueba positiva/ número total de recien nacidos vivos
3.-Número de recien nacidos con cardiopatia confirmada posteriormente por ecocardiografia /número de recien nacidos con prueba positiva

Proyecto: 2018_0196 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Se comenzará a implantar la realizacion de pulsioximetria y el registro el 2/5/2018. previa a esta fecha, se dará un curso de formación para enfermería y se hará una reunión con los pediatras de atencion primaria del sector para que conozcan la implantación del registro.
A los 3 meses se realizará reunión con la responsable de enfermería para valoración y resolución de problemas que hayan surgido.
a los 6 meses, una evaluacion provisional de resultados,
A los 12 meses, nueva evaluación memoria con los datos obtenidos.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Lactantes
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0066 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GARCIA AGUIRRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LASTRA VILLAR ROCIO. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. LABORATORIO
· SAEZ AGUDO FELICIDAD. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UCE (CUIDADOS ESPECIALES)
· CERDAN MORENO LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· DE MARCO MURO CRISTINA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
· GARCIA TOBAJAS EVA MARIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
· LABORDA HIGES FATIMA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La prevención, tratamiento y curación de las heridas forma en nuestros días, un pilar fundamental en la práctica enfermera siendo prioridad en investigación, formación y gestión por parte de los profesionales de enfermería.
Las lesiones por presión y heridas crónicas constituyen un problema de salud que afecta a una amplia población de edades diversas, conlleva un importante gasto económico e implicación social afectando en diversa medida a la calidad de vida del paciente y su entorno.
El abordaje de estas heridas a través de la elaboración, implantación y difusión de un protocolo único en el Sector asegura la disminución de la variabilidad clínica y el buen uso de los recursos disponibles, consiguiendo que las heridas crónicas de muy larga evolución dejen de serlo.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Normalizar los cuidados para la prevención y tratamiento de las LPP y heridas crónicas de acuerdo a las últimas evidencias científicas, favoreciendo la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales.
- Disminuir la incidencia de las LPP y heridas crónicas como indicador de calidad de los cuidados enfermeros.
- Implementar una herramienta de trabajo unificada para todos los profesionales del Sector de Calatayud.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reuniones de la comisión de LPP del sector para planificar, distribuir tares, búsqueda bibliográfica y elaboración del protococolo de prevención y tto de LPP y heridas crónicas.
- Actualización de registros enfermeros relacionados con las medidas preventivas de las LPP (cambios posturales personalizados)
- Difundir e informar sobre uso y manejo de materiales para cura de heridas del sector (guía de materiales)
- Consolidación de la consulta de enfermería quirúrgica en el hospital Ernest Lluch en el tratamiento y seguimiento de LPP y heridas crónicas.
- Difusión del protocolo mediante talleres dirigidos a los profesionales de enfermería del sector Calatayud.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1º-Indicador: Porcentaje de pacientes con una valoración Norton = 14 que han desarrollado una UPP

Definición Proporción de pacientes con riesgo de lesión por presión (Norton = 14) que han desarrollado una úlcera por presión (UPP Intrahospitalarias)
Fórmula [a) / b)]* 100
a) Nº de pacientes que han desarrollado una UPP intrahospitalaria
(también los Norton › 14)
b) Nº de pacientes con riesgo de desarrollar una UPP (hojas de registro y seguimiento de UPP en el periodo de evaluación) (Entre el 1 de Enero y 30 Noviembre anual)
Fuente 1º- Hojas de registro y seguimiento de UPP
2º- Monitorizado. Base de datos Supervisora de Calidad Asistencial
Observaciones 1º- Nº de hojas de seguimiento enviadas a la unidad de Calidad. Colaborando con el seguimiento del Protocolo de Prevención y tratamiento de UPP, cada unidad de hospitalización incluidas UMI y UCE remiten a la Unidad de Calidad mensualmente las hojas de registro y seguimiento de UPP.
2º- Se considera úlcera a partir de GRADO I: enrojecimiento
3º- Solo se contabilizarán las úlceras que se producen en el Centro durante su estancia en el mismo.
Periodicidad Anual
Interpretación Seguridad
Estándar: 3 - 10 %

2ºIndicador: Porcentaje de pacientes identificados como Dependientes/Inmovilizados con valoración del riesgo de ulceración en el último año (%) en Atención Primaria.

Definición Proporción de pacientes con diagnóstico de dependiente o de inmovilizado y una valoración Barthel =

Proyecto: 2018_0066 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO

60, que al menos tiene un registro de riesgo de ulceración, en el último año. (UPP en Atención Primaria)
Fórmula Numerador (SERV_326): Pacientes incluidos en el denominador que al menos tiene un registro en el DGP "DPNORTON" en el periodo de evaluación (último año)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagnóstico de dependiente (Z28 o A99) o con diagnóstico de inmovilizado (A28 o L28) y con una valoración Barthel (DGP "DVFUNCIO") entre 1 y 60 y algún registro en el periodo de evaluación (último año)
Fuente OMI-AP
Observaciones
Periodicidad Anual
Interpretación Estándar: 60 - 80 %

3º- Nº de profesionales formados en la prevención y tratamiento de LPP y heridas crónicas.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Elaboración y aprobación del documento: 2017 hasta 1er trimestre 2018
Difusión mediante talleres de registros enfermeros, guía de materiales y protocolo: 2º Trimestre 2018
Evaluación de resultados e indicadores: 3er trimestre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0100 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SAEZ AGUDO FELICIDAD. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· ROMERO VISIEDO JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· IÑIGUEZ PASTOR SUSANA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· TORRALBA TEJERO ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· CUBILLO MIGUEL NATALIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
· SANCHEZ MUÑOZ INES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Box de aislamiento de nuestra unidad - UCE- se prepara cada vez que recibe un paciente dado que son pacientes adultos semicriticos y precisan durante su atención una serie de procedimientos específicos.
Buscamos resolver situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas…
Se han detectado también áreas de mejora en el interior del box como:
- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Ampliar puerta de acceso al box (medidas no adecuadas con las dimensiones de las nuevas camas). En una situación de urgencia hay que maniobrar repetidamente para poder entrar al box con la cama.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Población Diana: pacientes adultos semicriticos que ingresen en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE – y precisen aislamiento de contacto, gotas, o transmisión aérea.
- Llevar a cabo medidas correctoras en relación con:
- Estructura física del box dedicado para aislamiento.
- Material disponible en el interior del box.
- Aspectos organizativos.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.
- Elaboración de un documento (procedimiento) de preparación de box de aislamiento en UCE.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Valoración de la situación actual:
1ªFase:
Áreas de mejora detectadas:
- La puerta de entrada al box: adaptación a las medidas de las nuevas camas hospitalarias.
- Ausencia de una superficie de trabajo plegable que permita preparar el material para realizar los distintos procedimientos.
- Ausencia de una superficie para colocación/ordenación del material de higiene, fungible sanitario en el interior del box.
- Ausencia de un documento específico de UCE del box de aislamiento.
2ª Fase:
- Reunión para consensuar las superficies necesarias, cantidad, tipo y dimensiones, a realizar en un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
- Valoración por parte del Servicio de Mantenimiento General: carpintero.
- Elaboración de un listado con el material máximo a introducir en el box siendo el mínimo necesario para facilitar la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material.
- Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Fecha prevista de inicio:
1 ª Fase: Marzo- Abril 2018.
Fecha prevista de finalización:
2ª Fase: Mayo- Septiembre 2018.

Participan el equipo de Enfermeria de la Unidad, servicio de mantenimiento general:Carpintero, Supervisora de Calidad.

Proyecto: 2018_0100 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Celebrar una sesión en la Unidad para presentar el Procedimiento en Octubre 2018

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades que precisan aislamiento en paciente crítico
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0672 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE ECOGRAFIA

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.
· ANDRES BERGARECHE IGNACIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· DE FERNANDO GROS TERESA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MONTESA LOU CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· POVEDA SERRANO PILAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· RECIO JIMENEZ ENRIQUE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· URDAZ HERNANDEZ MARTHA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La Ecografía es una de las técnicas de diagnóstico por imagen más accesibles para el médico y más segura para el paciente por su inocuidad. La disponibilidad de equipos portátiles y el establecimiento de protocolos dirigidos a homogeneizar exploraciones en escenarios concretos, para disminuir la variabilidad interoperador, ha demostrado efectividad y eficiencia en pacientes agudos, urgentes y críticos. En un contexto clínico específico, la ecografía obtiene información relevante, de forma rápida, no invasiva y reproductible, define alteraciones anatómicas y funcionales potencialmente críticas y facilita la realización de técnicas y procedimientos.
En nuestro Servicio de Urgencias disponemos de un equipo de ecografía desde 2012 y en aquel momento se formó a todo el personal del Servicio para su manejo en el paciente urgente- critico.
Dado los múltiples cambios en la plantilla en el momento actual la formación de los médicos del Servicio es heterogenea, por lo que creemos necesario y conveniente realizar formación reglada para toda la plantilla a lo largo de este ejercicio.
Por otro lado y para aumentar el rendimiento del equipo y a la vez realizar prácticas seguras nos hemos planteado el iniciar su utilización de forma reglada para realización de procedimientos como la confirmación de globo vesical previo al sondaje uretral y la realización de las paracentesis ecoguiadas.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
• Desarrollar el conocimiento sobre la utilidad, efectividad y eficiencia de la ecografía clínica aplicada a pacientes con patología aguda, urgente y crítica.
• Desarrollar las habilidades técnicas básicas para la utilización de equipos ecográficos, conocer las imágenes y artefactos fundamentales y identificar con ecografía patologías frecuentes en medicina de urgencias
• Centrar los objetivos de la valoración clínico-ecográfica en las siguientes áreas:
La ayuda ecoguiada en procedimientos frecuentes

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Formación en Ecografía básica a todos los facultativos del servicio, e iniciar a los médicos residentes y enfermería:
La formación dará las competencias básicas al alumno para conocer:
• el funcionamiento básico de un ecógrafo.
• las imágenes fundamentales en ecografía.
• la anatomía ecográfica de los órganos abdominales y torácicos.
• objetivar la presencia de liquido / sangre dentro del abdomen y/o en el pericardio.
• la presencia de líquido o aire en el espacio pleural.
• Identificación de cavidades cardiacas y la aplicación de protocolos clínicos ecográficos para la detección de alteraciones cardiocirculatorias de forma rápida y reproductible.
• técnicas de punción con ayuda ecográfica de vasos y otros procedimientos
-Establecer la rutina de su uso en el sondaje vesical y realización de paracentesis.
-Establecer criterios comunes de como plasmar en la Hº Clinica los hallazgos ecoscópicos

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Nº de profesionales formados en Ecografía de urgencias > 80%
Confirmación de globo vesical previo al sondaje 90%
Realización de paracentesis Ecodirigida en pacientes susceptibles > 90%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Programar Cursos de Formación en Ecografía Básica en Junio y si fuera necesario repetir en Septiembre.
- Elaborar documentos de rutina en ambos procedimientos, Junio-18
-Elaborar instrucciones de como informar los hallazgos, Junio-18 Ecoscopicos
Valoración provisional cumplimiento en Septiembre-18
valoración resultados en Enero-19

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

Proyecto: 2018_0672 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE ECOGRAFIA

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_1365 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DESDE TRIAJE DEL PACIENTE CON DISNEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE RECIO JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BANDRES ABIAN ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· CLAVERO MIGUEL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· GONZALEZ ARIZA BENJAMIN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· IBAÑEZ PEREZ DE VIÑASPRE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· SERRANO LAMARCA BALBINO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· URDAZ HERNANDEZ MARTHA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
La disnea es uno de los síntomas más importantes de las enfermedades que afectan al sistema cardiopulmonar y uno de los motivos más frecuentes de consulta en el Servicio de Urgencias (SU). Se define como el reconocimiento anormalmente desagradable de la respiración. Los pacientes la describen con expresiones verbales relativamente confusas como “no puedo coger bastante aire”, “el aire no entra del todo”, “sensación agobiante o cansancio”, “opresión en el pecho”, “cansancio en el pecho” y “sensación de ahogo”.
La aparición de la disnea implica un desequilibrio entre la demanda y el aporte ventilatorio. Puede producirse por una mayor demanda (fisiológica: ejercicio, embarazo, grandes alturas; o patológica: psicógena, anemia, acidosis, índice metabólico aumentado) o por un aporte disminuido (enfermedades cardiopulmonares) y, sobre todo, si ambas circunstancias coinciden, por ejemplo, si se suman ejercicio y enfermedad .
El triaje es el primer punto de contacto asistencial en el SU y es donde se otorga un nivel de gravedad determinado por las constantes vitales, habitualmente tensión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y frecuencia cardiaca. Dado que la disnea tiene un importante componente subjetivo, se convierte en fundamental la determinación de la frecuencia respiratoria del paciente. Este dato permite estratificar con mayor precisión el nivel de gravedad optimizando así el tiempo de acceso al primer contacto médico, y llevando a un diagnóstico y tratamiento más precoces, y permitiendo llevar a cabo una valoración dinámica del curso evolutivo de la enfermedad.
Por otra parte, en el asma cobra especial relevancia, el peak flow como herramienta ampliamente contrastada dentro del proceso de agudización del asma, ofreciendo la posibilidad de objetivar la efectividad del tratamiento el SU y favoreciendo una mejor decisión en relación al destino final del paciente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Mejorar la clasificación en TRIAJE de los pacientes que acuden al SU con sintomatología de disnea.
- Mejorar el tiempo de contacto médico, diagnóstico precoz y tratamiento de elección.
- Realizar una mejor aproximación diagnóstica de la gravedad de la crisis asmática y de su evolución mediante un Peak Flow a su llegada en Triaje y posteriormente al tratamiento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Medición, en triaje, de la frecuencia respiratoria en todo paciente que acude al SU con disnea.
- Realizar, en triaje, PEAK FLOW en todo paciente asmático con una exacerbación que permita valorar la evolución de forma funcional durante su atención en el SU.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Porcentaje de pacientes que acuden al SU con disnea y a los que se les mide la frecuencia respiratoria en triaje. > 80%-
- Porcentaje de pacientes, asmáticos, que acuden con disnea y los que se les realiza Peak Flow en el triaje. > 80%

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Reunión multidisciplinar del SU para implementación de estas medidas de mejora en triaje.
- Recogida de datos y resultados provisionales en septiembre de 2018 por si precisara adecuación.
- Evaluación de indicadores en enero 2019.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema respiratorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

Proyecto: 2018_1365 (Acuerdos de Gestión)

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DESDE TRIAJE DEL PACIENTE CON DISNEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Proyecto: 2018_0866 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

INTEGRACION PLATAFORMAS TECNOLOGICAS 061/112

2. RESPONSABLE ..... DAVID AÑON GIMENO
· Profesión ..... INGENIERO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALCOLEA GUERRERO MARTA. ECONOMISTA. GERENCIA 061 ARAGON. DIRECCION DE GESTION
· SALDAÑA ROYO SERGIO. INGENIERO/A. GERENCIA 061 ARAGON. INFORMATICA
· ACEBES SENOVILLA PABLO. INGENIERO/A. 112 ARAGON. PROTECCION CIVIL
· CLAVERO FORCEN MIGUEL ANGEL. INGENIERO DE MONTES. 112 ARAGON. PROTECCION CIVIL
· MARTON AGUIRRE FRANCISCO JAVIER. TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS. CENTRO GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS. INFORMATICA

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
Actualmente son dos agencias que operan de forma individual, pero con un propósito compartido que es la gestión de la urgencias y emergencias de Aragón. Siendo del 061 particularmente quien trata las de tipo sanitario, se considera que dada la naturaleza de ambas entidades, se mejore la colaboración entre ellas y para esa finalidad se considera necesario que haya una primera integración a nivel tecnológico como consecuencia de la Proposición no de Ley 79/16 de Abril 2016 en la que se establece un modelo de integración física de ambas agencias (061/112) como marco de trabajo futuro.
Utilidad del proyecto:
- Disminución de los tiempos de llamada
- Mejora de la calidad asistencial como consecuencia directa de lo anterior
- Eficiencia y racionalización de la gestión de los recursos.
- Se consigue el elemento núcleo sobre el que se podrán integrar agencias futuras (Guardia Civil, Policía .. etc)

Prioridad de la organización :
- Este proyecto lo promueve directamente las cortes de Aragón dentro de su plan estratégico

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Metas del proyecto:
- Integración de las agencias 061/112
- Evolución tecnológica de la solución de emergencias
- Disminución de los tiempos de llamada

Población diana:
- Todo sujeto susceptible de recibir asistencia sanitaria urgente en Aragón.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un Plan de Diseño y Desarrollo, que contendrá como hitos principales :
- Modelo de Arquitectura de la nueva infraestructura tecnológica
- Redacción de pliegos de prescripciones técnicas
- Plan de migración a la nueva infraestructura tecnológica
- Implantación de la migración
- Actas de reuniones de los distintos hitos mencionados

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cronograma: Cumplimento (S/N) del cronograma previsto.
Incidencias de la plataforma: Comparación entre el nº de incidencias previas a la integración y migración de la infraestructura debidas a la plataforma y las posteriores en el mismo periodo de actividad. Después de la integración deben de ser como norma menores, siendo valores iguales o mayores una desviación motivada por error.
Tiempos de asistencia: Comparación de tiempos de asistencia en una llamada que entre en el 112 cuyo destinatario sea el 061, después de la integración deben de ser notablemente menores, siendo valores iguales o mayores una desviación motivada por error.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Modelo de Arquitectura de la nueva infraestructura tecnológica (oct 2017-Feb 2018)
- Redacción de pliegos de prescripciones técnicas (marzo2018-abril2018)
- Plan de migración a la nueva infraestructura tecnológica(abril2018-julio2018)
- Implantación de la migración(sept2018-dic2018)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

Proyecto: 2018_0866 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

INTEGRACION PLATAFORMAS TECNOLOGICAS 061/112

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DEMANDANTES DE ATENCIÓN URGENTE
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_0870 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL SOBRE PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061

2. RESPONSABLE ..... SERGIO SALDAÑA ROYO
· Profesión ..... INGENIERO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AÑON GIMENO DAVID. INGENIERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. INFORMATICA
· ALCOLEA GUERRERO MARTA. ECONOMISTA. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. DIRECCION DE GESTION
· MONTERO ALONSO GEMMA. INGENIERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. ADMINISTRACION
· LAGUNAS PARDOS DIEGO. ENFERMERO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SISTEMAS DE INFORMACION
· BAUTISTA CANO PEDRO JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. ADMINISTRACION
· DOMINGUEZ PLO ESTHER. QUIMICO/A. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· LUESMA GARGALLO MARIA LUISA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. ADMINISTRACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El sistema actual de explotación de datos del 061 se basa en extracciones manuales sobre distintas soluciones que no se encuentran unificadas y con dependencia del conocimiento del personal que lo realiza

En este contexto, se hace necesario un proceso de convergencia sobre una única plataforma tecnológica, que pueda agrupar todos los procesos necesarios de extracción, transformación, carga y visualización de los datos para facilitar su análisis por parte del equipo directivo y los responsables departamentales.

Dicha plataforma estará enmarcada dentro del sistema de gestión de la calidad de la gerencia incorporando los indicadores clave de los procesos de la organización y facilitando la dirección estratégica de la misma.

Utilidad del proyecto:
- Ayuda para toma de decisiones y dirección estratégica de la organización.
- Disponibilidad de la información para la gerencia y responsables de áreas
- Eficiencia y racionalización de la gestión de los recursos.
- Seguimiento de objetivos, planificación y control estratégicos
- Herramienta de comunicación, motivación e incentivo para todo el personal

Prioridad de la organización :
- Este proyecto está dentro del plan estratégico de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Aragón 061

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
Metas del proyecto:
- Unión de reportes existentes en una única plataforma
- Plataforma con capacidad evolutiva para incorporar nuevos informes que se necesiten
- Mejora de la calidad de los indicadores y los datos
- Facilidad de acceso a la información a los usuarios pertinentes

Población diana:
- Gerencia 061 y responsables de departamento.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Elaboración de un Plan de Diseño y Desarrollo, que contendrá como hitos principales:
- Recopilación de los indicadores de proceso y estratégicos de la organización (Reuniones con los responsables actuales) y necesidades futuras
- Análisis y diseño de la nueva infraestructura software requerida
- Especificación de requisitos de plataforma hardware necesaria
- Planificación de la implantación
- Implantación progresiva de los indicadores
- Validación de los indicadores integrados
- Formación a usuarios de la nueva plataforma

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
Cumplimento (S/N) del cronograma previsto.
% de indicadores actuales integrados (Objetivo 80%, min 60% max 100%)
Facilidad de acceso a la información (Objetivo 75%, min 50% max 100% de los siguientes puntos):
Uso (S/N) de cliente ligero (navegador web) para acceso a la plataforma.
Generación de información gráfica (S/N)
Posibilidad de filtrado y selección en los informes (S/N)
Granularidad de la información (acceso a datos desagregados) (S/N)

Proyecto: 2018_0870 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL SOBRE PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Recopilación de los indicadores de proceso y estratégicos de la organización (ene 2018 - jun 2018)
- Análisis y diseño de la nueva infraestructura software requerida (mar 2018 – may 2018)
- Especificación de requisitos de plataforma hardware necesaria (mar 2018 – jun 2018)
- Planificación de la implantación (may 2018 – jul 2018)
- Implantación progresiva de los indicadores (jul 2018 – dic 2018)
- Validación de los indicadores integrados (sep 2018 – dic 2018)
- Formación a usuarios (nov 2018 – ene 2019)

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. DEMANDANTES DE ATENCIÓN URGENTE
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Eficiencia

Proyecto: 2018_1040 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO Y PLANIFICACION DEL PROGRAMA FORMATIVO PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE TELEFONISTAS DEL CCU 061 DE ARAGON

2. RESPONSABLE ..... EVA LOU BLASCO
· Profesión ..... TELEFONISTA
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEYRONA ARIAS MARIA PILAR. TELEFONISTA. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· GARCIA GARCIA ISABEL. TELEFONISTA. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· MARIN GASPAR MARIA LUISA. TELEFONISTA. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· DUATO MOYA BEGOÑA. TELEFONISTA. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· SOGAS REY ELIA MARIA. TECNICO/A DE FORMACION. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. 061 ARAGON FORMACION
· DOMINGUEZ PLO ESTHER. TECNICO DE CALIDAD. 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS. 061 ARAGON FORMACION

4. PERTINENCIA DEL PREOYECTO.
El Centro Coordinador de Urgencias (CCU) del 061 ARAGÓN gestiona las demandas de atención sanitaria urgente recibidas a través de los números de teléfono 061-112 movilizando y coordinando los recursos sanitarios disponibles y adecuándolos a las necesidades asistenciales de cada momento.
La tercera fase del proceso de gestión de la demanda sanitaria en el CCU es la fase de movilización, realizada por los telefonistas y que comprende todas las actividades necesarias para la asignación, movilización y seguimiento de los recursos seleccionados por el médico/ enfermero regulador o bien protocolizados según la rama del "árbol de tipificación" seleccionada por el operador de recepción.
Se distinguen tres tipos de puestos:
• Telefonista de emergencias: L_EME.
• Telefonista del SUAP: L_USUAP
• Telefonista de ambulancias: L_AMB.
La filosofía de nuestro trabajo implica que se deben resolver primero las emergencias y en orden, las urgencias y visitas domiciliarias, por ello, todos los puestos deben estar intercomunicados y apoyándose mutuamente, es decir, en el caso de coincidencia en el tiempo de intervenciones con avisos tipificados de emergencia, el telefonista de emergencias puede transferir al telefonista del SUAP una intervención para que éste active los recursos seleccionados por el médico/ enfermero regulador o protocolizados . Del mismo modo, el telefonista del SUAP puede transferir intervenciones al telefonista de emergencias en caso de sobrecarga en su puesto de avisos de urgencia o emergencia.

En la gestión de riesgos y oportunidades realizada en este subproceso de gestión de la demanda sanitaria en el CCU, se detectó como necesidad diseñar y desarrollar un Plan formativo para profesionales de nueva incorporación a la Unidad de Telefonistas del CCU, que permita a estos profesionales adquirir entre otros, los conocimientos en el Mapa de Recursos Sanitarios del 061 y en el funcionamiento de la aplicación informática (Seneca) de gestión de llamadas, que contribuya a la mejora en la atención sanitaria a los pacientes fundamentalmente en situaciones de emergencia en patologías tiempo-dependientes.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
- Diseñar un Plan de formación dirigido a nuevas incorporaciones de telefonistas en el CCU 061 de Aragón.
- Garantizar la cobertura del servicio de asignación, movilización y seguimiento de recursos en el CCU 061 de Aragón.
- Disminuir la variabilidad en las actuaciones de los profesionales en la gestión de la demanda sanitaria que le ha sido transferida.

6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Reunión del grupo de trabajo creado para el desarrollo de este proyecto.
- Revisar la instrucción técnica de trabajo de referencia.
- Establecer criterios para la formación inicial, definiendo números de horas. teóricas y prácticas. Evaluación de los conocimientos adquiridos.
- Definir el contenido del Manual del Alumno.
- Presentación del proyecto a Dirección del 061 Aragón para su aprobación.
- Difusión del manual a través de la intranet del 061 y sesión de difusión.
- Realización de pilotaje.

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN.
- Existe una nueva versión de la instrucción técnica IT070303 Asignación, movilización y seguimiento de recursos en el CCU.
- Se han establecido los criterios del Plan formativo (objetivos, metodología, cronograma, evaluación …).
- Se han definido los contenidos del manual.

Proyecto: 2018_1040 (Contrato Programa)

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO Y PLANIFICACION DEL PROGRAMA FORMATIVO PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE TELEFONISTAS DEL CCU 061 DE ARAGON

- Existe un manual del alumo para incorporación de nuevos telefonistas en el CCU 061 de Aragón.
- El Manual del Alumno se ha difundido a través de la Intranet 061.
- Se ha realizado una sesión de difusión del Plan Formativo a los distintos Grupos de Interés.

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Junio del 2018: reunión de trabajo en coordinación con departamento de Calidad y Formación y Dirección de Gestión del 061 ARAGÓN, para establecer la metodología para el desarrollo del proyecto.
- Julio-Agosto 2018: revisión de las instrucciones técnicas de trabajo
- Septiembre 2018: elaboración del programa formativo y definición del contenido del manual
- Septiembre-Octubre 2018: elaboración del Manual del Alumno.
- Noviembre 2018: presentar a Dirección del 061 y pilotaje del programa
- Diciembre 2018: difusión a través de la intranet 061 y sesión divulgativa a los distintos grupos de interés.

9. OBSERVACIONES.

10. ENFOQUE PRINCIPAL.

11. POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Pasiva

12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Otras